

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LORENA CAROLINA MARIA DE ARRUDA CURTT ANDRADE

RASTREAMENTO DA NEOPLASIA DE MAMA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Uberlândia – MG

2018

LORENA CAROLINA MARIA DE ARRUDA CURTT ANDRADE

RASTREAMENTO DA NEOPLASIA DE MAMA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Comissão de Orientação de TCC do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito para conclusão e obtenção do título de Bacharel e Licenciatura em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo de Holanda

Co-orientador: Prof. Dr.^a Suely Amorim de Araújo

Uberlândia – MG

2018

RESUMO

Introdução: Para o biênio 2018-2019 foram estimados 59.700 casos novos da neoplasia de mama, que representam uma taxa de incidência de 56,33 casos por 100 mil mulheres. Em países em desenvolvimento, implantar programas de rastreamento organizado do câncer de mama é considerado um grande desafio. As evidências do impacto do rastreamento na mortalidade pelo câncer de mama justificam sua adoção como política de saúde pública, tal como recomendado pela Organização Mundial da Saúde. **Objetivo:** Demonstrar através de uma revisão integrativa os principais pontos de atraso no rastreamento do câncer de mama na atenção primária. **Metodologia:** Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura realizada nas bases de dados informatizadas da Biblioteca Virtual em Saúde, abrangendo: “Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências de Saúde”, “Base de Dados de Enfermagem”, “Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde” e “*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*”, no período de janeiro a maio de 2018. Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde: neoplasia de mama, rastreamento, atenção primária. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos na íntegra, no idioma inglês, português e espanhol, aspecto clínico diagnóstico, população feminina, abordar somente a enfermidade neoplasia de mama, com data de publicação entre 2013 a 2017. **Resultados:** Foram incluídos 13 artigos, que constituíram três categorias: “Levantamento das ações dos profissionais frente ao rastreamento”; “Funcionamento dos programas de rastreamento” e “Verificação de sinais e sintomas como característica de rastreamento do câncer de mama”. **Conclusão:** Os programas de rastreamento da neoplasia de mama influenciam diretamente no prognóstico das mulheres diagnosticadas com a neoplasia. Com isso, nota-se a necessidade de criação e expansão dessas estratégias, capacitação dos profissionais de saúde da atenção primária e uma identificação mais eficaz e eficiente das características do câncer de mama.

Descritores: Neoplasia de mama. Rastreamento. Atenção Primária.

ABSTRACT

Introduction: For the biennium 2018-2019, 59,700 new cases of breast cancer were estimated, representing an incidence rate of 56.33 cases per 100,000 women. In developing countries, deploying organized breast cancer screening programs is considered a major challenge. Evidence of the impact of screening on breast cancer mortality justifies its adoption as a public health policy, as recommended by the World Health Organization. Objective: To demonstrate, through an integrative review, the main points of delay in the screening of breast cancer in primary care. Methodology: This is an Integrative Review of Literature carried out in the computerized databases of the Virtual Health Library, covering: "Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences", "Nursing Database", "Bibliographic Index Spanish of Health Sciences "and" Medical Literature Analysis and Retrieval System Online ", from January to May of 2018. Descriptors in Health Sciences were used: breast neoplasia, screening, primary care. The inclusion criteria were: articles in the English, Portuguese and Spanish language, clinical diagnosis, female population, breast cancer only, with publication date from 2013 to 2017. Results: We included 13 articles, which consisted of three categories: "Survey of professionals' actions against tracking"; "Functioning of screening programs" and "Verification of signs and symptoms as a characteristic of breast cancer screening". Conclusion: Breast cancer screening programs directly influence the prognosis of women diagnosed with neoplasia. Thus, the need to create and expand these strategies, training of primary care health professionals and a more effective and efficient identification of the characteristics of breast cancer is noted.

Keywords: Breast neoplasm. Tracking. Primary attention.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Esquema do processo de busca dos artigos da revisão integrativa, aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e composição da amostra. Uberlândia, 2018.....	17
---	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Objetivos dos estudos incluídos.....	18
QUADRO 2 – Panorama conclusivo dos estudos levantados.....	21
QUADRO 3 – Principais pontos da categoria 1.....	32
QUADRO 4 – Principais pontos da categoria 2.....	33
QUADRO 5 – Principais pontos da categoria 3.....	34

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Categorização dos artigos.....	32
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AEM** Autoexame das Mamas
- aHR** Razão de riscoajustada
- APS** Atenção Primária de Saúde
- ARR** *Ajusted Rate Ratio*
- BDENF** Base de Dados de Enfermagem
- BI-RADS** *Breast Image reporting and data system*
- BVS-BREME** Biblioteca Virtual em Saúde
- Desc** Descritores em Ciências da Saúde
- ECM** Exame Clínico das mamas
- EUA** Estados Unidos da América
- IBECS** Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde
- IC** Intervalo de Confiança
- IMC** Índice de Massa Corporal
- LILASC** Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde
- MEDLINE** *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*
- MMG** Mamografia
- OBSP** Programa de Rastreio da MAMA emOntário
- OMS** Organização Mundial de Saúde
- OR** *odds ratios*
- PBE** Prática Baseada em Evidências
- PN** Navegação do paciente
- RI** RevisãoIntegrativa
- UBS** UnidadeBásica de Saúde
- VPP** ValoresPreditivosPositivos

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	10
1	OBJETIVOS	14
1.1	Geral	14
1.2	Específicos	14
2	METODOLOGIA.....	15
2.1	Tipo de Estudo	15
2.2	Procedimento para coleta de dados.....	15
3	RESULTADOS	18
4	DISCUSSÃO	33
4.1	1. Levantamento das ações dos profissionais frente ao rastreamento.....	33
4.2	2. Funcionamento dos programas de rastreamento.....	35
4.3	3. Verificação de sinais e sintomas como característica de rastreamento do câncer de mama.....	37
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
	REFERÊNCIA	40
	ANEXO	42

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, excluindo os tumores de pele não melanoma, a neoplasia de mama é o mais incidente em mulheres de todas as regiões, exceto na região Norte, onde o câncer do colo do útero ocupa a primeira posição (INCA 2018). Para o biênio 2018-2019 foram estimados 59.700 casos novos para cada ano do biênio, que representam uma taxa de incidência de 56,33 casos por 100 mil mulheres (INCA, 2018).

Estratégias de controle do câncer de mama vêm sendo implementadas no Brasil desde os anos 80, através de ações isoladas e, mais recentemente, por ações inseridas em programas de controle do câncer. Esses programas correspondem a um conjunto de ações sistemáticas e integradas, que objetivam de forma geral a prevenção primária (redução ou eliminação dos fatores de risco), detecção precoce (identificação precoce do câncer ou de lesões precursoras), tratamento, reabilitação e cuidados paliativos com o intuito de reduzir a incidência, a mortalidade e a morbidade do câncer em uma dada população (CONITEC - Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil, 2015). A Linha de Cuidado do Câncer da Mama tem o intuito de garantir à mulher o acesso humanizado e integral às ações e serviços qualificados, promovendo a prevenção do câncer de mama, acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno. A Atenção Primária à Saúde (APS), juntamente aos outros níveis de atenção à saúde, são os responsáveis por buscar, permanentemente, a melhoria do acesso e da qualidade do atendimento à população, tendo um grande potencial de resolver parte significativa das queixas apresentadas pela demanda (BRASIL, 2013), podendo chegar a 100% um bom prognóstico e a sobrevida em cinco anos, dependendo do estadiamento (ROSA; RADUNZ, 2012).

A sobrevida é fortemente influenciada pela extensão da doença no momento do diagnóstico, sendo que esta é avaliada pelo estadiamento do tumor (BRASIL, 2008). Estudo demonstrou que quando avançado, as chances de uma pessoa sobreviver diminuí, pois mulheres que apresentaram estágio IIa, IIb, IIIa, IIIb e IV, no momento do diagnóstico, exibiram taxas de sobrevida em cinco anos de 80%, 70%, 50%, 32% e 5% respectivamente, apresentando a influência da extensão do câncer e sobrevida (DIAS, MARTINS, GRADIM, 2018). O atraso no diagnóstico e no tratamento do câncer de mama pode propiciar estágio mais avançado da doença, resultando em tratamento mais agressivo, com pior prognóstico e consequente aumento da mortalidade. Quando a doença é diagnosticada no início, o tratamento tem maior potencial curativo. Quando há evidências de metástases, o tratamento

tem por objetivos principais, prolongar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida (INCA 2018).

Em países que implantaram programas efetivos de rastreamento, a mortalidade por esse tipo de câncer vem apresentando uma redução, estimada em 25% a 30%, das mortes por câncer de mama na população entre 50 e 69 anos (BRASIL, 2010). São estratégias de detecção precoce no câncer de mama as ações de diagnóstico precoce, identificação mais precocemente possível do câncer de mama em indivíduos sintomáticos, e rastreamento, identificação do câncer de mama em indivíduos assintomáticos (BRASIL, 2013).

