



**Tipo de trabalho:** TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

## **PERFIL DO RASTREIO DO CÂNCER DE MAMA EM UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE DA SERRA CATARINENSE<sup>1</sup>**

**Margarete Veronica Jesse Dos Santos<sup>2</sup>, Luciana Tricai Cavalini<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização Gestão de Redes- FIOCRUZ/ENSP

<sup>2</sup> Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde ? Mestrado Acadêmico, Lages, Santa Catarina, Brasil. margajesse@gmail.com

<sup>3</sup> Médica, Orientadora, Docente da FIOCRUZ/ENSP

Resumo:

O tema câncer de mama afeta inúmeras mulheres, sendo um problema possível de se amenizar com ações de prevenção e promoção em saúde. O objetivo deste trabalho é conhecer o perfil das mamografias realizadas no município de Lages, situado na Serra Catarinense. O método escolhido foi a pesquisa documental de caráter explicativo com uma abordagem quantitativa, onde foram analisados dados de 2009-2014 registradas no SISMAMA. Os resultados mostram que a faixa etária que mais realiza mamografia são as mulheres de 50-54 anos, sendo que 97% dos exames realizados foram de rastreamento. A maioria, das mulheres (59,8%) tinham ensino fundamental incompleto, 28,6% das mulheres não tiveram exames clínicos das mamas realizado previamente. Conclui-se que os dados do perfil dos exames de mamografia não são compatíveis com os números de internações, morbidade e mortalidade por câncer de mama. Assim, estes dados mapeados neste estudo trazem um alerta sobre a importância de intensificar o número de realização de exames.

**Palavras-chave:** perfil, rastreamento , mamografia.

Abrastc:

The subject of breast cancer affects many women, being a possible problem to be mitigated with actions of prevention and promotion in health. The objective of this work is to know the profile of mammograms performed in the municipality of Lages. The method chosen was the documental research of an explanatory nature with a quantitative approach, data from 2009-2014 recorded in SISMAMA were analyzed. The results show that the age group with the most mammography is women aged 50-54 years, 97% of the tests performed were screening, 59.8% of the women had incomplete primary education, 28.6% of the women did not have exams breast clinic performed previously. It is concluded that the profile data of the mammography exams are not compatible with the numbers of hospitalizations, morbidity and mortality due to breast cancer, a study warns about the importance of increasing the number of examinations.



**Tipo de trabalho:** TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

## Introdução

A ocorrência de câncer de mama no Brasil vem gerando preocupação aos gestores em saúde, pois afeta inúmeras mulheres, mas um problema possível de se resolver com ações de prevenção da doença e promoção em saúde. Segundo o Instituto Nacional do Câncer, INCA (2015), o câncer de mama é o tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil, depois do não melanoma de pele, respondendo por cerca de 28% dos casos novos a cada ano. O câncer de mama também acomete homens, porém é raro, representando apenas 1% do total de casos da doença.

No geral, há duas estratégias para a detecção precoce do câncer: diagnóstico precoce, ou abordagem ágil e oportuna de pessoas com sinais e sintomas de câncer; e rastreamento, aplicação regular de um teste em pessoas aparentemente saudáveis, pertencentes a uma faixa etária de maior risco para a doença, com o objetivo de identificá-las em fase pré-clínica e reduzir a mortalidade por essa causa (WHO 2007).

O método de rastreio mais utilizada é a mamografia que segundo Smeltzer (2005) trata-se de um exame de diagnóstico por imagem, que tem como objetivo estudar o tecido mamário. Esse tipo de exame pode detectar um nódulo, mesmo que este ainda não seja palpável.

Os resultados de grandes ensaios clínicos randomizados publicados nos anos 1970 por Shapiro e 1980 por Miller mostraram que o rastreamento mamográfico seria capaz de reduzir em 20% a 30% a mortalidade por essa neoplasia maligna.

A recomendação no Brasil, atualizada em 2015, indicada pelo INCA (2016) é que mulheres entre 50 e 69 anos façam uma mamografia a cada dois anos. Essa é também a rotina adotada na maior parte dos países que implantaram o rastreamento do câncer de mama e tiveram impacto na redução da mortalidade por essa doença.

