

Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa

Public actions for control of breast cancer in Brazil: integrative review

Las acciones públicas para el control del cáncer de mama en Brasil: una revisión integradora

**Isabella Cristina Barduchi Ohl^I, Rosali Isabel Barduchi Ohl^{II},
Suzel Regina Ribeiro Chavaglia^{III}, Rosely Erlach Goldman^{IV}**

^I Universidade Federal de São Paulo, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. São Paulo-SP, Brasil.

^{II} Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem,
Departamento de Enfermagem Clínica e Cirúrgica. São Paulo-SP, Brasil.

^{III} Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Departamento de Enfermagem na Assistência Hospitalar,
Belo Horizonte-MG, Brasil.

^{IV} Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem,
Departamento de Enfermagem na Saúde da Mulher. São Paulo-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Ohl ICB, Ohl RIB, Chavaglia SRR, Goldman RE. Public actions for control of breast cancer in Brazil: integrative review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(4):746-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690424i>

Submissão: 25-03-2015

Aprovação: 09-10-2015

RESUMO

Objetivo: analisar a produção científica sobre “câncer de mama” no período de 2002 a 2013 e identificar quais são as políticas públicas de rastreamento e diagnóstico precoce para o câncer de mama. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados MEDLINE, LILACS, SciELO e Google Acadêmico. Utilizou-se como critérios de inclusão: ano e período de publicação; disponibilidade do artigo na íntegra; publicação no Brasil; e o cruzamento entre os descritores Câncer de Mama, Atenção Primária à Saúde, Programas de Rastreamento e Detecção Precoce de Câncer. **Resultados:** após análise, obtiveram-se quatro (4) categorias temáticas: autoexame das mamas, exame clínico das mamas, mamografia e fatores que dificultam a adesão ao rastreamento. **Conclusão:** há déficits de conhecimento dos profissionais de saúde sobre a área, indicando a necessidade de realização de outros estudos sobre a temática abordada e maior investimento na educação continuada dos profissionais.

Descritores: Câncer de Mama; Atenção Primária à Saúde; Programas de Rastreamento; Detecção Precoce de Câncer.

ABSTRACT

Objective: to analyze the scientific production on “breast cancer” in the period from 2002 to 2013 and determine the public policies for screening and early diagnosis of breast cancer. **Method:** this is an integrative literature review conducted in the databases MEDLINE, LILACS, SciELO and Google Scholar. Inclusion criteria: year and period of publication; availability of the full article; publication in Brazil; and the cross-check of the keywords Breast Cancer, Primary Health Care, Screening Programs, and Early Detection of Cancer. **Results:** after analysis, four thematic categories were obtained: breast self-examination, clinical examination of breast, mammography, and factors that hinder the adherence to the screening. **Conclusion:** health professionals have deficits of knowledge on the area, indicating the need for other studies on the subject addressed and greater investment in continuing education of professionals.

Descriptors: Breast cancer; Primary Health Care; Screening programs; Early Detection of Cancer.

RESUMEN

Objetivo: este estudio tuvo como objetivo analizar la producción científica sobre “cáncer de mama” en el período 2002-2013 y identificar cual son las políticas públicas de el rastreo y el diagnóstico precoz de lo cáncer de mama. **Método:** se trata de una revisión integradora de la literatura llevada a cabo con las bases de data MEDLINE, LILACS, SciELO y Google Scholar. Fueran

utilizados los siguientes criterios de inclusión: año de publicación, período, artículo disponible en su totalidad y la publicación en el Brasil y el cruce entre cáncer de mama descriptores, atención primaria de salud, programa de rastreo y detección precoz del cáncer. **Resultados:** después de análisis se obtuvo cuatro (4) temas: el autoexamen de mama; examen clínico de los senos; mamografía y factores que dificultan la adherencia al cribado. **Conclusión:** llegamos a la conclusión de que hay déficit de conocimiento de los profesionales de la salud sobre el tema, lo que indica la necesidad de nuevos estudios sobre el tema seleccionado, y una mayor inversión en la continúa educación de los profesionales.

Descriptores: Neoplasias de la mama, Atención de salud primaria, Programa de rastreo y detección precoz del cáncer.

AUTOR CORRESPONDENTE

Rosalí Isabel Barduchi Ohl

E-mail: rosaliohl@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O câncer lidera as causas de morte no mundo e, entre mulheres, o tumor de mama é o mais prevalente, inclusive no Brasil. É a maior causa de morte por câncer nas mulheres em todo o mundo, com cerca de 520 mil mortes estimadas para o ano de 2012, sendo a segunda causa de morte por câncer nos países desenvolvidos, atrás somente do câncer de pulmão, e a maior causa de morte por câncer nos países em desenvolvimento⁽¹⁻³⁾.

Ocorrem cerca de 22% casos novos de câncer de mama a cada ano, excluindo o de pele não melanoma, sendo responsável por um número significativo de óbitos entre as mulheres adultas. É o mais frequente nas regiões Sudeste (69/100 mil), Sul (65/100 mil), Centro-Oeste (48/100 mil) e Nordeste (32/100 mil). Apenas na região Norte aparece como segundo tumor mais incidente (19/100 mil)⁽²⁻³⁾.

No ano de 2014, foram estimados 57.120 casos novos de câncer da mama, com risco avaliado de 56,09 casos a cada grupo de 100 mil mulheres. As taxas de mortalidade devido a esse tipo de tumor no Brasil permanecem altas, sendo o diagnóstico tardio um dos principais motivos. Em 2012, os óbitos por câncer de mama ocuparam o primeiro lugar no país, representando 15,2% do total de óbitos⁽¹⁻²⁾.

O desenvolvimento do câncer de mama é decorrente de vários fatores, como os biológicos e ambientais, com destaque àqueles relacionados à idade, aspectos endócrinos e genéticos. O câncer de mama de caráter hereditário (predisposição genética) corresponde a cerca de 5-10% do total de casos. Já em relação aos fatores idade e endócrinos, o aumento do risco está associado à história de menarca precoce (idade da primeira menstruação menor que 12 anos), menopausa tardia (após os 50 anos), primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade e terapia de reposição hormonal pós-menopausa, principalmente se prolongada por mais de cinco anos⁽⁴⁻⁵⁾.

Outros fatores incluem a exposição a radiações ionizantes em idade inferior a 40 anos, a ingestão regular de bebida alcoólica, mesmo que em quantidade moderada (30g/dia), obesidade, principalmente quando o aumento de peso se dá após a menopausa, e sedentarismo. A prática de atividade física e o aleitamento materno exclusivo são considerados fatores protetores⁽⁵⁻⁶⁾.