Para os países em desenvolvimento, implantar programas de rastreamento organizado do câncer de mama é considerado um grande desafio. Para a detecção precoce da neoplasia de mama recomenda-se a observação e a autopalpação das mamas sempre que a mulher se sentir confortável para tal, sem necessidade de uma técnica específica de Autoexame da Mama (AEM), em um determinado período do mês. O rastreamento por meio da mamografia é indicado em mulheres entre 50 e 69 anos a cada dois anos (CONITEC - Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil, 2015), sendo uma estratégia direcionada às mulheres na faixa etária em que os benefícios dessa prática são mais favoráveis, com maior impacto na redução da mortalidade. Existem dois tipos de rastreamento, podendo ser oportunístico ou organizado. No primeiro, o exame de rastreio é ofertado às mulheres que oportunamente chegam às unidades de saúde, enquanto o modelo organizado é dirigido às mulheres na faixa etária alvo que são convidadas para os exames periódicos. As evidências do impacto do rastreamento na mortalidade pelo câncer de mama justificam sua adoção como política de saúde pública, tal como recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (INCA, 2017).

A mamografia é o exame de imagem recomendado no rastreamento de câncer de mama no Brasil, por ser o único capaz de detectar lesões não palpáveis e causar impacto na mortalidade por câncer de mama. Não há evidências suficientes sobre possíveis benefícios da substituição da mamografia convencional pela mamografia digital ou pela ressonância nuclear magnética, mas o papel do Exame Clínico das Mamas (ECM) como método de rastreamento, em locais sem rastreamento mamográfico, também tem sido alvo de pesquisas e existe alguma evidência de que seja responsável pela detecção de considerável proporção de casos nesse contexto (BRASIL, 2013).

Na Europa o rastreamento mamográfico baseia-se em normatizações determinadas pela Rede Europeia de Câncer de Mama (*EuporeanBreastCancer Network*). Nos Estados Unidos, a adesão a mamografia é elevada, sendo a taxa de elevação na incidência se associado

à diminuição da mortalidade, observando-se uma sobrevida de 84.1% em cinco anos. No Brasil, apesar do conhecimento de todos os processos relacionados ao rastreamento mamográfico, existe uma dificuldade na formalização de sistemas de referência efetivos que atendam toda a população, sob a forma de um rastreamento mamográfico organizado em mulheres assintomáticas (LOURENÇO, et al. 2013).

Estudos realizados em hospitais públicos do Distrito Federal conclui que existe um importante atraso para iniciar o tratamento das mulheres, sugerindo que esforços devem ser feitos para a redução dos tempos necessários para agendar a consulta médica, diagnosticar e tratar essas pacientes (BARROS, 2013). Um outro estudo realizado com ginecologistas, mastologistas e geriatras de Goiás, apontou uma dificuldade no reconhecimento dos fatores de risco para o câncer de mama. Grande parte deles forneceram respostas conflitantes em relação às recomendações atuais de rastreamento da neoplasia de mama. Os médicos identificaram também escassez de equipamentos e custo do exame como as principais barreiras à realização de mamografia (GODINHO, KOCH, 2004).

O processo do cuidado integral à saúde é missão básica da APS, promovendo a promoção da saúde, aumentando assim a frequência e adesão das mulheres aos exames e reforçando os sinais e sintomas de alerta, que devem ser observados pelas usuárias.

Para a formação de uma equipe de saúde capacitada é necessária a constante atualização para o controle efetivo da neoplasia, ressaltando a importância do papel da enfermagem, considerada a principal ligação entre equipe de saúde e os usuários dos serviços (MORAES, et al. 2016). Destacam-se, como atribuições do enfermeiro no controle do câncer de mama a realização de consulta de enfermagem, o ECM de acordo com a faixa etária e quadro clínico, examinar e avaliar sinais e sintomas relacionados à neoplasia, solicitar e avaliar exames de acordo com os protocolos locais, encaminhar e acompanhar nos serviços de referência para diagnóstico e/ou tratamento e realizar e participar das atividades de educação permanente (TEIXEIRA, et al. 2017).

A proposta de estabelecer a APS como eixo estruturante do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama é recente e pouco têm sido publicados sobre o desenvolvimento das ações nesta área (BRASIL, 13). Há necessidade de implementação efetiva das linhas de cuidado na rede de atenção oncológica, com pactuação dos fluxos entre os serviços para agilizar o acesso à assistência integral às mulheres (TRALDI, M. Cristina, 2016).

A Revisão Integrativa (RI) incluirá a análise de pesquisas relevantes sobre a temática em questão, colaborando na tomada de decisão e na melhoria da prática clínica, possibilitando com a síntese de múltiplos estudos publicados, definir um estado do conhecimento,

conclusões e elaboração de estratégias de melhoria (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

1 OBJETIVOS

1.1 Geral

Demonstrar através de uma revisão integrativa os principais pontos de atraso no rastreamento do câncer de mama na atenção primária.

1.2 Específicos

1. Levantar nas bases de dados, os principais trabalhos que descrevem a temática investigada.

2. Selecionar os principais artigos que respondam a problemática proposta.

3. Construir a estrutura da revisão integrativa elencando os principais pontos de destaque.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma Revisão Integrativa (RI), que compreende na busca e análise da produção científica da literatura, composta por eminentes pesquisas que dão suporte para a tomada de decisão e o incremento da prática clínica, possibilitando um resultado concreto acerca do tema, além de levantar pontos ainda não identificados do conhecimento a serem desvendados com a realização de novos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para Mendes, Silveira e Galvão (2008), para a construção da RI é necessário seguir seis etapas distintas: estabelecimento da hipótese ou questão de pesquisa, amostragem ou busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados e a síntese do conhecimento ou apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A RI é um método que sintetiza os estudos primários do tópico de interesse do pesquisador facilitando uma análise ampla da literatura e maior compreensão do tema investigado. Este método é um recurso da Prática Baseada em Evidências (PBE) e tem como pressuposto o rigoroso processo de síntese do problema e da realidade pesquisada (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A PBE averigua a tomada de decisão e solução dos problemas levando em consideração as evidências recentes e provenientes de estudos rigorosos. A RI possibilita a busca, a avaliação crítica e a síntese do tema investigado e o seu resultado representa a situação atual do assunto pesquisado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

2.2 Procedimento para coleta de dados

Na etapa inicial, o tema decidido para a revisão integrativa foi o rastreamento da neoplasia de mama na atenção primária, tendo como questão norteadora: “Quais os principais pontos de atrasos no rastreamento de câncer de mama na atenção primária?”.

Na segunda etapa foram delimitados os seguintes descritores contidos no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): neoplasia de mama, rastreamento, atenção primária. Utilizou-se como estratégia para o levantamento da amostra uma busca avançada nas bases de dados informatizadas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-BIREME): que inclui, entre outras, a

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), a Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos na íntegra, no idioma inglês, português e espanhol, aspecto clínico diagnóstico, população feminina e com data de publicação entre 2013 a 2017.