O estudo de Tomazelli et.al (2017) revela que a maioria das mamografias são de rastreamento (96,2%), com intervalo anual (44,6%), 51,2% na faixa etária recomendada (50 a 69 anos). Já no estudo de Rosa, Silva, Arzuaga (2016) no Brasil e em Santa Catarina a maior cobertura de mamografias de mulheres dos 45 aos 49 anos equivaleram a 22,2% e 23,1%. A maior distribuição proporcional foi de 89,2% nas brasileiras de 40 a 44 anos e nas de 50 a 54 anos em Santa Catarina. Segundo os autores as taxas de incidência de lesão neoplásica maligna de mama diagnosticada por imagem elevaram-se no Brasil e em Santa Catarina.

A mortalidade por câncer vem sendo uma preocupação mundial, em análise dos dados de morbidade de câncer em Lages, segundo dados do DATASUS, 12 % das internações por câncer neste município foram por câncer de mama, em 2009 conforme dados do mesmo sistema de informação; Além disso, 23% do total de óbitos foram causados pelo câncer no município de Lages, sendo a segunda causa de mortalidade neste município.

Da mesma maneira a mortalidade por câncer de mama em mulheres na região sul vem aumentando progressivamente, como mostram os dados disponibilizados pelo DATASUS que em 2014 de todos os óbitos de mulheres 3,12% foram relacionados a câncer de mama, sendo que em



**Tipo de trabalho:** TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

2004 eram apenas 2, 62% dos óbitos.

Os dados levantados no presente estudo poderão contribuir para melhorar a gestão municipal em saúde, afim de ampliar o acesso e promoção da prevenção junto a atenção primária em saúde, uma vez que as observações durante a atuação da pesquisadora na atenção primária em saúde no município mostram a necessidade de ampliar o rastreamento desta doença em razão dos dados de mortalidade. Desse modo, o objetivo foi conhecer o perfil das mamografias realizadas no município de Lages. Além de, analisar a faixa etária mais prevalente nos exames de mamografia realizados nos últimos 5 anos em Lages e estimar a cobertura de mamografia no município.

### **Metodologia**

Para o desenvolvimento de uma pesquisa é importante estabelecer um método pelo qual irá se traçar a pesquisa, Cerro e Bervian (2002, p.23) colaboram ao afirmar que “método é a ordem que se deve impor aos diferentes processos necessários para atingir certo fim ou um resultado desejado”. Convém ressaltar que, a partir da metodologia escolhida é a forma como a pesquisa irá se desenvolver pelo pesquisador.

Para a viabilização da atual pesquisa, foi adotado o método de pesquisa documental de caráter explicativo com uma abordagem quantitativa. Fonseca (2002, p. 20) esclarece que “A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc.”

A pesquisa documental recorre a fontes mais diversificadas e dispersas, sem tratamento analítico, tais como: tabelas estatísticas, jornais, revistas, relatórios, documentos oficiais, cartas, filmes, fotografias, pinturas, tapeçarias, relatórios de empresas, vídeos de programas de televisão, etc. (FONSECA, 2002, p. 32).

As fontes da presente pesquisa foram os bancos de dados do: SISMAMA, DATASUS, DAB/MS, BANCO DE DADOS MUNICIPAL, entre outras que contribuíram para a elucidar o estudo. Para a análise e os tratamentos dos dados coletados foi usado o método sugerido Gil (1999): estabelecimento de categorias; codificação e tabulação; análise estatística dos dados.

### **Resultados e Discussão**

A coleta de dados afim de responder aos objetivos propostos e elucidar o perfil das mamografias realizadas em Lages, aconteceu no Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama-SISMAMA, banco de dados oficial do Ministério da Saúde resultado da regular alimentação do sistema por parte dos órgãos competentes das secretarias de saúde. Os dados disponíveis foram dos anos de 2009 a 2014, perfazendo 5 anos de análise o qual permitiu elementos necessários afim de trazer o perfil das mamografias.

Neste período de tempo foram realizadas uma totalidade de 3122 mamografias no município de Lages, a população elegível ao exame seriam aproximadamente 32 mil mulheres, sendo a faixa etária entre 50 e 54 anos onde os exames foram realizados, com um total de 616 exames conforme



**Tipo de trabalho:** TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

observamos na Tabela 1.

Tabela 1: Quantidade de mamografias em Lages por faixa etária nos anos de 2009/2014.