Sabe-se que a prevenção primária do câncer de mama está diretamente relacionada ao controle desses fatores de risco, principalmente àqueles referentes ao estilo de vida e

ao diagnóstico precoce através do rastreamento em mulheres com sinais e sintomas da doença. Quando identificado em estágios iniciais, o câncer de mama possui prognóstico mais favorável e elevado percentual de cura⁽⁴⁻⁷⁾.

A prevenção do câncer de mama pode ser dividida em prevenção primária e secundária. Na prevenção primária, encontram-se as medidas mais simples, relacionadas aos hábitos de vida, controle da obesidade, sedentarismo, alimentação gordurosa e ingestão alcoólica em excesso. Consiste também na orientação para que as mulheres realizem a autopalpação das mamas sempre que sentirem-se confortáveis, sem a utilização de técnicas mais específicas^(5,7).

A prevenção secundária se constitui do Exame Clínico das Mamas (ECM) realizado por médicos ou enfermeiros treinados e no rastreamento realizado através da mamografia. Após os 40 anos de idade, toda mulher deve se submeter ao exame clínico das mamas anualmente. Mulheres classificadas com risco elevado devem realizar o ECM exame anual a partir dos 35 anos de idade⁽⁵⁾.

A prevenção primária do câncer de mama ainda apresenta limitações, uma vez que ainda não possui uma causa definida. Grande parte dos tumores na mama é, inicialmente, detectada pela própria mulher, o que aponta para a relevância do autoexame. No entanto, ainda não há um consenso acerca de sua recomendação, visto que não contribui efetivamente para a redução da mortalidade por câncer de mama.

O autoexame das mamas pode ainda provocar efeitos negativos, como aumento do número de biópsias de lesões benignas, falsa segurança, pois, ao examinar-se, a mulher pode se sentir segura do resultado, excluindo a busca por outros métodos mais confiáveis^(6,8).

Estudos indicam que lesões descobertas pelo autoexame tendem a ser menores (aproximadamente 0,6 cm em média) do que aquelas encontradas de maneira acidental e, infelizmente, menos de 50% das mulheres da população em geral realizam o autoexame periodicamente. Por essa razão, o autoexame não é considerado como método diagnóstico precoce, embora se entenda que esse método deva ser ensinado e difundido durante atividades de educação em saúde que estimulem autocuidado e autoconhecimento do corpo⁽⁸⁻¹¹⁾.

O câncer de mama na mulher jovem é, na grande maioria dos casos, diagnosticado tardiamente principalmente por sua dificuldade de diagnóstico e ausência de rastreamento, mas também por falta do exame das mamas nas consultas ginecológicas em razão de seu baixo índice de suspeição⁽⁴⁾.

Dessa forma, o câncer de mama tem significado um dos grandes desafios às políticas públicas de saúde que atinge grande parte da população brasileira, exigindo o desenvolvimento de programas e ações de promoção e prevenção da saúde, de tratamento e controle da doença, bem como de uma rede de serviços adequados e integrados que conte com profissionais competentes que possam atuar nas diferentes regiões do país.

No Brasil, historicamente, a saúde da mulher esteve ligada às políticas nacionais de saúde a partir das primeiras décadas do século XX, tendo como enfoque a atenção à gravidez e ao parto. Os programas de saúde da época enalteciam as ações materno-infantis, pois crianças e gestantes eram o grupo da população mais vulnerável. Esses programas não possuíam conexão com outros do governo federal e não eram específicos às necessidades de cada região do país⁽¹²⁾.

No início dos anos 80, o Ministério da Saúde lançou no Brasil o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, trazendo muitas inovações às mulheres, pois estava centrado no conceito da integralidade, em que as mulheres passaram a ser contempladas em todas as faixas etárias e em todos os ciclos da vida, em seus diversos papéis na sociedade e em todos os seus problemas e necessidades de saúde. Esse programa tornou-se pioneiro no cenário mundial e, a partir de então, se deu início às mudanças das políticas voltadas à saúde da mulher, deixando de ser apenas voltada para o ciclo gravídico-puerperal⁽¹³⁾.

Posteriormente, no final da década de 90, o Ministério da Saúde, juntamente com o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), criou um projeto-piloto de um programa para controle do câncer ginecológico que foi testado em Curitiba, Brasília, Recife, Rio de Janeiro, Belém e no estado de Sergipe. Desse projeto, originou-se o Programa Viva Mulher, que foi implantado e estendido a todo o país, com o objetivo de reduzir repercussões do câncer de colo de útero nas mulheres brasileiras, disponibilizando exames para prevenção (Papanicolau) e detecção precoce e, se necessário, encaminhando as pacientes aos serviços secundário e terciário para tratamento e reabilitação⁽¹⁴⁾.

A partir da implantação desse programa, iniciou-se a formulação de diretrizes e a formação da rede de assistência para detecção precoce do câncer de mama, o que impulsionou o desenvolvimento de políticas públicas nessa área.

Com o incremento das ações do Ministério da Saúde, lançou-se, em 2005, a Política Nacional de Atenção Oncológica, que preconiza a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, abrangendo todas as unidades federativas da união. Essa política foi reafirmada no ano de 2011 com o Plano de Fortalecimento das ações para prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e de mama⁽³⁾.

Nos últimos anos, a organização das ações de controle desse tipo de câncer vem sendo aprimoradas devido à implantação do Sistema de Informação do Câncer de Mama - SISMAMA, ao aumento da oferta de mamografias pelo Ministério da Saúde e à publicação de documentos pelo INCA. Hoje, a perspectiva no campo da detecção precoce

é promover o diagnóstico e o rastreamento em áreas com ocorrência elevada da doença^(4,15-16).

Diante da realidade apresentada e da vivência nos campos de prática, veio a motivação em investigar a produção científica sobre as políticas públicas de prevenção do câncer de mama no Brasil e o impacto dessas políticas nas ações de saúde desenvolvidas pelos profissionais da área. Sendo assim, este estudo teve como objetivos analisar a produção científica realizada sobre a temática "câncer de mama" no período de janeiro de 2002 a abril de 2013 e identificar, nessas publicações, as políticas públicas de rastreamento e diagnóstico precoce para o câncer de mama.

MÉTODO

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura sobre a temática Câncer de mama. A revisão integrativa consiste numa análise de pesquisas relevantes, possibilitando a síntese do conhecimento em um determinado assunto, além de mostrar as lacunas que devem ser preenchidas com a realização de novos estudos⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Para a realização deste estudo, seguiram-se as seguintes etapas: escolha do tema, estabelecimento dos critérios para a inclusão e exclusão de estudos, categorização dos estudos, análise dos estudos, interpretação dos resultados e apresentação⁽¹⁷⁾.