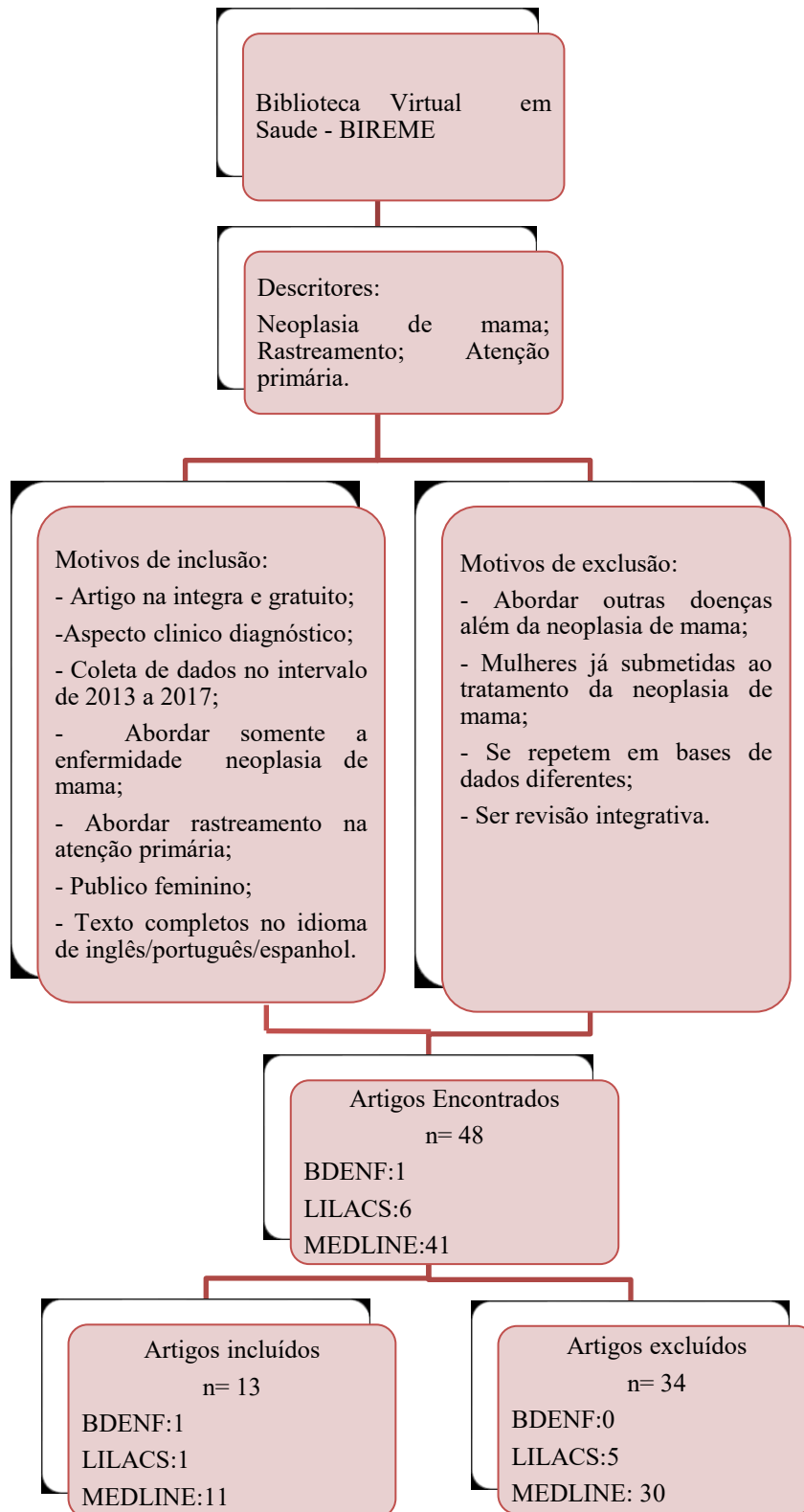
A categorização compõe a terceira etapa, na qual foi realizada uma leitura cuidadosa de todos os artigos selecionados na pesquisa, extraindo os dados a partir de um instrumento de coleta de dados elaborado por Ursi em 2005 (URSI, 2005 apud SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Este instrumento compõe: identificação do artigo (título, periódico, autores, país, idioma e ano de publicação), instituição sede do estudo, tipo de publicação (enfermagem, médica, outra), características metodológicas do estudo (tipo de pesquisa, objetivo, amostra, tratamento dos dados, intervenções, resultados, análise, implicações, nível de evidência) e avaliação do rigor metodológico (ANEXO A). Com isto, foram elencados os seguintes itens relevantes para a presente pesquisa para a coleta de dados de cada artigo: título do artigo, autores, ano de publicação, objetivos, método, resultados, considerações finais/conclusão. As informações resultantes desta extração foram organizadas em quadros e tabela.

Na quarta etapa é necessária a avaliação dos estudos incluídos, realizada a partir de uma leitura crítica e reflexiva dos artigos incluídos em busca de informações sobre o tema e supostas explicações para os resultados dos diversos estudos selecionados. Esta etapa possibilita avaliar a qualidade de cada temática abordada, bem como a veracidade das informações coletadas em cada estudo para que a revisão se pautasse de forma imparcial.

A quinta etapa de interpretação dos resultados foi baseada nos dados perceptíveis nos artigos incluídos na RI com o conhecimento teórico disponível sobre o tema, com o intuito de estabelecer as implicações resultantes dos artigos para discussão.

Na sexta etapa foi apresentada a síntese da discussão dos resultados encontrados. Sendo evidenciada a pertinência dos procedimentos empregados na elaboração da revisão, os aspectos relativos ao tema abordado e o detalhamento dos estudos incluídos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Figura 1 - Esquema do processo de busca dos artigos da revisão integrativa, aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e composição da amostra. Uberlândia, 2018.



Fonte: A autora

3 RESULTADOS

Foram incluídos 13 artigos na composição da amostra desta RI, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, conforme ilustrado na figura 1. Cada artigo foi denominado com um caractere “A” (inicial da palavra artigo) com respectivo algarismo arábico para distingui-lo de outros estudos. Utilizou-se essa denominação para facilitar a leitura dos resultados. No Quadro 1, cada estudo apresenta em seguida do seu título sua denominação.

QUADRO 1 – Apresentação dos artigos incluídos na revisão integrativa.

Título do artigo	Autores	Ano de Publicação	Objetivos
Guideline-inconsistent breast cancer screening for women over 50: a vignette-based survey. (A1)	KADIVAR, Hajar; GOFF, Barbara A; PHILLIPS, William R; ANDRILLA, C Holly A; BERG, Alfred O; BALDWIN, Laura-Mae.	2014	Examinar a porcentagem de médicos de cuidados primários dos EUA que relatam práticas de rastreamento do câncer da mama que não são consistentes com as diretrizes, e as características dos médicos que relataram oferecer modalidades de teste adicionais.
Multi-level Intervention Raises Latina Participation in Mammography Screening: Findings from ¡Fortaleza Latina! (A2)	CORONADO, Gloria D; JIMENEZ, Ricardo; MARTINEZ-GUTIERREZ, Javiera; MCLERRAN, Dale; ORNELAS, India; PATRICK, Donald; GUTIERREZ, Robert; BISHOP, Sonia; BERESFORD, Shirley A A.	2014	Avaliar a eficácia de um programa em nível de clínica e paciente para aumentar o rastreamento do câncer de mama entre as latinas no oeste de Washington.
A primary care audit of familial risk in patients with a personal history of breast cancer. (A3)	NATHAN, Paul; AHLUWALIA, Aneeta; CHORLEY, Wendy.	2014	Determinar se o uso de triagem direcionada a parentes de pacientes com câncer de mama com o intuito de identificar o risco de câncer familiar vale a pena na atenção primária.

Breast cancer risk perceptions of Turkish women attending primary care: a cross-sectional study. (A4)	KARTAL, Mehtap; OZCAKAR, Nilgun; HATIPOGLU, Sehnaz; TAN, Makbule Neslisah; GULDAL, Azize Dilek.	2014	Avaliar a percepção de risco de câncer de mama de mulheres e sua precisão, e determinar os fatores que podem afetar sua precisão de percepção de risco.
Risk of breast cancer in symptomatic women in primary care: a case-control study using electronic records. (A5)	WALKER, Sarah; HYDE, Chris; HAMILTON, William.	2014	Identificar e quantificar as características do câncer de mama na atenção primária.
Patient navigation to improve follow-up of abnormal mammograms among disadvantaged women. (A6)	PERCAC-LIMA, Sanja; ASHBURNER, Jeffrey M; MCCARTHY, Anne Marie; PIAWAH, Sorbarikor; ATLAS, Steven J.	2015	Avaliar o impacto de um programa de navegação do paciente (PN) no acompanhamento após uma mamografia anormal.
Organized breast screening improves reattendance compared to physician referral: a case control study. (A7)	MAKEDONOV, Ilia; GU, Sumei; PASZAT, Lawrence F.	2015	Identificar mulheres sem câncer de mama antes de 30 de junho de 2011, tendo mamografia bilateral (M) durante um período de referência aos 50 - 69 anos em Programa de Rastreamento da Mama em Ontário (OBSP) ou instalações não-OBSP, e durante um período de reexposição, no mesmo tipo de instalação.
Breast cancer screening disparities among urban immigrants: a population-based study in Ontario, Canada. (A8)	VAHABI, Mandana; LOFTERS, Aisha; KUMAR, Matthew; GLAZIER, Richard H.	2015	Comparar a prevalência de rastreamento mamográfico adequado entre as mulheres imigrantes e nascidas nativas e determinar os preditores de rastreamento de baixa mamografia.
Do Primary Care	LARSON, Kelsey	2016	Questionar se os