Mun Residência	40 a 44 anos	45 a 49 anos	50 a 54 anos	55 a 59 anos	60 a 64 anos	65 a 69 anos	de 70 anos	Total
420930 Lages	425	598	619	596	430	255	199	3122
Total	425	598	619	596	430	255	199	3122

Fonte: SISMAMA (2017)

Os resultados de ensaios clínicos randomizados sugerem que, quando a mamografia é ofertada às mulheres entre 50 e 69 anos, a cada dois anos, com cobertura igual ou superior a 70% da população-alvo, é possível reduzir a mortalidade por câncer de mama em 15% a 23% (USPSTF, 2009).

Na última revisão sistemática da US Preventive Services Task Force (USPSTF), publicada em novembro de 2009, os resultados mostram que são necessárias 1.904 mamografias para evitar uma morte na população entre 39 e 49 anos, enquanto nas mulheres mais velhas este balanço é mais favorável: 1.339 exames para evitar uma morte entre 50 e 59 anos e 377 na faixa etária de 60 e 69 anos (USPSTF, 2009).

O estudo de Scowitz et.al (2013) reforça ainda que em seu estudo também houve, discretamente uma alta dos exames entre as mulheres de 50 a 59 anos, para o autor isso reflete a possibilidade desta prática preventiva estar, adequadamente, sendo direcionada para as mulheres da faixa etária de maior risco para o câncer de mama

Cabe ainda uma observação que mesmo não sendo faixa etária preconizada a faixa etária de 45 a 49 anos superou a faixa etária de 55-59 anos, este fato está vem ao encontro de Tomazelli et. al (2017) onde em seu estudo também há uma característica de expressiva realização de exames na faixa etária de 45 a 49 anos, mostrando-se uma tendência mundial segundo os estudos.

No presente estudo da totalidade de mamografias apenas 74 exames foram com indicação diagnóstica, dessa forma 97,7% das mamografias tiveram como indicação o rastreamento. Em um estudo semelhante realizado por Tomazzeli et al. (2017), analisando as mamografias a nível nacional, “no período analisado, 96,2% das mamografias tiveram como indicação clínica o rastreamento e 3,8% foram diagnósticas”. Isso demonstra uma tendência nacional além de ser este o objetivo da realização da mamografia o rastreio conforme INCA (2016).

A faixa etária que mais teve exames diagnósticos foi entre a faixa etária de 55 a 59 anos, sendo 33% dos exames. O motivo para indicação de uma mamografia diagnostica foram achados nos exames clínicos de mamas em 87,8% das mamografias. Silva e Riul (2011) destacam em seu estudo que a maioria das pacientes descobriram o câncer através dos exames clínicos das mamas, ou seja achados em exames de mama seja auto realizados ou realizados por um profissional.

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de mama relacionam-se com idade



**Tipo de trabalho:** TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

avançada, características reprodutivas, história familiar e pessoal, hábitos de vida e influências ambientais (SILVA E RIUL, 2011).

Da mesma forma, levando-se em consideração a relação de risco elevado para câncer de mama por histórico familiar variável capaz de medir neste estudo, apenas 10,8 % das mulheres tiveram mencionado o risco elevado para câncer nas mamografias diagnosticas, 41% das mulheres não souberam informar este risco e 47,2% não possuíam este risco. Já em relação as mamografias de rastreo os resultados foram semelhantes 14% das mulheres possuíam risco elevado para câncer.

A história familiar e pessoal inclui as seguintes situações: um ou mais parentes de primeiro grau com câncer de mama antes dos 50 anos, um ou mais parentes de primeiro grau com câncer de mama bilateral ou câncer ovariano em qualquer idade, parente com câncer de mama masculina, câncer de mama e/ou doença mamária benigna prévios (SILVA e RIUL2011).

A partir disso o INCA (2004) recomenda ainda que o rastreamento de mulheres com risco elevado de câncer de mama, cuja rotina de exames deve se iniciar aos 35 anos, com exame clínico das mamas e mamografia anuais.

Dentre os cinco anos que serviram de base de coletas de dados o ano que mais teve exames de mamografia realizados foi o ano de 2012 com 1448 exames perfazendo 46% do total dos exames o ano com menor número de exames sendo sequencialmente 2011 com apenas 214 exames sendo apenas 6.8% do total acumulado.

Ainda sobre o perfil dos pedidos dos exames dos 2886 exames de mamografia de rastreo solicitadas, 28,6% das mulheres não tiveram exames clínicos das mamas realizado previamente, conforme INCA 2004, o Exame Clínico das Mamas, ECM, faz parte do atendimento integral à mulher, devendo ser inserido no exame físico e ginecológico de todas as mulheres, independente da faixa etária, servindo de subsídio para exames complementares.