A escolha do tema foi motivada a partir da prática realizada durante a graduação em enfermagem, quando foi observada a alta incidência de morbimortalidade de mulheres vítimas de câncer de mama.

Foram consultadas as seguintes bases de dados: MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e busca de publicações científicas através do SciELO (Scientific Electronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e Google Acadêmico.

Os critérios estabelecidos para seleção dos artigos foram: artigos publicados em língua portuguesa e inglesa durante o período de janeiro de 2002 a abril de 2013. Para a busca ativa, foram utilizados os descritores Câncer de Mama, Atenção Primária à Saúde, Programas de Rastreamento e Detecção Precoce de Câncer.

Como critérios de inclusão, foram estabelecidos os artigos que retratam sobre as ações públicas direcionadas para o controle do câncer de mamas, indexados nas bases de dados MEDLINE, LILACS, SciELO e Google Acadêmico, publicados em língua portuguesa e inglesa, no período de 2002 a 2013, com resumos disponíveis em português e inglês, disponíveis na íntegra *online*.

Como critérios de exclusão, não consideramos os artigos não relacionados com a temática proposta, publicados em outras línguas que não o português, não disponíveis *online* na íntegra, publicados anteriormente a 2002, com outras formas de apresentação não relacionadas a artigo científico.

Utilizou-se um instrumento de coleta de dados contendo a identificação do artigo (título, palavra-chave, objetivo, método, região, ano de publicação, revista, resultados e recomendações/conclusões) com o intuito de responder a pergunta

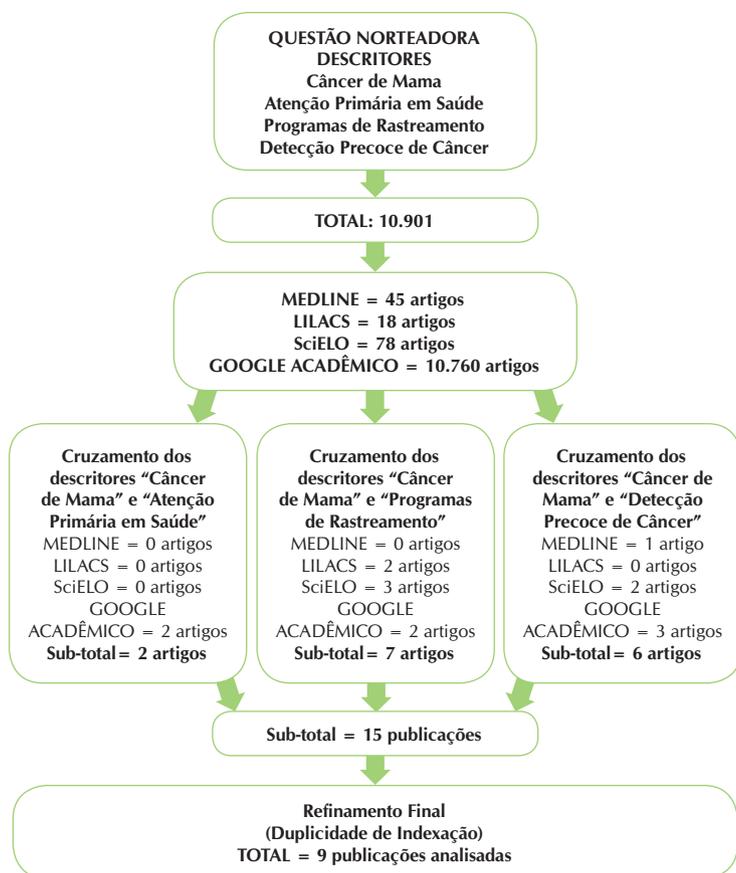
norteadora: “Quais as ações públicas direcionadas ao controle do câncer de mama?”.

Para a avaliação prévia dos estudos, foi realizada leitura dos resumos e dos artigos na íntegra. A presente revisão reuniu e sintetizou nove (9) artigos científicos⁽¹⁹⁻²⁷⁾, sendo que a interpretação dos resultados encontrados foi organizada e apresentada na forma de tabelas, na busca das ações públicas direcionadas para o controle do câncer de mama.

RESULTADOS

Obteve-se o resultado de 45 publicações na base de dados LILACS, 18 na MEDLINE, 78 no SciELO e 10.760 no Google Acadêmico, totalizando 10.901 artigos que poderiam ter relação com o tema da pesquisa. Após leitura dos resumos, desse total, 10.892 não possuíam relação direta com o tema do estudo ou estavam indexados em mais de uma base de dados.

Para refinamento da busca, foi realizado o pareamento entre 2 descritores, sendo o descritor “Câncer de Mama” o eixo temático principal de investigação e tendo como foco a identificação da relação existente entre esse descritor e os demais investigados: Atenção primária à saúde, Programas de rastreamento e Detecção precoce do câncer. (Figura 1).



Fonte: Bases de Dados Pesquisadas (2013).

Figura 1 - Fluxograma representativo da seleção dos artigos incluídos na revisão integrativa, São Paulo, Brasil, 2013

Ao realizar o cruzamento dos descritores “câncer de mama” e “atenção primária à saúde”, obteve-se os resultados de 02 artigos relacionados à temática, sendo esses provenientes da base de dados Google Acadêmico.

Quando cruzados os descritores “câncer de mama” e “rastreamento”, obteve-se o maior resultado, com um total de 07 artigos provenientes da maioria das bases de dados pesquisadas, excetuando-se apenas da base MEDLINE. Já em relação à pesquisa realizada utilizando-se o cruzamento dos descritores “câncer de mama” e “detecção precoce de câncer”, obteve-se um total de 06 artigos oriundos de todas as bases de dados pesquisadas, com exceção do LILACS.

Do total de artigos selecionados (15 artigos), houve a necessidade de mais um refinamento em relação à duplicidade de indexação e os descritores utilizados. Sendo assim, obteve-se um número final de 09 (nove) artigos a serem analisados, pois atendiam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos para este estudo, uma vez que abordaram as ações de rastreamento e diagnóstico precoce para o câncer de mama⁽¹⁸⁻²⁶⁾.

A partir de então, os artigos foram analisados na íntegra de acordo com as seguintes variáveis: título, região onde o estudo foi realizado, revista onde o estudo foi publicado, ano de publicação, palavras-chave, objetivo, resultados, recomendações e conclusões. Foram agrupados segundo seu idioma de publicação, utilizando-se as letras “P” para os artigos publicados em português (P1; P2; P3; P4; P5; P6; P7; P8) e “I” para o artigo publicado em inglês (I-1). (Quadro 1)

Quanto à categorização dos artigos segundo periódico, evidencia-se que o periódico com maior número de artigos publicados sobre o tema estudado foi a Revista Brasileira de Ginecologia Obstétrica, com 44,4% do total das publicações, seguido pela Revista Brasileira de Cancerologia e Caderno de Saúde Pública, com 22,2% das publicações. Com apenas uma publicação (11,1%), temos o periódico Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention.