Physician Perform Clinical Breast Exams Prior to Ordering Mammogram? (A9)	E; COWHER, Michael S; O'ROURKE, Colin; PATEL, Mita; PRATT, Debra.			médicos de atenção primária realizam ECM antes de encomendar a mamografia.
Rastreamento oportunístico do câncer de mama desenvolvido por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. (A10)	MORAES, Débora Cherchiglia de; ALMEIDA, Ana Maria de; FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de; LOYOLA, Edilaine Assunção Caetano de; PANOBIANCO, Marislei Sanches.	2016		Identificar as ações de rastreamento oportunístico do câncer de mama realizadas por enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Ribeirão Preto.
Knowledge, Attitudes, and Behaviors about Breast Self-Examination and Mammography among Female Primary Healthcare Workers in Diyarbakır, Turkey. (A11)	ERDEM, Özgür; TOKTAS, Izzettin.	2016		Determinar o nível de conhecimento dos profissionais de saúde primária do sexo feminino sobre o câncer de mama e revelar suas atitudes e comportamentos sobre o AEM e a mamografia.
Mulheres com alterações mamográficas: trajetória em uma unidade básica de saúde. (A12)	SOUSA, Manoela Mendes; FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de; GONÇALVES, Valterli Conceição Sanches; RIVERO, Gutierrez, Maria Gaby.	2017		Descrever a trajetória de usuárias de uma UBS que apresentaram mamografia alterada.
Typical and atypical presenting symptoms of breast cancer and their associations with diagnostic intervals: Evidence from a national audit of cancer diagnosis. (A13)	KOO, Minjoung Monica; VON WAGNER, Christian; ABEL, Gary A; MCPHAIL, Sean; RUBIN, Greg P; LYRATZOPOULOS, Georgios.	2017		Examinar os sintomas de câncer de mama em mulheres usando dados de uma iniciativa nacional de auditoria.

Fonte: A autora.

Conforme os artigos incluídos nesta RI, verifica-se ainda o método, os resultados e as considerações finais ou conclusões encontradas pelos autores nas referidas pesquisas (Quadro 2).

QUADRO 2 – Apresentação do método, resultados e conclusões dos artigos.

NÚMERO DO ARTIGO	Método	Resultados	Considerações Finais/Conclusão
A1	Autorrelato médico das práticas de rastreamento do câncer de mama que não são consistentes com as recomendações da Força Tarefa de Serviços Preventivos dos EUA, do Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia e da Sociedade Americana de Câncer, definidas como quase sempre oferecendo mamografia.	36,0% (Intervalo de Confiança - IC 95%: 31,8% -40,5%) dos médicos relataram oferecer testes de rastreamento do câncer de mama inconsistentes com as diretrizes nacionais, com a maioria oferecendo exames extras (ressonância magnética e/ou ultrassom) (33,2%, IC 95%) 29,1% - 37,6%). Na análise ajustada, médicos avessos ao risco e aqueles que acreditavam na eficácia clínica da ressonância magnética estavam mais propensos a oferecer exames extras de rastreamento do câncer de mama.	Os médicos frequentemente relatam oferecer modalidades de teste de rastreamento do câncer de mama além daquelas recomendadas para uma mulher de 51 anos de idade. Estratégias, como o detalhamento acadêmico sobre o uso apropriado da tecnologia e a provisão de apoio à decisão clínica para o rastreamento do câncer de mama, poderiam diminuir o uso excessivo de recursos.
A2	A intervenção é um programa de rastreio do câncer da mama em vários níveis em quatro clínicas de cuidados primários participantes. É um estudo controlado randomizado e paralelo com 600 mulheres latinas entre 42 e 74 anos, que não estão em conformidade com as diretrizes de rastreamento do câncer de mama. Os participantes serão organizados dentro da clínica usando a	As taxas de mamografia de rastreamento 1 ano pós-randomização foram de 19,6% no grupo de intervenção e 11,0% no grupo de cuidados habituais (p <0,01), com base em dados do prontuário. Não foram observadas diferenças significativas na triagem mamográfica dos participantes em clínicas randomizadas para serviços adicionais de mamografia versus tratamento usual	Essa intervenção de nível múltiplo de entrevistas motivacionais feitas por promotoras e serviços gratuitos de mamografia aumentou modestamente as taxas de participação no rastreamento do câncer de mama entre as latinas

randomização de blocos para: (1) um braço de controle (cuidado usual); e (2) um programa de aconselhamento baseado em teoria, consistindo de uma intervenção domiciliar liderada por um promotor ou agente comunitário de saúde para incentivar o rastreamento do câncer de mama. No nível clínico, duas clínicas oferecerão serviços adicionais de mamografia fornecidos por uma unidade móvel de mamografia operada pela Seattle Cancer Care Alliance. O desfecho primário é a taxa de captação mamográfica ao longo do período de acompanhamento de 1 ano. (15,8% vs. 14,4%, p = 0,74).

A3	<p>A auditoria usou um questionário de histórico familiar e uma ferramenta de avaliação de risco validados como uma abordagem de triagem para identificar e classificar o risco familiar de acordo com as diretrizes do Instituto Nacional de Saúde e Excelência e cuidados, para orientar o encaminhamento para o serviço de triagem de câncer familiar.</p>	<p>A taxa de resposta aos questionários de história da família foi de 54% e a maioria dos pacientes respondeu positivamente ao seu médico, procurando identificar os riscos de câncer familiar em sua família. Dos 57 questionários devolvidos, mais da metade (54%) continha características com indivíduos elegíveis para encaminhamento. Os pacientes e seus parentes, freqüentemente registrados com a prática, recebem bem</p>	<p>Os resultados sugerem um papel para os profissionais da atenção primária na identificação daqueles com maior risco familiar. No entanto, sistemas e processos integrados precisam ser projetados para facilitar esse trabalho.</p>
----	---	---	---

		a discussão. Uma referência apropriada pode, portanto, ser feita.	
A4	Os dados foram coletados em um desenho de levantamento transversal. Questionário, incluindo fatores de risco de câncer de mama, percepções de risco e comportamentos de triagem, respondidos por 624 mulheres que visitam o centro de atenção primária à saúde. "Risco percebido" investigado com medidas numéricas e verbais. A precisão da percepção de risco foi determinada pelos escores de risco de Gail de cinco anos das mulheres.	A idade média dos participantes foi de $59,62 \pm 1,97$ anos. Das mulheres, 6,7% tinham parentesco de primeiro grau com câncer de mama, 68,9% realizavam autoexame das mamas e 62,3% mamografia, e 82,9% expressavam preocupação com o câncer de mama como "baixo". A medida numérica correlacionou-se melhor com a preocupação e os escores de Gail. Das mulheres, 65,5% perceberam o risco de câncer de mama com precisão. Entre as mulheres do grupo "alto risco" 65,7% subestimaram, enquanto no grupo "risco médio" 25,4% superestimaram o risco.	As mulheres turcas que visitam o centro de atenção primária à saúde são abertamente e excessivamente otimistas. Isso era especialmente óbvio, com o resultado de que quase um terço não havia realizado mamografia. Há uma necessidade de mais estudos para entender o por que e como esse otimismo é mantido para que melhores estratégias de triagem possam ser aplicadas no centro de atenção primária à saúde. Todos os profissionais de saúde que trabalham no na atenção primária a saúde devem estar conscientes desse otimismo para evitar oportunidades perdidas de rastreamento do câncer.
A5	Possíveis características do câncer de mama foram identificadas no ano anterior ao diagnóstico, e as probabilidades de índices calculados por meio de regressão logística condicional. Valores preditivos positivos (VPP) foram estimados para consultar mulheres.	Um total de 3994 mulheres com idade ≥ 40 anos com câncer de mama entre 2000 e 2009, e 16.873 controles pareados por idade, sexo e prática foram estudados. A mediana de idade ao diagnóstico foi de 63 anos (intervalo interquartil de 55-74 anos). Quatro características foram significativamente	Geralmente, os números suportam a prática atual de referência. No entanto, a baixa probabilidade de câncer para todos os sintomas não-nódulo significa que a orientação atual recomenda a investigação para um possível câncer em um limiar de risco mais liberal do que para outros tipos de