Sobre o perfil das mulheres que realizaram os exames para além da faixa etária, destaca-se que 66% das mulheres que realizaram exames de mamografia diagnosticas tinham ensino médio completo, apenas 2,7% possuíam ensino superior completo, já nos exames de rastreo 59,8% das mulheres tinham ensino fundamental incompleto e somente 2,2% tinham ensino superior.

O estudo de Silva e Riul (2011) aponta que o perfil das mulheres com diagnóstico de câncer em (61,11%) das entrevistas possuíam pelo menos o ensino fundamental incompleto os dados são similares do presente estudo, ou seja, um número pequeno de pessoas de nível superior. Convém destacar que estes são dados de mamografias realizadas através do Sistema Único de Saúde, SUS, podendo haver discordância dos dados totais.

O estudo de Xavier et al. (2016), evidenciou os seguintes fatos, “os fatores associados à não realização da mamografia, encontrados na análise multivariada, foram: ter 70 anos ou mais, ser de raça/cor negra e pertencer ao segmento de menor renda familiar per capita”. Este fato demonstra um conflito de perfis, mulheres que não realizam a mamografia por diferentes motivos.



**Tipo de trabalho:** TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

O estudo de Dias-Da-Costa et al. (2007) aponta o exame de mamas como mais uma variável, dependendo da possibilidade de acesso à assistência médica, considerados fatores reconhecidamente de risco para o câncer mamário como histórico familiar. A consideração do referido autor vem ao encontro dos dados da presente pesquisa que apontou, os elementos de histórico familiar como fatores de risco mencionados em 10% das mamografias diagnosticas e em 14% das mamografias de rastreo, sendo o estudo prejudicado por não conseguir medir os demais fatores de risco, limitado pelos dados preenchidos no sistema, fatos que podem ser levados em consideração quando se pensa na prevenção do câncer de mama.

Sobre os resultados dos exames de mamografia realizados, os quais possuem laudos registrados no SISMAMA, conforme Tabela 2, mostra que 56% das mamografias foram classificadas como BI-RADS categoria 01 o qual indica, que não há alteração no exame conforme a Sociedade Brasileira de Mastologia (2017).

Da mesma forma, 40% são classificados como BI-RADS categoria 2 o qual indica que o exame constatou alguma alteração, mas que pode se afirmar com certeza que se trata de uma alteração benigna. Já em relação a alterações não benignas a Sociedade Brasileira de Mastologia afirma que BI-RADS 04 significa que há uma suspeita de câncer e que a paciente deve ser submetida a uma biopsia o qual é apenas 0,60 % (18) dos exames realizados em Lages.

Tabela 2 -Resultados de exames conforme classificação BI-RADS por faixa etária.

Cat BI-RADS	50 a 54 anos	55 a 59 anos	60 a 64 anos	65 a 69 anos	Total
categoria 0	13	11	11	3	38
categoria 1	663	518	317	189	1687
categoria 2	315	363	316	206	1200
categoria 3	2	3	2	1	8
categoria 4	7	5	4	2	18
categoria 5	2	1	2	2	7
categoria 6	1	-	1	-	2
Total	1003	901	653	403	2960

Fonte: SISMAMA (2017)

A classificação BI-RADS, para mamografia, foi a primeira tentativa de padronização dos achados de imagem em termos descritivos, constituindo importante instrumento para auxiliar os médicos, tanto na suspeita de malignidade quanto na conduta a ser tomada, (Nascimento, Silva e Maciel 2009).

A partir das considerações da Sociedade Brasileira de Mastologia (2017) apenas 0,95% (28) dos exames do quadro listado anteriormente seriam indicativos de risco de câncer de mama e deste a faixa etária de maior incidência é a de 50 a 54 anos.

Conforme o estudo realizado em Tocantins por Suleimann et al. (2017) mostra que que 51,8% de



**Tipo de trabalho:** TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

casos foram diagnosticados em fase avançada de câncer de mama, enquanto 48,2% em fase precoce.