Quanto ao ano de publicação, destaca-se 2010, com 3 (33,33%) artigos em dois periódicos diferentes, seguido pelos anos de 2008 e 2011, com 22,2% das publicações em dois periódicos diferentes. Em 2006 e 2012, 11,1% dos artigos foram publicados em dois periódicos diferentes. A região nordeste tem destaque com o maior número de publicações sobre o tema, com 4 (44,4%) artigos, seguida pela região sudeste, com 3 (33,3%), e pela região sul, com 2 (22,2%).

Ao analisar a relação existente entre o objetivo, o resultado e a recomendação/conclusão dos artigos selecionados, percebe-se que todos possuem coesão, facilitando a compreensão das ideias apresentadas pelos autores.

Quadro 1 - Relação dos artigos incluídos no estudo de acordo com as variáveis de estudo, São Paulo, Brasil, 2013

| Título | Região | Revista | Ano | Palavras-chave | Objetivo | Resultados | Recomendações/conclusões |
|---|----------|--|------|---|---|---|--|
| P1. Detecção do câncer de mama: conhecimento, atitude e prática de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Mossoró, RN, Brasil. | Nordeste | Revista Brasileira de Cancerologia | 2011 | Neoplasias da mama, Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde, Médicos; Enfermeiros, Sistema Único de Saúde, Mossoró. | Investigar os conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos e enfermeiros da estratégia saúde da família de Mossoró (RN) com relação à detecção precoce do câncer de mama. | Há uma valorização do exame clínico das mamas, em detrimento à solicitação da mamografia, na busca do diagnóstico precoce de câncer de mama e quantidade insuficiente de profissionais habilitados, além do desconhecimento da população. | Existe a necessidade de qualificar os profissionais da área da saúde, aumentar a oferta de mamografias e aumentar a educação da população sobre o assunto. |
| P2. Conhecimento, prática e atitude sobre o autoexame das mamas de mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil. | Nordeste | Revista Brasileira de Ginecologia Obstétrica | 2010 | Autoexame, Programas de rastreamento, Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde, Mama/patologia, Neoplasia da mama/diagnóstico. | Avaliar o conhecimento, atitude e a prática do autoexame das mamas (AEM) em mulheres do município de São Luís e os fatores sociodemográficos associados. | A maioria da população estudada (2/3) era informada e possuía conhecimento, atitudes e a práticas adequadas. Um terço da população não tinha conhecimento do AEM. Antecedentes familiares de câncer de mama não foram associados ao conhecimento e práticas preventivas desse tipo de câncer. A mídia demonstrou-se importante para a aquisição desse conhecimento. | A maioria da população do estudo conhece e pratica o autoexame das mamas. A mídia teve uma grande participação na disseminação do conhecimento sobre esse assunto. |
| P3. Rastreamento oportunístico do câncer de mama entre mulheres jovens no estado do Maranhão, Brasil. | Nordeste | Caderno de Saúde Pública | 2011 | Detecção precoce de câncer, Prevenção secundária Câncer de mama. | Estudar as práticas preventivas relacionadas à detecção precoce do câncer de mama no estado do Maranhão entre mulheres em idade fértil. | A maioria das mulheres não realiza práticas preventivas para detecção precoce do câncer de mama. Quanto maior escolaridade, mais frequente é a adoção de medidas de prevenção contra este tipo de câncer. | Mostrou-se necessária a existência de estratégias para a prevenção do câncer de mama que levem em conta especificidades locais e socioeconômicas. |
| P4. Rastreamento mamográfico do câncer de mama em serviços de saúde públicos e privados. | Sudeste | Revista Brasileira de Ginecologia Obstétrica | 2006 | Mamografia, Neoplasias mamárias, Rastreamento para câncer, Acesso aos serviços de saúde. | Avaliar a utilização da mamografia no rastreamento do câncer de mama nos serviços de saúde públicos e privados. | A média de idade das mulheres entrevistadas tanto no serviço público quanto no privado foi a mesma. O rastreamento das mulheres é maior em serviços privados, sendo que 25% das mulheres acima dos 50 anos não seguem o rastreamento periódico. | O acesso aos serviços de rastreamento foi maior na rede privada, sendo influenciado pela forma de acesso. Nos dois serviços, a idade de início do rastreamento mamográfico foi anterior às recomendações vigentes e em ambos houve falha na adesão desse rastreamento. |

Continua

Quadro 1 (conclusão)