	<p>associadas ao câncer de mama: nódulo de mama (odds ratio – razões de possibilidades - [OR] 110; IC: 95%= 188 a 150), dor mamária (OR = 4,2; IC 95% = 3,0 a 6,0), retração do mamilo (OR = 26; IC95% = 10 a 64), descarga mamilar (OR = 19; IC95% = 8,6 a 41): todos os valores de P <0,01. No ano anterior ao diagnóstico, 1762 (44%) dos casos tinham um nódulo na mama em comparação com 132 (0,8%) controles. O PPV do câncer de mama com um nódulo na mama foi de 4,8% em mulheres com idade entre 40 e 49 anos, aumentando para 48% em mulheres com idade > 70 anos. Os PPVs foram menores nas mulheres que também relataram dor mamária.</p>	<p>câncer. Embora apoiado pelos pacientes, isso pode não atender aos critérios atuais do serviço nacional de saúde para o custo-benefício.</p>
<p>A6</p>	<p>Entre 2007 e 2010, mulheres desfavorecidas com mamografia anormal (Códigos 0, 3, 4, 5, Sistema de Informação e Relato de Imagem da Mama [BI-RADS]) atendidas em um centro de saúde comunitário com NP foram comparadas com aquelas que receberam cuidados em 11 práticas de rede sem PN. Regressão logística multivariada e</p>	<p>Achados anormais de mamografia foram relatados para 132 mulheres no centro de saúde comunitário com PN e 168 de práticas sem NP. O percentual de mulheres com acompanhamento adequado foi maior na prática com NP que em não-PN (90,4% vs. 75,3%, ajustado p = 0,006). Resultados variaram pelo escore BI-RADS para mulheres em PN e não-PN (BI-RADS</p> <p>As mulheres desfavorecidas de um centro de saúde comunitário com PN eram mais propensas a receber um acompanhamento apropriado após uma mamografia anormal do que aquelas de práticas sem PN. A expansão do PN para incluir todas as mulheres desfavorecidas nas redes de atenção primária pode melhorar a equidade no tratamento do</p>

modelagem de riscos proporcionais de Cox foram usados para comparar os percentuais recebendo acompanhamento apropriado e tempo de seguimento entre os grupos. 0, 93,7% vs. 90,2%, $p = 0,24$; BI-RADS 3, 85,7% vs. 49,2%, $p = 0,003$; -RADS 4/5, 95,1% vs. 82,8%, $p = 0,26$). O tempo de seguimento foi semelhante para o BI-RADS 0 e ocorreu mais cedo para as mulheres na prática de NP do que nas práticas não relacionadas a PN para BI-RADS 3 e 4/5 (BI-RADS 3, razão de risco ajustada [aHR], 95 % de intervalo de confiança [IC]: 2,41 [1,36-4,27], BI-RADS 4/5, taxa de risco ajustada [IC 95%]: 1,41 [0,88-2,24]. câncer.

A7

Foi utilizado um design de caso-controle para estudar a associação do tipo de instalação e ter MMG durante um período de desfecho. Os casos eram mulheres que não recebiam o resultado MMG. Os controles eram pareados por idade, setor censitário e status socioeconômico. A exposição foi do tipo de linha de base. As covariáveis eram características de comorbidade, mobilidade residencial e médico de atenção primária. A análise de regressão logística condicional foi realizada. Os casos tinham menos probabilidade de terem sido selecionados nas instalações do OBSP. O não recebimento do desfecho M esteve associado a ter se deslocado após a reexposição M (OR = 1,61, intervalo de confiança de 95% (IC) 1,52, 1,71), tendo um PCP masculino (OR = 1,05; IC95% 1,02, 1,05) ou um maior escore de Charlson (OR = 1,06 por unidade de aumento, IC 95% 1,03, 1,09). Tendo re-exposição MMG em uma instalação OBSP (OR = 0,18, IC 95% 0,18, 0,19), tendo um médico da atenção primária treinado no Canadá (OR = 0,83, O OBSP, não requerendo encaminhamento médico, e convidando as mulheres pelo correio para agendar sua próxima tela, está associado a uma menor probabilidade de falha na recolocação para triagem subsequente do que a triagem por encaminhamento de médicos da atenção primária para instalações não pertencente ao OBSP.

		IC 95% 0,8, 0,87), e tendo um médico da atenção primária um ano após exposição a MMG (OR = 0,81, IC 95% 0,68, 0,97) foi protetora contra a falha em receber o desfecho da MMG.	
A8	Realizamos análises secundárias de dados em bancos de dados sociais e de saúde vinculados ao Ontário para determinar a proporção de mulheres que foram examinadas durante o período de dois anos de 2010-2012 entre 1,4 milhão de mulheres elegíveis para o rastreamento que vivem em centros urbanos em Ontário. Usamos regressão de Poisson multivariada para ajustar para várias variáveis sociodemográficas, relacionadas à saúde e relacionadas à migração.	64% das mulheres elegíveis foram adequadamente selecionadas. As taxas de triagem foram menores entre os imigrantes novos e recentes em comparação ao grupo de referência, mulheres nascidas no Canadá e imigrantes que chegaram antes de 1985. Razão da taxa ajustada (ARR) (0,87; IC 95% 0,85-0,88 para novos imigrantes e 0,90; IC 95%) 0,89-0,91 para imigrantes recentes. Fatores associados a menores taxas de rastreamento incluíam morar em bairros de baixa renda, ter um médico do sexo masculino, ter médico internacionalmente treinado e não estar inscrito em modelos de matrícula de pacientes de atenção primária. Aqueles não inscritos foram 22% menos propensos a serem rastreados em comparação com aqueles que foram (ARR 0,78, IC 95% 0,77-0,79).	Para aumentar as taxas de rastreio de mulheres imigrantes, devem ser feitos esforços para aumentar o seu acesso a modelos de inscrição de doentes de cuidados primários e, de preferência, profissionais de saúde femininas. O apoio deve ser fornecido a intervenções que abordem as barreiras de triagem, como linguagem, limitações de aculturação e déficit de conhecimento. Os profissionais de saúde precisam ser educados e assumir um papel ativo na oferta de diretrizes de triagem durante os encontros de saúde.
A9	Uma pesquisa de pacientes e estudo de revisão do prontuário foi	De 6.109 mamografias, 4.823 foram solicitadas por médicos da atenção	Apesar das recomendações, aproximadamente 1/3 das mulheres relatam

implementado a partir de Janeiro a junho de 2013. Todos os pacientes que se apresentam para mamografia de rastreamento ou mamografia de diagnóstico em nossa instituição recebeu um questionário simples antes de sua imagem, que pergunta sobre os sintomas e história. Como parte da triagem de pré-processamento de rotina, os pacientes foram questionados se haviam sido submetidos ECM por um médico antes da ordem da mamografia. Os dados sobre o tipo de mamografia, a especialidade do médico solicitante e a presença de sintomas no dia da mamografia foram registrados.

primária. O ECM foi realizado antes de 67,2% MMG de rastreio e 64,8% de MMG diagnóstica ($p = 0,12$). O ginecologista-obstetra realizou um ECM estatisticamente significativamente maior (81,6%) em comparação com médicos de medicina interna (45,4%) e familiar (50,5%) ($p < 0,001$). Dos pacientes com sintomas de mama autorreferidos, 8,7% tinham MMG de rastreio ordenado em vez de MMG diagnóstica.

não ter ECM antes da mamografia. As chances de ter um ECM variaram significativamente pela especialidade do médico da atenção primária. A falta de ECM pode levar a um tipo incorreto de mamografia, possivelmente com aumento de custos e atraso no diagnóstico. Mais avaliações são necessárias para entender por que a ECM não foi realizada em alguns pacientes.

A10

Estudo transversal, com 60 enfermeiros de 28 Unidades, atuantes há um ano na rede municipal de saúde. Os dados foram coletados entre dezembro de 2013 a março de 2014, por meio de formulário, analisado descritivamente, utilizando os softwares IBM SPSS (Solução de produtos e serviços estatísticos) 20 e Excel 2010.

Apontaram que 71,7% realizam investigação sobre os fatores de risco do câncer de mama, principalmente durante a consulta de enfermagem; 70,0% orientam a mulher acerca da idade para realizar Exame Clínico das Mamas; 30,0% deles não o realizam por falta de conhecimento e tempo; 60,0% explicam sobre a idade para realização da mamografia; 73,3% não

Há necessidade de investimentos em capacitação profissional e gerenciamento dos serviços de saúde.

		encaminham as usuárias com resultado suspeito à unidade de referência, alegando o agendamento como principal entrave para sua execução. As atividades educativas não são realizadas por 78,3% dos profissionais.	
A11	Este estudo transversal foi realizado com profissionais de saúde primárias do sexo feminino que trabalham em centros de saúde da família. 91% (n = 369) dos profissionais de saúde primários do sexo feminino concordaram em participar do estudo. O questionário consistia em três partes: características sociodemográficas, conhecimento sobre o autoexame das mamas e a prática real do autoexame das mamas.	A idade média dos profissionais de saúde primários do sexo feminino foi de 33,1 ± 6,8 (intervalo, 20-54 anos). Os profissionais de saúde que realizaram o autoexame das mamas apresentaram nível de conhecimento significativamente maior (P = 0,001) do que aqueles que não o fizeram. Os respondentes apresentaram alto nível de conhecimento do autoexame das mamas, no entanto, o nível de conhecimento do câncer de mama e da mamografia foi baixo.	Embora os profissionais de saúde primários do sexo feminino deste estudo tenham conhecimento adequado do autoexame das mamas, isso não se reflete em suas atitudes e práticas. Ênfase deve ser dada ao autoexame das mamas em cursos de graduação e pós-graduação para profissionais da atenção primária à saúde, uma vez que eles estão envolvidos principalmente na educação do paciente.
A12	Estudo descritivo, realizado em amostra de 20 mulheres com mamografia alterada, dentre as 664 que realizaram esse exame de janeiro de 2013 a junho de 2014, em uma UBS da região Sudeste do município de São Paulo (SP), Brasil.	Indicaram que 12 mulheres apresentaram resultado mamográfico BI-RADS®0; cinco BI-RADS®3 e três BI-RADS®4. Delas, três tiveram diagnóstico de câncer e, no seguimento, duas não retornaram para consulta. O tempo transcorrido entre a realização dos	Há necessidade de controle mais eficaz para diminuir o tempo de espera para consultas ou encaminhamentos a fim de possibilitar tratamentos menos agressivos e aumentar as chances de cura.