Santos e Chubaci (2011) destacam que, a detecção da doença em estágio inicial favorece tratamentos que podem erradicar totalmente o câncer de mama. Essa detecção precoce é realizada por meio do autoexame das mamas, exame clínico das mamas e a mamografia. Dentre os métodos de detecção precoce, a mamografia é considerada a mais eficaz. A tendência observada nos resultados BI-RADS(r) foi semelhante à encontrada no estudo de Xavier et al. (2016) no qual a frequência de categoria 1 é maior em mulheres mais jovens, enquanto as categorias 2 e 3 aumentam em mulheres mais velhas. Ainda segundo o estudo referido, as categorias 4 e 5 também foram mais frequentes em mulheres com 70 anos ou mais (TOMAZELLI et al. 2017).

As recomendações após a mamografia conforme Tabela 03 foram de repetir o exame de mamografia em 2 anos para absolutos 97,5% dos exames é importante destacar que os 0,95 % dos casos alterados foram encaminhados para histopatológico, o qual indica uma adequada recomendação convém ainda destaque que 1,2% dos exames (38) tiveram indicação de complementação com ultrassonografia.

Tabela 3: Quantidade de Exames por recomendações e faixa etária.

Recomendações	50 a 54 anos	55 a 59 anos	60 a 64 anos	65 a 69 anos	Total
Complementação com ultra-sonografia	13	11	11	3	38
Mamografia em 2 anos	978	881	633	395	2887
Controle Radiológico em 6 meses	1	3	-	1	5
Controle Radiológico em 1 ano	1	-	2	-	3
Histopatológico	9	6	6	4	25
Terapêutica específica	1	-	1	-	2
Total	1003	901	653	403	2960

FONTE: SISMA (2017)

Segundo INCA (2004) destaca que a ultrassonografia é o exame de escolha para mulheres com menos de 35 anos de idade, sendo também utilizado para mamas densas, nódulos palpáveis com/sem mamografia negativa, processos inflamatórios e grávidas com sintomas mamários. A ultrassonografia é considerada, adjunto à mamografia e ao exame clínico, o exame mais eficaz para o diagnóstico de doenças mamárias, conforme Chala e Barros (2007).

Ainda conforme Nascimento, Silva e Maciel (2009) "Estudos internacionais tem demonstrado a utilidade do ultrassom para a detecção de carcinomas não palpáveis, ocultos clinicamente e mamograficamente".

Da mesma maneira as recomendações de realização de exames complementares e mamografia foram de maior incidência novamente a faixa etária de 50 a 54 anos fato este que pode estar relacionado a tendência de maior número de exames ser nesta faixa etária. Em um estudo



**Tipo de trabalho:** TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

realizado por Scowitz et al. (2013) em Pelotas, mostrou que 83,7% das mulheres do estudo tinham realizado a última mamografia há dois anos ou menos, fato este em consonância com as recomendações vigentes.

As mulheres com resultado BI-RADs 4 ou 5 conforme o INCA (2004) devem ser encaminhadas para a unidade de referência secundária para investigação por exame histopatológico da lesão, preferencialmente por meio de PAG - Punção por Agulha Grossa- orientada por método de imagem. Uma vez confirmada a malignidade, devem ser encaminhadas para a unidade de referência terciária para início do tratamento.

Os nódulos de mama diagnosticados na mamografia são classificados conforme estadiamento, o sistema de estadiamento utilizado para o câncer de mama é o sistema TNM da American Joint Committee on Cancer. O sistema TNM utiliza três critérios para avaliar o estágio do câncer: o próprio tumor, os linfonodos regionais ao redor do tumor, e se o tumor se disseminou para outras partes do corpo.

Em relação aos nódulos diagnosticados na mamografia 1,6% dos exames apresentaram nódulos, sendo a maior incidência na mama direita, conforme podemos observar na Tabela 4 abaixo:

Tabela 04: Número de nódulos por mm pelas faixas etárias na mama direita.

Tam Nódulo	Dir	Entre 50 a 54 anos	Entre 55 a 59 anos	Entre 60 a 64 anos	Entre 65 a 69 anos	Total
<10 mm	13	5	8	4	30	
11-20 mm	1	2	2	1	6	
21-50 mm	-	1	-	-	1	
Total	14	8	10	5	37	

Fonte: SISMAMA (2017)

Estas informações indicam que 81% dos nódulos são menores que 1cm que conforme INCA (2004) indica um estágio inicial do câncer e que normalmente não é palpável no auto-exame de mamas, já em 19% dos casos diagnosticados tratavam-se de nódulos de até 5 cm o qual indica alteração considerável.