| Título | Região | Revista | Ano | Palavras-chave | Objetivo | Resultados | Recomendações/conclusões |
|--|---------------|--|------------|---|--|--|---|
| P5. Avaliação de uma estratégia para ampliar a adesão ao rastreamento do câncer de mama no Nordeste brasileiro. | Nordeste | Revista Brasileira de Ginecologia Obstétrica | 2012 | Avaliação em saúde, Programas de rastreamento, Cobertura de serviços de saúde, Neoplasias da mama, Fidelidade a diretrizes. | Avaliar as ações do programa desenvolvido em um município do Nordeste visando ampliar a adesão ao rastreamento do câncer de mama em mulheres cadastradas pela Estratégia Saúde da Família. | Entre as mulheres entrevistadas, 62,1% estão cobertas pela estratégia de detecção precoce do câncer de mama. Dentre estas, a maioria encontra-se na faixa etária de 40 a 49 anos, e 58,9% da população estudada havia sido submetida ao exame clínico das mamas e 49,0% à mamografia. | O programa encontra-se adequado segundo os padrões estabelecidos desta avaliação, porém a porcentagem de mulheres que realizaram o exame clínico das mamas e a mamografia encontra-se longe do esperado. |
| P6. Adesão ao rastreamento mamográfico oportunístico em serviços de saúde públicos e privados. | Sudeste | Revista Brasileira de Ginecologia Obstétrica | 2010 | Mamografia, Neoplasias mamárias, Programas de rastreamento, Implementação de planos de saúde, Fidelidade a diretrizes. | Avaliar a adesão às recomendações para o rastreamento mamográfico oportunístico do câncer de mama. | A maioria das entrevistadas foi atendida em serviços públicos. A adesão correta às recomendações do rastreamento mostrou-se muito baixa em ambos os grupos estudados. A falta de rastreamento prévio é um dos fatores de insucesso da adesão ao rastreamento. | Para alcançar a redução dos índices de mortalidade verificados em nosso país, é crucial que atinja e mantenha altas taxas de adesão que representem obediência aos intervalos de repetição entre os exames, adequadamente definidos como inferiores a 24 meses. |
| P7. Perfil das mulheres no município de Jundiá quanto ao hábito do autoexame das mamas. | Sudeste | Revista Brasileira de Cancerologia | 2008 | Mama, Neoplasias da mama, Prevenção e controle, autoexame de mama, Diagnóstico precoce. | Estabelecer o perfil das mulheres que frequentam a saúde pública de Jundiá, segundo o hábito de autoexame das mamas, e determinar os fatores associados. | A maior parte das mulheres entrevistadas não realizava o autoexame das mamas (AEM) e encontram-se na faixa etária abaixo dos 35 anos. As mulheres com idade acima de 50 anos possuem uma adesão maior ao AEM. Essa adesão está intimamente ligada à realização da mamografia. | O autoexame é conhecido pelas entrevistadas, embora mais da metade dessas não o realize. O fator social e a educação médica em saúde foram fundamentais no hábito desse exame, bem como na prática de mamografia. |
| P8. Exame Clínico das mamas em consultas de pré-natal: análise da cobertura e de fatores associados em município do Rio Grande do Sul, Brasil. | Sul | Caderno de Saúde Pública | 2008 | Cuidado pré-natal, Aleitamento materno, Bem-estar materno. | Avaliar a cobertura do exame clínico das mamas durante o pré-natal e descrever características associadas ao não cumprimento dessa norma. | Entre as puéperas incluídas no estudo, 59,8% não foram submetidas ao exame clínico das mamas durante o pré-natal. A maioria das mulheres realizou o pré-natal pelo SUS. As mulheres não brancas apresentaram probabilidade maior de não terem suas mamas examinadas e as puéperas com companheiro foram mais examinadas. | Há uma baixa prevalência da realização do exame clínico das mamas durante o pré-natal, indicando graves problemas relacionados à qualidade do atendimento no pré-natal e diferenças de acesso a serviços públicos e privados. |
| P9. Adherence to a breast cancer screening program and its predictors in underserved women in southern Brazil | Sul | Cancer Epidemiology & Biomarkers Prevention | 2010 | Breast cancer, Screening program, Adherence. | Avaliar a adesão a um programa de rastreamento e os fatores que levam a essa adesão em mulheres carentes do sul do Brasil. | O tempo médio entre as consultas de triagem foi de 16,5 meses e o número médio de consultas foi 3 em intervalos médios de 18 a 24 meses. Os mais importantes fatores independentes de adesão eram o analfabetismo, a paridade e o tabagismo. | O cumprimento do rastreamento bianual foi elevado, principalmente quando se considera o baixo nível socioeconômico da amostra. |

Fonte: Bases de Dados Pesquisadas (2013).

Quanto à referência das ações públicas de saúde direcionadas para o controle do câncer de mama, os artigos discutem, em sua maioria, sobre a necessidade de qualificação dos profissionais da área da saúde para o atendimento dessa população, aumento da oferta de mamografias por parte dos órgãos públicos e incremento da educação em saúde junto às mulheres no que diz respeito à adesão às práticas preventivas, como a realização do Autoexame das Mamas e Mamografia, que levem em conta especificidades locais e socioeconômicas dessa população. Para tanto, as publicações recomendam a implantação e consolidação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) nas diversas regiões do país, tendo na sua programação a detecção do câncer de mama, que vise principalmente os profissionais da atenção básica de saúde, aumento da oferta de exames mamográficos disponibilizados para a atenção básica e divulgação dessas ações de saúde junto às UBS dos municípios e o incentivo às campanhas de Educação em Saúde para a população, despertando para o autocuidado pela saúde da mama.

DISCUSSÃO

Correlacionando a temática dos artigos com as políticas públicas e programas de rastreamento, observa-se que não existe nenhum método isento de falhas como prevenção primária para o câncer de mama. Porém, existem três estratégias de prevenção secundária para a detecção precoce: o autoexame das mamas (AEM), o exame clínico das mamas (ECM) e a mamografia bilateral (MMG), sendo esta última considerada o método de eleição de rastreio em programas populacionais pelo seu impacto sobre a mortalidade⁽²⁰⁾.

Nesse sentido, serão discutidas as seguintes subcategorias de análise: Autoexame das mamas; Exame clínico das mamas; Mamografia e Fatores que dificultam a adesão ao rastreamento.

Autoexame das mamas

Embora na literatura pesquisada neste estudo não haja evidências conclusivas sobre a diminuição da mortalidade pelo câncer de mama através de sua utilização, o Autoexame das Mamas (AEM) é recomendado para a detecção precoce de alterações mamárias, principalmente nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, onde o diagnóstico é tardio⁽²⁰⁾.

O AEM apresenta inúmeras vantagens e está intimamente ligado à relação de autocuidado da mulher, que passa a conhecer melhor seu corpo e perceber qualquer alteração existente, o que pode levar à procura de um profissional da saúde. Assim, torna-se um importante meio de detecção de tumores nos locais onde os recursos para a saúde e o acesso aos métodos diagnósticos é escasso.

As mulheres, em geral, têm conhecimento da existência do AEM, mas o fato de conhecê-lo não significa que estão bem orientadas quanto à prática adequada ou mesmo com sua realização. Estudos indicam que as melhores práticas em saúde, em relação à realização do AEM, têm sido associadas ao grau de escolaridade e a presença de parceiro. Acredita-se que quanto maior for o grau de estudo, maiores serão as oportunidades de acesso aos serviços de Saúde e melhor será o conhecimento adquirido sobre métodos de prevenção^(20-21,25).

Apesar de o AEM ser de fácil execução e não possuir nenhum custo financeiro, podendo ser realizado por mulheres pertencentes a qualquer segmento sociocultural, ainda é pouco executado pela população em geral, sendo os dois principais motivos para a sua não realização o esquecimento e a falta de orientação⁽²⁵⁾.

O AEM é uma prática que depende da predisposição e motivação da mulher em realizá-lo, o que torna fundamental a participação do profissional da saúde no sentido de ajudar a paciente a compreender sua importância e orientá-la de forma correta quanto à sua realização. Porém, observa-se que infelizmente o profissional da saúde não está preparado adequadamente para orientar a população sobre o AEM, seja por esquecimento ou pela falta de treinamento adequado sobre o assunto^(20,23).

Transmitir a informação não é suficiente para a mudança de comportamento, já que a prática do AEM depende da decisão da mulher e de sua compreensão sobre a importância de prevenir a doença. A orientação deve partir do princípio de que a mulher realize a autopalpação das mamas sempre que se sentir confortável para tal durante o seu cotidiano, no momento do banho ou de troca de roupa, sem nenhuma recomendação de técnica específica, procurando valorizar a descoberta de pequenas alterações mamárias⁽⁵⁾.