		exames, encaminhamento ao mastologista, biópsia e tratamento variou de 1 a 3 meses em cada etapa. O início do tratamento deu-se após 1 a 3 meses do diagnóstico.	
A13	Foram examinados os sintomas de câncer de mama em mulheres usando dados de uma iniciativa nacional de auditoria (n = 2316). Os sintomas foram categorizados topograficamente. Nós investigamos a variação na duração do intervalo do paciente (tempo desde o início dos sintomas até a apresentação) e o intervalo da atenção primária (tempo desde a apresentação até o encaminhamento de especialistas) entre os grupos de sintomas usando análises descritivas e regressão quantílica.	Um total de 56 sintomas de apresentação foram descritos: nódulo mamário foi o mais frequente (83%) seguido por sintomas de mama não grumos (por exemplo, anormalidades mamilares (7%) e dor mamária (6%)); e sintomas não mamários (por exemplo, dor nas costas (1%) e perda de peso (0,3%)). Proporções maiores de mulheres com sintomas de “não apenas nódulos” e “com e sem nódulos” esperaram 90 dias ou mais antes de procurar ajuda comparadas àquelas com “nódulo de mama apenas” (15% e 20% vs. 7% respectivamente) . A regressão quantílica indicou que as diferenças no intervalo de pacientes persistiram após o ajuste para idade e etnia, mas houve pouca variação no intervalo de atenção primária para a maioria das mulheres.	Cerca de 1 em cada 6 mulheres com câncer de mama apresentam um amplo espectro de sintomas além do nódulo mamário. As mulheres que apresentam sintomas mamários não-protuberantes tendem a atrasar a busca de ajuda. É necessário dar mais ênfase aos sintomas da mama que não o nódulo na mama em campanhas de conscientização sobre sintomas.

Fonte: A autora

A análise dos artigos permitiu compor as seguintes categorias:

Tabela 1– Categorização dos artigos por assunto.

Categoria	Artigos	Total
1. Verificação de ações dos profissionais frente ao rastreamento	A1, A4, A9, A10 e A11	5
2. Funcionamento dos programas de rastreamento	A2, A3, A5, A6, A7, A8e A12	7
3. Identificação das características do câncer de mama	A5, A12 e A13	3

Fonte: A autora

A divisão por categoria foi baseada pelos principais assuntos levantados nos artigos (Quadro 3, 4 e 5).

QUADRO 3 – Principais assuntos da categoria 1.

Categoria	Artigo	Principais assuntos
1. Levantamento das ações dos profissionais frente ao rastreamento	A1	Fornecimento de exames extras de rastreamento de câncer de mama sem necessidades, utilizando de forma inapropriada os recursos tecnológicos.
	A4	Importância de os profissionais de saúde da atenção primária atentar-se as perspectivas das mulheres aos riscos do câncer de mama para efetivarem estratégias de rastreamento.
	A9	Encaminhamento das mulheres para a mamografia sem terem sido submetidas ao exame clínico da mama.
	A10	Falta de realização de ações educativas em relação aos riscos de câncer de mama dos funcionários às mulheres atendidas.
	A11	Necessidade de enfatizar em cursos de graduação e pós-graduação para profissionais da atenção primária à saúde, a importância da orientação às mulheres sobre o autoexame das mamas.

Fonte: A autora

QUADRO 4 – Principais assuntos da categoria 2.

Categoria	Artigo	Principais assuntos
2. Funcionamento dos programas de rastreamento	A2	Importância de combinar atividades em nível de clínica e de paciente para expandir o acesso a serviços preventivos e adesão das mulheres em rastreamento mamográfico.
	A3	Identificação daqueles com maiores riscos familiares na atenção primária para garantir um possível diagnóstico em mulheres que ainda não estão inseridas na faixa etária 50-69 anos.
	A5	Rever estratégias de rastreamento atual frente ao câncer de mama.
	A6	Programa de rastreamento de câncer de mama não abrange a quantidade de mulheres que deveriam, resultando num possível acompanhamento inadequado após mamografia alterada.
	A7	Programa de rastreio da mama com base na população que envia cartas-lembretes às mulheres para o próximo rastreio periódico, têm menos probabilidades de falhar no próximo rastreio.
	A8	Dificuldade das mulheres, principalmente as imigrantes, aos cuidados de rastreamento de câncer de mama na atenção primária.
A12	Tempo excessivo de espera para encaminhamentos ou consultas após mulheres terem alterações em mamografia.	

Fonte: A autora

QUADRO 5 – Principais assuntos da categoria 3.

Categoria	Artigo	Principais assuntos
3. Verificação de sinais e sintomas como característica de rastreamento do câncer de mama.	A5	Generalizar a indicação do rastreamento a partir dos sinais e sintomas das mulheres com faixa etária de risco, traz em alguns casos a indicação desnecessária de mamografia.
	A12	Verificação das características das mulheres com alterações do exame mamográfico.
	A13	Os sintomas menos comuns do câncer de mama necessitam de uma atenção maior por parte das mulheres e dos profissionais.

Fonte: A autora

4 DISCUSSÃO

Os 13 artigos internacionais e nacionais que compuseram esta Revisão Integrativa durante os anos de publicação de 2013 a 2017, permitiram identificar as características do rastreamento da neoplasia de mama realizado na Atenção Primária. Após leitura, os artigos foram categorizados em três itens, abaixo discutidos:

4.1 1. Levantamento das ações dos profissionais frente ao rastreamento

Em estudo realizado por Hajar et al. (2014), evidencia o uso inadequada da tecnologia, devido as solicitações de testes adicionais de rastreamento do câncer de mama pelos médicos em uma realidade em que 20,3% das mulheres de 50 a 74 anos não realizavam exames de câncer de mama adequados à idade. Outro fato preocupante levantado, refere aos 33,5% dos médicos da atenção primária concordam que a ressonância magnética da mama é clinicamente eficaz para o rastreamento do câncer de mama, sendo essa crença significativamente associada à oferta de testes extras de rastreamento do câncer de mama. Esses exames extras para rastreamento da neoplasia de mama são particularmente preocupantes, pois não há evidência de sua eficácia para a triagem de rotina e o aumento dos custos de assistência médica dos EUA são, em parte, devidos à compra e uso de tecnologias médicas. Indicando a literatura como desvantajoso essa prática pela pouca especificidade, discrepâncias na interpretação (com alguns grupos de prática comunitária observando taxas de retorno acima de 50%), alto custo e nenhuma redução comprovada na mortalidade.

Lason et al. (2016) identifica o encaminhamento das mulheres ao exame mamográfico sem terem sido submetidas ao exame clínico das mamas, possibilitando uma inadequada ordenação de subtipos de mamografia, podendo aumentar os custos desnecessários (repetição imaginologia) e/ou um atraso no diagnóstico. Demostram ainda em seus resultados pacientes apresentando tanto para mamaografia de rastreio quanto mamografia de diagnóstico a mesma taxa de exame clínico da mama. Apesar do ECM anormal ser um indicativo para mamografia diagnóstica, as razões para essas taxas semelhantes não são claras, sendo uma das possíveis explicações a mamografia de diagnóstico ser solicitada com base exclusivamente em sintomas relatados pelo paciente sem provedor exame clínico das mamas.

Fazer autoexame das mamas regularmente é uma forma das mulheres saberem como seus seios normalmente se parecem e notarem quaisquer mudanças para serem comunicadas imediatamente a um médico ou enfermeiro. Ao mesmo tempo, as mulheres devem lembrar

que essas alterações mamárias podem não ser um indicativo de câncer a maior parte do tempo (ERDEM, TOKTAS, 2016).

Estudo mexicano destaca a importância dos enfermeiros, com presença majoritária no ensino do autoexame das mamas na realização do exame clínico das mamas. Ressalta que estes têm papel fundamental no desenvolvimento de programas de prevenção, sugerindo que seriam estratégias importantes entre a detecção e o diagnóstico do câncer de mama em países com recursos escassos para ampliar a cobertura da MMG (LOPÉZ et al, 2014).