Em um estudo realizado por Abreu e Koifmann (2002) apresenta evidências sobre os tamanhos dos tumores a partir de um estudo norte americano chamado de "Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (EUA), com 644 pacientes tratados no final da década de 60, indica uma sobrevivência em 20 anos de 88%, para os pacientes com tumores menores que 2 cm".

A sobrevivência, a qualidade de vida, são frutos de um diagnóstico precoce e oportuno, para tal deve estar garantido o acesso das usuárias ao exame de mamografia bem como aos demais métodos de rastreamento se assim o fizer necessário, o estudo de Oliveira et al. (2011) mostra mais algumas peculiaridades do acesso " A ampliação do acesso parece mais ligada às políticas de aumento de renda e inclusão social, e à ampliação da oferta de exames na rede pública e conveniada, do que ao aumento do número de mamógrafos".

Este fato realça a necessidade do fortalecimento da atenção primária em saúde ao ofertar e



**Tipo de trabalho:** TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

permitir acesso a esta usuária aos exames de forma periódica e necessária como forma de prevenção.

Perreira e Sequeira (2011) em seu estudo concluíram que número reduzido de exames pode ser considerado uma das causas da detecção tardia do câncer de mama e, assim, contribuir para o maior número de mortalidade por essa patologia, além disso apontam que há necessidade de aumentar o número de cotas para atender à demanda de mamografias às mulheres climatéricas para diminuir o índice de mortalidade por câncer de mama na região estudada.

Sobre o histórico de realização de exames anteriores de mamografia, 50,1% das mulheres já haviam realizado uma mamografia anterior, em um estudo semelhante realizado em Goiânia em 2002 os pesquisadores constataram que 28% das mulheres nunca tinham realizado uma mamografia na vida, (GODINHO E KOCK, 2002).

Já Tomazelli (2017) em seu estudo apontou que 40% das mulheres realizavam mamografias anuais. Fernandes et al. (2010) em seu estudo aponta que a grande maioria das mulheres (82%) realizou o exame mamográfico pela primeira vez. O mesmo autor aponta ainda que estes dados mostram uma realidade preocupante e estão em consonância com estudo no Rio Grande do Sul(20) e Distrito Federal(21), realizados no sistema público de saúde, que também encontraram um percentual superior a 80% das mulheres que estavam sendo submetidas à mamografia pela primeira vez.

Merece destaque que 75 % dos exames demoraram mais de 30 dias para realizar o exame após o pedido, o qual em um estudo semelhante realizado por Silva e Riul (2011) aponta que o sucesso do diagnóstico precoce do câncer se faz a partir de um conjunto: exame clínico das mamas, auto exame, mamografia em tempo hábil e valorização da queixa do usuário pelos profissionais da saúde.

Para Trufell et al. (2008) em seu estudo mostra que o “maior atraso na condução dos casos de câncer de mama ocorreu entre a mamografia e a realização da biópsia da lesão suspeita. Ele também sugere que a maior demora no diagnóstico está relacionada a estádios mais avançados da doença”.

Sobre os parâmetros de tempo para realização dos exames após o pedido não há uma especificidade publicada como legislação oficial, contudo em 2012 através da LEI Nº 12.732, de 22 de novembro, que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início em 60 dias.

A fim de se estimar uma cobertura de mamografia deve-se avaliar a relação entre o número de exames de mamografia de rastreamento realizadas e pagas pelo SUS, em mulheres de 50 a 69 anos, residentes em um município, no período de dois anos; e a população feminina de mesma faixa etária, residente no mesmo município. No último ano do biênio avaliado, este indicador apresentará a cobertura de mamografia, para o presente estudo a partir dos dados apresentados a cobertura estimada é de 17% para o período analisado.



**Tipo de trabalho:** TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

Conforme o estudo realizado Viacava, Junior e Moreira (2009) “Em 2007, para o conjunto das capitais, estimou-se a cobertura de mamografia em aproximadamente 70%, variando de 41,2% em Porto Velho (RO) a 82,2% em Florianópolis (SC)”, desta forma pode se avaliar a cobertura com baixa no município de Lages.

Porem os indicadores nos trazem a reflexão que deve-se levar em conta para a cobertura mamográfica como indicador de acesso pode ser avaliada a partir do número de mamógrafos existentes na região a capacidade de realização dos exames, neste caso este viés deverá ser explorado em futuros estudo com novas variáveis afim estabelecer com segurança e qualidade um indicador como este de cobertura.