Dados indicam que a maior parte das mulheres com câncer de mama identificou o câncer por meio da palpação ocasional em comparação com o autoexame, sendo que aproximadamente 65% das mulheres identificam o câncer de mama ao acaso e 35% por meio do autoexame⁽⁵⁾.

Nesse sentido, torna-se necessário que a mulher seja estimulada a procurar esclarecimento com os profissionais de saúde sempre que houver dúvida em relação aos achados da autopalpação das mamas. Dessa forma, o sistema de saúde, através de seus profissionais, necessita adequar-se para acolher, orientar e realizar os exames diagnósticos pertinentes com a competência exigida, uma vez que esse momento de orientação faz-se importante para difundir as informações referentes ao câncer de mama e estimular o autocuidado⁽⁵⁾.

Exame clínico das mamas

O exame clínico das mamas (ECM) é parte fundamental da propedêutica para o diagnóstico de câncer, devendo ser realizado como parte do exame físico e ginecológico, que, associado a outros métodos propedêuticos, como a mamografia, pode aumentar a sensibilidade e a especificidade do diagnóstico, constituindo-se como base para a solicitação dos exames complementares.

Realizado por médicos e enfermeiros, o ECM possui um importante papel na prevenção secundária do câncer de mama, principalmente pelo seu fácil acesso e baixo custo e por ser uma medida mais efetiva do que o autoexame das mamas. Deve contemplar os seguintes passos para sua adequada realização: inspeção estática e dinâmica das mamas, palpação das axilas e região supra e infraclavicular e palpação da mama com a paciente posicionada em decúbito dorsal^(5,12).

Durante a realização do exame, os profissionais da saúde têm a possibilidade de informar às mulheres sobre os fatores de risco para o câncer de mama e as alterações que ocorrem

na mama com o passar dos anos. Essa situação julga-se um bom momento para a implementação da educação em saúde.

Estudos demonstram que o ECM é uma das mais realizadas práticas de detecção precoce, havendo sua priorização pelos profissionais da atenção básica em detrimento a mamografia, uma vez que o número de exames disponibilizados para o serviço público de saúde não atende à demanda necessária para uma política de rastreamento adequada^(19,24).

Porém, observou-se que os profissionais de saúde não possuem conhecimentos sobre qual o melhor período para a realização do exame clínico das mamas, bem como a idade recomendável para a solicitação da primeira mamografia^(19,20).

Recomenda-se que mulheres com fatores de risco para o câncer de mama realizem o ECM e a mamografia anualmente a partir dos 35 anos e as demais a partir dos 40 anos, pois a doença possui um aumento do índice de incidência acelerado nessa faixa etária, com diminuição a partir dos 50 anos^(5,19,20).

Orienta-se também a realização do ECM durante o pré-natal, uma vez que o câncer de mama é a segunda neoplasia mais frequente na gravidez⁽²⁾. Apesar dessa recomendação, verificou-se em um dos estudos analisados que há uma baixa prevalência da realização do ECM durante o pré-natal, principalmente quando realizado em serviços públicos⁽²⁶⁾.

Mamografia

A mamografia é considerada como o método mais eficaz para detecção precoce do câncer de mama, pois está diretamente associado à redução da mortalidade causada por esse câncer. Porém, o programa para o rastreamento do câncer mamário através da mamografia no Brasil tem caráter oportunístico, pois somente a procura espontânea por qualquer consulta médica motiva a solicitação desse exame⁽²⁴⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como prioritário o rastreamento do câncer de mama na faixa etária das mulheres entre 50 e 69 anos. O Brasil procura seguir essa política, a exemplo de outros países europeus, como Alemanha, França, Reino Unido, além do Canadá e Japão⁽²⁸⁾.

O Ministério da Saúde (MS) passou a garantir a mamografia bilateral de rastreamento para as mulheres dessa faixa etária em portaria nº 1.253/2013, que prevê o direito ao exame sem necessidade de pedido médico ou apresentação de sintomas, ou ainda sem que a paciente tenha histórico de câncer de mama na família. Porém, essa portaria vem sendo criticada pelos especialistas, uma vez que contraria a lei nº 11.664, de 2009, que estabeleceu o direito à mamografia anual gratuita pelo SUS para todas as brasileiras a partir dos 40 anos⁽²³⁾.

No Brasil, os órgãos de referência para o câncer de mama, bem como as entidades representativas dos profissionais, como o INCA, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), recomendam não seguir a portaria governamental e continuar indicando o rastreamento mamográfico bilateral bianual a partir dos 40 anos para mulheres sem risco, anual a partir dos 35 anos para mulheres com risco elevado e bianual a partir dos 50 anos^(4-5,21-22).

Estudos randomizados realizados entre 1976-1990 evidenciaram que o rastreamento do câncer de mama com base em mamografia pode reduzir a mortalidade por câncer de mama em média 25% em mulheres com idade entre 50-69 anos. Mais recentemente, a análise dos programas de rastreamento dos serviços de base populacional realizados entre mulheres com idade entre 40-69 anos tem demonstrado que a triagem atendimento e mamografia regular pode proporcionar uma redução de 40-45% da mortalidade por câncer de mama⁽²⁸⁾.

Os estudos aqui analisados evidenciaram que a maioria das mulheres brasileiras com mais de 35 anos nunca realizaram mamografia. Isso se deve à falta de informação, dificuldade de realização, falta de solicitação e condição sociodemográfica prejudicada. Demonstrou-se também o desconhecimento dos profissionais da saúde quanto à idade de início do rastreamento⁽²¹⁻²³⁾.

Evidencia-se assim o despreparo dos profissionais em relação à necessidade de solicitação desse exame como uma das causas da baixa adesão ao rastreamento do câncer mamário através da mamografia. Outro fator a ser destacado é a influência que as questões políticas podem determinar tanto quanto às dúvidas que esses profissionais podem ter em relação à necessidade de sua indicação em razão dos posicionamentos divergentes entre a política governamental e as recomendações das entidades científicas da área, como também pelo não cumprimento das resoluções do MS pela indisponibilidade de realização desse exame em função da falta de equipamentos e de estrutura frente às demandas da população.

Dados de 2011, do Sistema Único de Saúde (SUS), mostram que menos de 30% da população que, segundo a portaria do MS, deveria fazer a mamografia se submeteu ao exame. Para que ocorra redução na mortalidade pela doença, seria preciso que ao menos 70% das mulheres entre 50 e 69 anos aderissem ao rastreamento, segundo orientação da OMS⁽²⁹⁾.

O aumento significativo na incidência de carcinoma da mama *in situ* parece estar diretamente relacionado com a disponibilidade de mamografia, já que essa forma de câncer da mama é difícil de detectar por métodos clínicos⁽²⁸⁾.