Em estudo realizado por Moraes et al (2016) a maioria dos enfermeiros (71,7%) afirma investigar fatores de risco, mas desconhece que o seguimento de mulheres com alto risco para o câncer de mama deve ser realizado anualmente. Sousa et al. (2017) destaca que 35% das usuárias com alterações mamárias referiram que o ECM nunca havia sido realizado nelas. Essa situação se contrapõe à recomendação do Ministério da Saúde que preconiza que a prática da realização do ECM pelos profissionais da saúde deve ser feita em qualquer tipo de consulta clínica, independente da faixa etária da mulher (BRASIL, 2013). Outra medida que pode auxiliar na descoberta acidental de alterações mamárias é o AEM, o qual, apesar de não ser indicado como método diagnóstico e não substituir os exames de imagem que podem detectar lesões não palpáveis, é uma importante ação para autoconhecimento do corpo pela própria mulher (INCA, 2018).

Moraes et al. (2016) ressalta que, o fato de alguns dos profissionais entrevistados não ter o conhecimento sobre a disponibilidade da Agenda da Mulher nas unidades em que atuam assim como a maioria não realizar as atividades educativas relacionadas ao câncer de mama, falhas são geradas na assistência à saúde da mulher na rede básica de saúde do município por parte dos enfermeiros, contrariando as determinações do Ministério da Saúde, e podem prejudicar as ações de prevenção e controle do câncer de mama. Erdem e Toktas (2016) também apontam que os profissionais da saúde não estão significativamente conscientes dos benefícios da autoexame da mama regular.

Kartal et al. ressalta que a presença de um parente de primeiro grau com câncer de mama e os níveis de preocupação das mulheres são outras questões importantes em que os profissionais de atenção primária de saúde, devem se atentar, pois podem afetar os comportamentos de rastreamento das mulheres.,

4.2 2. Funcionamento dos programas de rastreamento

Coronado et al. (2014) demonstrou em seu estudo que o programa de rastreamento combinado com o nível de clínica e paciente aumentou as taxas de rastreamento mamográfico em latinas que receberam cuidados em Centros de Saúde Federais Qualificados em 8,6 pontos percentuais na mamografia em relação aos cuidados habituais. A taxa de resposta de acompanhamento foi alta. Foi utilizado como forma de abordagem a entrevista motivacional, que é cada vez mais usada para promover mudanças comportamentais em contextos clínicos e comunitários. Porém, apesar dos esforços para expandir o acesso a serviços preventivos em planos de saúde patrocinados pelo governo e comerciais, alguns subgrupos da população permaneceram sem seguro.

Nathan et al. (2014) realizou uma auditoria demonstrando a necessidade de providenciar intervenções apropriadas e oportunas que forneçam uma rota a indivíduos abaixo da idade qualificada para o programa de triagem mamária, pois embora poucos casos de câncer de mama ocorram em mulheres com menos de 25 anos, é o mais comumente o diagnóstico de câncer em mulheres com menos de 39 anos, com 1.350 casos diagnosticados anualmente entre mulheres com idade 35–39 no Reino Unido. Em contrapartida, Sousa et al. (2017), evidenciou uma média de 55 anos, com predomínio de mulheres entre 50-59 anos (45%) e ≥ 60 anos (30%), o que pode estar relacionado à faixa etária de maior incidência do câncer de mama (HARRIS et al. 2011).

Walker et al. (2014) levanta a questão sobre orientação atual sugerir investigação para possível câncer em um limiar de risco mais liberal do que para a maioria dos outros cânceres já que é baixa a probabilidade de câncer de mama para todos os sintomas não grosseiros. Poucas recomendações de encaminhamento para o câncer na orientação do Instituto Nacional de Saúde e Assistência dizem respeito a riscos abaixo de 5%, portanto, sem dúvida, as recomendações atuais para encaminhamento com quase todos os sintomas mamários estão oferecendo um serviço rápido valorizado pelos paciente, porém a análise dos benefícios gerais e os danos da atual estratégia de alta referência para a doença mamária precisa incluir os custos clínicos e econômicos (BANKS et al. 2014) podendo não atender aos critérios atuais do serviço nacional de saúde para custo-benefício (WALKER, 2014).

Lima et al. (2015) apontam que entre as mulheres desfavorecidas, o programa de rastreamento de navegação do paciente aumenta o acompanhamento adequado após uma mamografia de rastreamento anormal. O direcionamento individual de pacientes desfavorecidos e de alto risco dentro de qualquer prática em um organização de atendimento

responsável, cujo objetivo é fornecer atendimento integrado e eficiente, promovendo a organização local, pode ser complementar e potencialmente reduzir as disparidades mais do que qualquer um deles.

Makedonov et al. (2015) evidência que o Programa de Rastreio da Mama em Ontário (OBSP), não requerendo encaminhamento médico, e convidando as mulheres pelo correio para agendar seu próximo exame, está associado a uma menor probabilidade de falha na recolocação para triagem subsequente do que a triagem por encaminhamento de médicos da atenção primária para instalações que não pertencem ao OBSP. O programa remove algumas das barreiras à triagem mamária e é eficaz no aumento do comparecimento no exame mamária.

Assim como Vahabi et al. (2015), Makedonov et al. (2015) também associou uma pequena falha em receber a próxima mamografia de rastreamento periódica quando os médicos da atenção primária eram do sexo masculino.

Vahabi et al. (2015) mostrou em seu estudo, considerando a taxa de participação alvo nacional de 70%, que o rastreamento do câncer de mama em Ontário favorece, fornecendo avaliações adequadas, menos de dois terços das mulheres elegíveis, adequadamente avaliadas. No entanto, as taxas de triagem adequada foram significativamente menores entre as mulheres imigrantes do que para residentes de longa duração e variaram de acordo com o tempo de permanência no Canadá. As mulheres imigrantes mais velhas com idades entre os 60 e os 69 anos tinham taxas significativamente mais baixas do que as mulheres imigrantes mais jovens com idades entre os 50 e os 59 anos. Fatores associados a menores taxas de rastreamento incluíam morar em bairros de baixa renda, ter um médico do sexo masculino e ter um médico internacionalmente treinado.

Sousa et al. (2017) destaca que apesar das estratégias existentes para o rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de mama, ainda são encontradas barreiras no fluxo de encaminhamentos que ocasionaram atrasos no diagnóstico e tratamento. Usuárias referiram dificuldades na realização dos exames de rastreamento e diagnóstico ou de consulta especializada para continuidade desse rastreamento, tais como extravio do exame na UBS, demora no encaminhamento para novos exames ou para o especialista e falta de tempo para retornar à unidade para conhecimento dos resultados dos exames, evidenciando pontos de estrangulamento no fluxo dessas ações, bem como deficiência na busca ativa de faltosas.

4.3 3. Verificação de sinais e sintomas como característica de rastreamento do câncer de mama

Walker et al. 2014 afirma que as queixas mamilares foram surpreendentemente raras com 210 (0,1%) mulheres de 84.285 relatando um problema mamilar em seu estudo, levantando a questão sobre orientação atual sugerir investigação para possível câncer em um limiar de risco mais liberal do que para a maioria dos outros cânceres.

Sousa et al. 2017 apontam que os fatores modificáveis mais mencionados, uma vez que o sedentarismo foi citado por 90% das entrevistadas e o sobrepeso/obesidade por 60% delas. O aumento do Índice de Massa Corpórea (IMC) na fase adulta e o sedentarismo aumentam as chances de desenvolvimento do câncer de mama. Dentre os fatores de risco não modificáveis, o histórico familiar de câncer de mama é o mais importante para o desenvolvimento dessa neoplasia, além do fator idade (LEITE et al. 2012) Segundo os dados coletados no estudo, 25% do total de mulheres entrevistadas afirmaram ter casos de câncer de mama na família e se encontravam na faixa etária de 46 a 62 anos (SOUSA et al. 2017).

Koo et al. (2017) destacam a necessidade de intervenções de saúde para apoiar o processo de diagnóstico em mulheres com apresentações atípicas. As mulheres que apresentaram "sintomas não relacionados com a mama" (por exemplo, dores nas costas ou falta de ar) antes do diagnóstico tiveram intervalos de cuidados primários substancialmente mais longos em comparação com aqueles com sintomas mamários sem nódulos ou nódulos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os programas de rastreamento do câncer de mama influenciam diretamente no prognóstico das mulheres diagnosticadas com a neoplasia. Com isso, nota-se a necessidade de criação e expansão dessas estratégias, a partir do momento, que nos deparamos com um déficit de abrangência a população alvo, mesmo após algum resultado de exame alterado, realizando de forma inadequada o acompanhamento dessas mulheres. Deve atentar-se a grupos específicos, como recém-chegados, grupos étnicos e pessoas que vivem em certas áreas geográficas.