#### **Conclusão**

Os dados deste estudo mostram que cobertura de mamografia é extremamente baixa no município, o que dificulta o diagnóstico precoce, bem como elevando o número de internações por câncer de mama.

Das mamografias realizadas observou-se que estavam dentro da faixa etária preconizada, houve um baixo percentual de mamografias diagnosticas e alto de rastreio o que remete a reflexão de fato do rastreio. Chama atenção o alto número de mulheres que não tiveram suas mamas examinadas anteriormente a mamografia fato este que remete a uma baixa efetividade a integralidade do cuidado.

Um dado importante é o baixo números de diagnósticos de câncer, o qual desafia os indicadores se comparado o número de óbitos e número de internações por câncer de mama, associa-se a isso ainda a escolaridade das mulheres como sendo de nível fundamental e incompleto.

Os dados incompletos disponíveis do SISMAMA dificultam a elucidação real da situação problema, mas especialmente para a gestão dos serviços de saúde mostrando um cenário de subnotificação e de precariedade de planejamento no sistema único de saúde SUS.

Por fim destaca-se que o estudo demonstra que os dados do perfil dos exames de mamografia não são compatíveis com os números de internações, morbidade e mortalidade por câncer de mama, uma vez que não destacaram potenciais riscos a serem tratados de forma precoce. Assim, este estudo traz um alerta sobre a importância de intensificar o número de realização de exames bem como a necessidade de ampliar estudos que auxiliam a gestão e planejamento de ações capazes de melhorar o acesso, diagnóstico e tratamento das mulheres passíveis de câncer de mama.

Referencias Bibliográficas.

1. ARAÚJO da Silva, Pamella, da SILVA Riul, Sueli, **Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. Revista Brasileira de Enfermagem.** 2011, Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267022538005> Acessado: 12 de Novembro 2017.



**Tipo de trabalho:** TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

2. ABREU, Evaldo de. KOIFMANN, Sergio. **Fatores prognósticos no câncer de mama feminino. 2002.**  
[http://www.inca.gov.br/Rbc/n\\_48/v01/pdf/revisao.pdf](http://www.inca.gov.br/Rbc/n_48/v01/pdf/revisao.pdf). Acessado: 12 de Novembro 2017.
3. BRASIL, LEI Nº 11.664, DE 29 DE ABRIL DE 2008  
. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/lei/l11664.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11664.html).  
Acessado: 12 de Novembro 2017.
4. CASTRO, Queli. PEREIRA, Lisiane. CRECENCIA Hedi. SIQUEIRA, Heckler de.  
**Acesso à mamografia: percepções dos responsáveis pela política da saúde da mulher.** REME - Rev Min Enferm.; 15(3):365-371, Jan/Mar, 2011.  
Disponível em : [www.reme.org.br/artigo/detalhes/46](http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/46) Acessado: 12 de novembro de 2017.
5. CERVO, A. L. BERVIAN, P. A. Metodologia científica. 5.ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.
6. Chala LF, Barros N. **Avaliação das mamas com métodos de imagem.** [editorial]. Radiol Bras. 2007;40(1) Disponível em:  
[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-39842007000100001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842007000100001).  
Acessado 12 de novembro de 2017.
7. DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares et al . **Desigualdades na realização do exame clínico de mama em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 23, n. 7, p. 1603-1612, July 2007 .  
Disponível em ; <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000700011>.  
Acessado 12 de novembro de 2017.
8. DATASUS, **Departamento de Informática do SUS**, disponível em :  
<http://datasus.saude.gov.br/> . Acessado 12 de novembro de 2017.
9. FERNANDES, Daniel Alvarenga. **O perfil das mulheres que se submetem à mamografia no Sistema Público de Saúde do Estado do Acre, (2009).** Disponível em:  
[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id\\_materia=4439&fase=imprime](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=4439&fase=imprime).  
Acessado 12 de novembro de 2017.
10. FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.
11. GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5.ed. São Paulo: Atlas,