Apesar desse fato e da não existência de evidências suficientes que apoiem a eficácia do exame clínico da mama ou do ensino do autoexame das mamas como estratégias de saúde pública para redução da mortalidade por câncer mamário na população, esses métodos ainda são utilizados para triagem nos países com baixos recursos, onde a maioria das pacientes procura os serviços médicos para tratamento já em estágios muito tardios⁽²⁸⁾.

Fatores que dificultam a adesão ao rastreamento

Observou-se que a maioria dos estudos analisados apresentou concordância entre os fatores relacionados à população atendida que dificultam a adesão ao rastreamento. Os principais fatores encontrados associados à população alvo foram escolaridade menor que oito anos, baixa renda, rede de apoio social e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde^(20-21,24-25,27).

Sabe-se que são inúmeras as barreiras para a adesão das práticas preventivas, dentre elas constam as questões socioeconômicas da população e seu acesso aos serviços de saúde. Estudos evidenciam que os fatores sociodemográficos, tais como renda

familiar, vínculo empregatício e escolaridade, associam-se ao tipo de acesso aos serviços de saúde e contribuem definitivamente para a adesão ao rastreamento mamográfico, sendo que quanto menor a escolaridade e a renda, maior será a dificuldade de acesso ao sistema de saúde dessa população.

A baixa escolaridade se relaciona diretamente com atividades profissionais menos qualificadas, indicando assim a necessidade de ação dos serviços públicos de saúde no sentido de intervir mais efetivamente nos segmentos da população mais vulneráveis ao desenvolvimento do câncer de mama, visando assegurar o rastreamento preventivo.

A mulher solteira também é considerada como fator de risco para a não realização de práticas preventivas ou exames periódicos. Estudos apontam que as principais fontes de apoio para mulheres com câncer de mama são os maridos e os membros da família, sendo também citados médicos e enfermeiras, principalmente no período de hospitalização, podendo-se inferir que, dependendo da rede social em que está vinculada, pode haver influências em relação a uma maior adesão e procura pelos serviços de saúde⁽³⁰⁾.

Outro aspecto também observado foi a carência de profissionais de saúde habilitados. A falta de preparo desses profissionais leva à deficiência na orientação em relação ao autoexame e exame clínico das mamas, bem como a idade recomendável para solicitação de mamografias⁽¹⁹⁾.

Isso pode ser um dos fatores que determina o desconhecimento da população sobre a necessidade do AEM e do ECM, culminando no número reduzido de mamografias realizadas, tanto nos serviços públicos e privados^(19,24).

Apesar da proposição dos programas governamentais de rastreamento que determina que a mamografia bienal deva ser realizada a partir de 50 anos de idade, estudos indicam a não existência de qualquer incremento nas taxas de adesão ao rastreamento mamográfico nos serviços de saúde públicos para essa faixa etária^(24,26-27).

O fato do programa de rastreamento ter um caráter oportunista tem sido relacionado à não adesão das mulheres pela falta de vigilância, convocação, informações sobre a doença e a importância de sua prevenção⁽²⁴⁾.

CONCLUSÃO

Apesar de existir uma política pública para o rastreamento e detecção precoce do câncer de mama no Brasil, evidenciou-se, nos artigos analisados, a dificuldade na adesão das mulheres brasileiras pelas práticas preventivas, indicando que os

programas de rastreamento estão aquém do que se é preconizado. A análise dos artigos científicos utilizados nesta pesquisa indica ainda a escassez de recursos destinados à saúde. Dessa forma, constata-se que o segmento das recomendações dos órgãos de referência para o rastreamento do câncer de mama no país é deficitário.

Este estudo também mostra que o AEM não deve ser utilizado como único método de detecção precoce do câncer de mama, mas ressalta a necessidade da estimulação do mesmo para propiciar o aumento do autocuidado e do autoconhecimento da população feminina.

Embora não deva ser priorizado em detrimento dos outros métodos de rastreamento, acreditamos que AEM constitui-se numa importante ferramenta para detecção de lesões e deve ser incrementado principalmente em regiões onde há difícil acesso a outros métodos mais abrangentes e eficazes para o diagnóstico do câncer de mama.

Verificamos que, apesar do fácil acesso, do baixo custo e da eficiência comprovada do ECM, esse exame é pouco realizado, principalmente por haver um déficit de profissionais habilitados para tal. Como consequência, há pouca solicitação de mamografia por parte dos profissionais, demonstrando assim a necessidade de investimentos na educação continuada nessa área para os especialistas em saúde.

O caráter oportunístico do rastreamento de câncer de mama prevalente, quando a pessoa procura o serviço de saúde por algum outro motivo e o profissional de saúde aproveita o momento para rastrear alguma doença ou fator de risco, torna-se um fator dificultador para sua eficácia e aplicabilidade.

Assim, acreditamos que o rastreamento deva ser realizado no contexto de um programa preventivo de forma sistematizada, com atenção especial ao planejamento e treinamento dos profissionais de saúde, identificação e convite da população-alvo na periodicidade preconizada pelo programa, além da gestão multidisciplinar das lesões detectadas, através de coordenação, acompanhamento e avaliação das ações propostas. Para tanto os profissionais de saúde devem introjetar a ideia de que essa é uma política de rastreamento, sendo necessária a realização da busca ativa.

Há a necessidade de estudos mais abrangentes nessa área de pesquisa para que ocorram melhorias na promoção e prevenção da saúde, minimizando os efeitos deletérios da detecção tardia, tanto no que diz respeito aos aspectos assistenciais físicos e psicológicos da própria mulher, quanto às questões político-financeiras que levem à diminuição dos custos com a prevenção e tratamento da doença.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2014[cited 2014 Mar 14]. Available from: http://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/Estimativa_2014.pdf
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Controle do câncer de mama: conceito e magnitude [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2014 [cited 2014 Mar 14]. Available from: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/