A educação deve incluir informações de rastreio do câncer da mama culturalmente e linguisticamente adequadas (por exemplo, enquadramento positivo e mensagens que não provocam medo) e informações não médicas como localização, custo e horas de serviço. Pode ser benéfico explorar políticas e estratégias direcionadas a garantir a acessibilidade do programa de rastreamento por populações carentes e vulneráveis (por exemplo, oferecendo serviços após o horário de trabalho, subsídios de transporte de pacientes, programas de triagem de alcance externo). Na atenção primária é indispensável à promoção de saúde de forma integral e individualizada e serviços em que aumente a adesão às práticas de rastreamento, realizando práticas entre a clínica e o paciente.

Percebe-se a necessidade de capacitação dos profissionais envolvidos no rastreamento de câncer de mama quando nos deparamos com ações contrárias às recomendações do rastreamento. O encaminhamento das mulheres sem a realização do ECM, além de gerar ansiedade que poderia ser evitada, pode expô-las ao exame de mamografia no momento em que o custo-benefício não é suficiente, utilizando de forma inapropriada os recursos tecnológicos.

Os profissionais devem atentar-se também às características das mulheres atendidas, percebendo o conhecimento e as opiniões sobre o câncer de mama, por influenciar de forma direta na taxa de adesão às estratégias de rastreamento propostas. Vale ressaltar que alguns, apesar de terem certo conhecimento aos exames proposto para o rastreamento, não dão a real importância para o assunto, não realizando as ações educativas que devem ser feitas por todos os níveis de saúde, incluindo a atenção primária, ressaltando assim, a importância de campanhas de educação em saúde pública. Os profissionais são agentes fundamentais na orientação e sensibilização das mulheres quanto à necessidade da adoção de hábitos saudáveis, bem como da realização de exames para controle da saúde das mamas.

A identificação das características do câncer de mama é importante para a eficácia e eficiência do rastreamento, não excluindo os sintomas menos comuns do câncer de mama porém atenta-se ao um possível rastreamento amplo, submetendo mulheres a situações que poderiam ser evitadas. Não basta disponibilizar a solicitação de exames na atenção primária de saúde, é necessário garantir o acesso a eles.

REFERÊNCIA

ASHBUMER, J.M. et al. Patient navigation to improve follow-up of abnormal mammograms among disadvantaged women. **J Womens Health (Larchmt)**, 24(2): 138-43, Fevereiro, 2015.

BANKS, J. et al. Preferences for cancer investigation: a vignette-based study of primary-care attendees. **Lancet Oncol.** 15(2):232–240, Janeiro, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 13).

BRASIL. Ministério da Saúde. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

CORONADO, G.D. et al. Multi-level intervention to increase participation in mammography screening: ¡Fortaleza Latina! study design, **Contemp Clin Trials**, 38(2): 350-4, Julho, 2014.

ERDEM, O. TOKTAS, I. Knowledge, Attitudes, and Behaviors about Breast Self-Examination and Mammography among Female Primary Healthcare Workers in Diyarbakir, Turkey. **Biomed Res Int.** 2016: 6490156, Março, 2016.

GODINHO, E. R.; KOCH, H. A. Rastreamento do câncer de mama: aspectos relacionados ao médico. **Radiol Bras**, 37(2):91-99, Março, 2004.

HAJAR, K. et al. Guideline-inconsistent breast cancer screening for women over 50: a vignette-based survey. **J Gen Intern Med.** 29(1): 82-9, Janeiro, 2014.

Harris H, Nippert I, Julian-Reynier C et al (2011) Familial breast cancer: is it time to move from a reactive to a proactive role? **Fam Cancer** 10:501–503

INCA. **Controle do câncer de mama**. Disponível em:

<[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama)

[acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama)>. Acessado em: 05/05/2018.

INCA. **Incidência de Câncer no Brasil**. Disponível em:

<<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/sintese-de-resultados-comentarios.asp>>. Acessado em: 20/04/2018.

KARTAL, M. et al. Breast cancer risk perceptions of Turkish women attending primary care: a cross-sectional study. **BMC Womens Health**, 14: 152, Dezembro, 2014.

KOO, M. M. Typical and atypical presenting symptoms of breast cancer and their associations with diagnostic intervals: Evidence from a national audit of cancer diagnosis. **Cancer Epidemiol**, 48: 140-146, Junho, 2017.

LARSON, K.E. et al. Do Primary Care Physicians Perform Clinical Breast Exams Prior to Ordering a Mammogram? **Breast J.** 22(2): 189-93, Março-Abril, 2016.

LEIT, F. M. C. et al. Diagnóstico de câncer de mama: perfil socioeconômico, clínico, reprodutivo e comportamental de mulheres. **Cogitare Enferm.** 17(2):342-347, Abril, 2012.

LÓPEZ, C. L. et al. Utilización correcta de las técnicas de detección de cáncer de mama en mujeres mexicanas. **Salud Pública Méx.** 56(5):538-64, Junho, 2014.

LOURENÇO, T. S. et al. Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa. **Rev. bras. Enfermagem**, 66(4), Brasília, Julho-Agosto, 2013.

MAKEDONOV, L. Organized breast screening improves reattendance compared to physician referral: a case control study. **BMC Cancer**, 15: 315, Abril, 2015.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008.

MORAES, D. C. de. et al. Rastreamento oportunístico do câncer de mama desenvolvido por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 50(1): 14-21, Janeiro-Fevereiro, 2016.

NATHAN, P.; AHLUWALIA, A.; CHORLEY, W. A primary care audit of familial risk in patients with a personal history of breast cancer. **Fam Cancer**, 13(4): 591-4, Dezembro, 2014.

SOUSA, M.M. et al. Mulheres com alterações mamográficas: trajetória em uma unidade básica de saúde / Women with mammographic changes: journey on a basic health unit. **Rev. enferm. UFPE online**, 11(3): 1244-1253, Março, 2017.

TEIXEIRA, M. de S. et al. Atuação do enfermeiro da Atenção Primária no controle do câncer de mama. **Acta Paul Enfermagem**, São Paulo, Goldman RE, 30(1):1-7, Julho, 2017.

VAHABI, M. et al. Breast cancer screening disparities among urban immigrants: a population-based study in Ontario, Canada. **BMCPublic Health**, 15: 679, Julho, 2015.

VIDOR C. A.; FISHER P. D.; BORDIN, R. Use of health information systems in small municipalities in Southern Brazil. **Rev Saúde Pública**. 45(1):24-30, Abril, 2012.

WALKER, S. et al. Risk of breast cancer in symptomatic women in primary care: a case-control study using electronic records. **Br J Gen Pract.** 64(629):788-93, Dezembro, 2014.

ANEXO

ANEXO A - Instrumento para coleta de dados (validado por Ursi, 2005)

A. Identificação	
Título do artigo	
Título do periódico	
Autores	Nome: Local de trabalho: Graduação:
País	
Idioma	
Ano de publicação	
B. Instituição sede do estudo	
Hospital	
Universidade	
Centro de pesquisa	
Instituição única	
Pesquisa multicêntrica	
Outras instituições	
Não identifica o local	
C. Tipo de publicação	
Publicação de enfermagem	
Publicação médica	
Publicação de outra área da saúde. Qual?	
D. Características metodológicas do estudo	
1. Tipo de publicação	1.1 Pesquisa <input type="checkbox"/> Abordagem quantitativa <input type="checkbox"/> Delineamento experimental <input type="checkbox"/> Delineamento quase-experimental <input type="checkbox"/> Delineamento não-experimental <input type="checkbox"/> Abordagem qualitativa 1.2 Não pesquisa <input type="checkbox"/> Revisão de literatura <input type="checkbox"/> Relato de experiência <input type="checkbox"/> Outras
2. Objetivo ou questão de investigação	
3. Amostra	3.1 Seleção <input type="checkbox"/> Randômica <input type="checkbox"/> Conveniência <input type="checkbox"/> Outra 3.2 Tamanho <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Final
	3.3 Características Idade: Sexo: M () F () Raça: Diagnóstico: Tipo de cirurgia: 3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos
4. Tratamento dos dados	
5. Intervenções realizadas	5.1 Variáveis independentes

	5.2 Variáveis dependentes 5.3 Grupos controle: sim () não () 5.4 Instrumentos de medida: sim () não () 5.5 Duração do estudo: 5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção:
6. Resultados	
7. Análise	7.1 Tratamento estatístico: 7.2 Nível de significância
8. Implicações	8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados: 8.2 Quais são as recomendações dos autores:
9. Nível de evidência	
E. Avaliação do rigor metodológico	
Clareza na identificação da trajetória no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados)	
Identificação de limitações ou vieses	

Fonte: SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de (2010, p. 106).