**Tipo de trabalho:** TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

- 2006.
12. INCA. Ministério da Saúde (BR). **Instituto Nacional do Câncer. Controle de câncer de mama: documento de consenso.** Rio de Janeiro: INCA; 2004.
  13. INCA. Ministério da Saúde (BR) **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - Rio de Janeiro: INCA, 2015
  14. NASCIMENTO, J. H. R. do; SILVA, V. D. da; MACIEL, A. C. **Acurácia dos achados ultrassonográficos do câncer de mama: correlação da classificação BI-RADS e achados histológicos. Radiologia Brasileira, Porto Alegre, RS, v. 42, n. 4, p. 235-240, jul./ago. 2009.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rb/v42n4/v42n4a09> . Acessado em 12 de novembro de 2017.
  15. OLIVEIRA, Gouveia de, et Al. **Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008.** Ciência & Saúde Coletiva 2017. Disponível em : <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63019950002> . Acessado 12 de novembro de 2017.
  16. ROSA, Luciana Martins da et al . **Rastreamento mamográfico: detecção de lesões neoplásicas malignas em mulheres de santa catarina e do brasil.** Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 25, n. 3, e5280015, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016005280015> . Acessado 12 de novembro de 2017.
  17. SCHNEIDER, Ione Jayce Ceola et al . **Rastreamento mamográfico do câncer de mama no Sul do Brasil e fatores associados: estudo de base populacional.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 30, n. 9, p. 1987-1997, set. 2014 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014000901987&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000901987&lng=pt&nrm=iso) Acessado 12 de novembro de 2017.
  18. Sociedade Brasileira de Mastologia, disponível: <http://www.sbmastologia.com.br/> . Acessado 12 de novembro de 2017.
  19. Suleiman NN, Nascimento N, Botelho JMS, Coelho RC. **Panorama do câncer de mama em mulheres no norte do Tocantins - Brasil.** Rev. Col. Bras.



**Tipo de trabalho:** TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

- Cir. 2017;44(4):316-322 Disponível em:  
<http://www.revistadocbc.org.br/detalhes/235/> . Acessado 12 de novembro de 2017.
20. SMELTZER, Suzanne C; Bare, Brenda G. **Brunner/Suddarth: Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 8. e 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 2v.
21. SCLOWITZ Leal, et .Al **Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados**. Revista de Saúde Pública, vol. 39, núm. 3, junho, 2005, pp. 340-349 Universidade de São Paulo São Paulo, Brasil. Disponível em:  
[www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102005000300003&script=sci...tInq](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102005000300003&script=sci...tInq) . Acessado 12 de novembro de 2017.
22. TOMAZELLI, Jeane Glaucia, et.Al. **Avaliação das ações de detecção precoce do câncer de mama no Brasil por meio de indicadores de processo: estudo descritivo com dados do Sismama, 2010-2011**. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(1), 61-70. Disponível em:  
<https://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000100007> . Acessado 12 de novembro de 2017.
23. TRUFELLI, Damila Cristina. Et Al. **Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama Em um hospital público**. 2008, São Paulo. Disponível em  
[https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45392826/Anlise\\_do\\_atraso\\_Analise\\_do\\_atraso\\_no\\_diagnostico\\_e\\_trata.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45392826/Anlise_do_atraso_Analise_do_atraso_no_diagnostico_e_trata.pdf) . Acessado 12 de novembro de 2017.
24. US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. **Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement**. *Annals of internal medicine*, Philadelphia, v. 151, n. 10, p. 716-726, nov. 2009 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19920272> . Acessado 12 de novembro de 2017.
25. VIACAVAL, Francisco; Souza JUNIOR, Paulo Roberto Borges de; MOREIRA, Rodrigo da Silva. **Estimativas da cobertura de mamografia segundo inquéritos de saúde no Brasil. 2009**. Rev Saúde Pública 2009;43(Supl 2):117-125. Disponível: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/1264> .



**Tipo de trabalho:** TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

Acessado 12 de novembro de 2017.

26. XAVIER, Diego Ricardo et al . **Cobertura de mamografias, alocação e uso de equipamentos nas Regiões de Saúde.** Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 40, n. 110, p. 20-35, set. 2016 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042016000300020&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000300020&lng=pt&nrm=iso) . Acessado 12 de novembro de 2017.
27. World Health **Organization. Cancer control: knowledge into action:** WHO guide for effective programmes; module 3 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2007 [cited 2016 Aug 26]. Available from: <http://www.who.int/cancer/modules/Early%20Detection%20Module%203.pdf> [ [Links](#) ]. Acessado 12 de novembro de 2017.