- conceito_magnitude
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Programa nacional de controle do câncer de mama: histórico das ações [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2014 [cited 2014 Mar 14]. Available from: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/historico_acoes
 4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama [Internet]. 2. ed. Brasília: MS; 2013. [cited 2014 Mar 14]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf
 5. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Controle do câncer de mama: detecção precoce [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; [cited 2014 Mar 14]. Available from: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/deteccao_precoce
 6. Oshiro ML, Bergmann A, Silva RG, Costa KC, Travaim IEB, Silva GB, et al. Câncer de mama avançado como evento sentinela para avaliação do programa de detecção precoce do câncer de mama no Centro-Oeste do Brasil. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2014[cited 2014 Mar 14];60(1):15-23 Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v01/pdf/04-artigo-cancer-de-mama-avancado-como-evento-sentinel-para-avaliacao-do-programa-de-deteccao-precoce-do-cancer-de-mama-no-centro-oeste-do-brasil.pdf
 7. Freitas CRP, Terra KL, Mercês NNA. Conhecimentos dos acadêmicos sobre prevenção do câncer de mama. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2011[cited 2014 Mar 14];32(4):682-7 Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v32n4/v32n4a07.pdf>
 8. Leal EM, Almeida LMN, Lima AGS. Knowledge and practice of breast self examination in users of a health centre. *Rev Enferm UFPI* [Internet]. 2014[cited 2014 Mar 14];3(3):39-45. Available from: <http://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1676/pdf>
 9. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Educação. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer [Internet]. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA; 2012 [cited 2014 Mar 14];129 p. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf
 10. Santos J, Gico VV, Reis LA, Marinho-TTA. Panorama do câncer de mama: indicadores para a política de saúde no Brasil. *Rev Enferm Contemp* [Internet]. 2014 [cited 2014 Mar 14];3(1):80-94. Available from: <http://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/322/302>
 11. Santos JA. Breast self-examination on breast cancer screening: evidence increases as uncertainty fades away. *Acta Obstet Ginecol Port* [Internet]. 2013[cited 2014 Mar 14];7(2):113-7. Available from: http://www.fspog.com/fotos/editor2/2013-2-artigo_de_revisao_3.pdf
 12. Goi Júnior CJ, Poltronieri LR, Xavier NL. Breast Self Exam frequency in sample population of Xangri-Lá, RS. *Rev HCPA* [Internet]. 2012[cited 2014 Mar 14];32(2):182-7. Available from: <http://www.seer.ufrgs.br/hcpa/article/viewFile/28015/19179>
 13. Silva JMQ, Marques PF, Paiva MS. Sexual and reproductive health and Nursing: a bit of history in Bahia. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013[cited 2014 Mar 14];66(4):501-07. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a06.pdf>
 14. Pio DAM, Oliveira MM. Health education in pre-natal care: a parallel of experiences between Brazil and Portugal. *Saúde Soc* [Internet]. 2014[cited 2014 Mar 14];23(1):313-24. Available from: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/84869/87596>
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Mais saúde: direito de todos: 2008–2011. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010[cited 2014 Mar 14];164 p. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_3ed.pdf
 16. Ferreira LF, Petel LA, Fernandes SS. The natural history of breast cancer in the young patient: literature revision. *Femina* [Internet]. 2011[cited 2014 Mar 14];39(11):527-31. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n11/a2970.pdf>
 17. Mowbray PK, Wilkinson A, Tse HHM. An integrative review of employee voice: identifying a common conceptualization and research agenda. *Int J Manage Rev* [Internet]. 2014[cited 2014 Mar 14];16(3):1-19 Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijmr.12045/epdf>
 18. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Integrative review: concepts and methods used in nursing. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014[cited 2014 Mar 14];48(2):335-45. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reusp/v48n2/pt_0080-6234-reusp-48-02-335.pdf
 19. Jácome EM, Silva RM, Gonçalves MLC, Collares PMC, Barbosa IL. Breast cancer detection: knowledge, attitude and practices of doctors and nurses from the Family Health Strategy of Mossoró, RN, Brazil. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2011[cited 2014 Mar 14];57(2):189-98. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v02/pdf/06_artigo_deteccao_cancer_mama_conhecimento_atitude_pratica_medicos_enfermeiros_estrategia_saude_familia_mossoro_RN_brasil.pdf
 20. Brito LMO, Chein MBC, Brito LGO, Amorim AMM, Marana HRC. Knowledge, practice and attitude about breast self-exam from women of a Northeastern municipality, Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2010[cited 2014 Mar 14];32(5):241-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n5/a07v32n5.pdf>
 21. Lima ALP, Rolim NCOP, Gama MEA, Pestana AL, Silva EL, Cunha CLF. Rastreamento oportunístico do câncer de mama entre mulheres jovens no estado do Maranhão, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011[cited 2014 Mar 14];27(7):1433-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n5/a07v32n5.pdf>
 22. Marchi AA, Gurgel MSC, Fonsechi-Carvasan GA. Breast cancer mammographic screening in public and private health care systems. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2006[cited 2014 Mar 14];28(4):214-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n4/a02v28n4>
 23. Barreto ASB, Mendes MFM, Thuler LCS. Evaluation of a strategy adopted to expand adherence to breast cancer

- screening in Brazilian Northeast. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2012[cited 2014 Mar 14];34(2):86-91. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n2/a08v34n2>
24. Marchi AA, Gurgel MSC. Adherence to the opportunistic mammography screening in public and private health systems. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2010[cited 2014 Mar 14];32(4): 191-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n4/v32n4a07.pdf>
 25. Borges JBR, Morais SS, Borges TG, Guarisi R, Maia EMC, Paganotti JC, et al. Breast self-examination by women in Jundiaí, São Paulo state, Brazil. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2008[cited 2014 Mar 14];54(2):113-22. Available from: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_54/v02/pdf/artigo_1_pag_113a122.pdf
 26. Gonçalves CV, Dias-da-Costa JS, Duarte G, Marcolin AC, Garlet G, Sakai AF, et al. Clinical breast examination during prenatal visits: analysis of coverage and associated factors in a city in the State of Rio Grande do Sul, Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [cited 2014 Mar 14];24(8):1783-90. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n8/07.pdf>
 27. Caleffi M, Ribeiro RA, Bedin AJ, Viegas-Butzke JMP, Baldisserotto FDG, Skonieski GP, et al. Adherence to a breast cancer screening program and its predictors in underserved women in southern Brazil. *Cancer Epidemiol Biomark Prev* [Internet]. 2010[cited 2014 Mar 14];19(10). Available from: <http://cebp.aacrjournals.org/content/19/10/2419.full.pdf+html>
 28. World Health Organization. International. WHO. World Cancer Report. 2008, Lyon: WHO [Internet]. 2008[cited 2014 Mar 14]; 510 p. Available from: <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/>.
 29. Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (SOGESP). Rastreamento preventivo do câncer de mama [Internet]. 2013[cited 2014 Mar 14]; Available from: <http://www.sogesp.com.br/canal-saude-mulher/guia-de-saude-da-mulher-madura/rastreamento-preventivo-do-cancer-de-mama>
 30. Caporossi JAM, Ribeiro HS, Morinigo T, Campos A, Stopiglia LF. The mastectomy and the incidence of post-traumatic stress disorder. *Psicol Saúde Doenças* [Internet]. 2014[cited 2014 Mar 14];15(3):800-15. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v15n3/v15n3a19.pdf>
-