

Detecção precoce e prevenção do câncer de mama: conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da Estratégia Saúde da Família de cidade de porte médio de MG, Brasil

Early detection and prevention of breast cancer: knowledge, attitudes, and practices of professionals in the Family Health Strategy of a medium-sized city in Minas Gerais, Brazil

Márcia de Castro Martins Ferreira^{1,2} , Mário Círio Nogueira^{1,3,4} ,
Letícia de Castro Martins Ferreira^{5,6} , Maria Teresa Bustamante-Teixeira^{1,3,4,5} 

¹ Programa de Pós-graduação em Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) - Juiz de Fora (MG), Brasil.

² Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, Juiz de Fora (MG), Brasil.

³ Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) - Juiz de Fora (MG), Brasil.

⁴ Núcleo de Assessoria, Treinamentos e Estudos em Saúde (NATES), Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) - Juiz de Fora (MG), Brasil.

⁵ Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) - Juiz de Fora (MG), Brasil.

⁶ Departamento de Internato, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) - Juiz de Fora (MG), Brasil.

Como citar: Ferreira MCM, Nogueira MC, Ferreira LCM, Bustamante-Teixeira MT. Detecção precoce e prevenção do câncer de mama: conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da Estratégia Saúde da Família de cidade de porte médio de MG, Brasil. Cad Saúde Colet, 2023; 31 (3):e31030394. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331030394>

Resumo

Introdução: O câncer de mama (CM) é um problema de saúde pública em razão da incidência e mortalidade elevadas, com possibilidade de prevenção e detecção precoce e consequente melhoria do prognóstico mediante ações da Estratégia Saúde da Família (ESF). **Objetivo:** Investigar conhecimentos, atitudes e práticas (CAP) dos profissionais da ESF sobre o controle do CM preconizado pelo Ministério da Saúde e sua associação com características sociodemográficas e de formação. **Método:** Estudo transversal com médicos e enfermeiros da ESF de Juiz de Fora (MG), utilizando questionário estruturado autoaplicável, em 2019. Os dados foram analisados pela estatística descritiva, teste qui-quadrado e exato de Fisher, nível de significância 5%. **Resultados:** Foram pesquisados 170 profissionais (93,0%), com predomínio do sexo feminino (74,1%), faixa etária de 30 a 49 anos (47,9%) e tempo de graduação maior que 20 anos (45,8%). Os CAP adequados foram respectivamente de 75,6%, 61,8% e 78,4%. Profissionais mais jovens tiveram conhecimento mais adequado, e os com maior tempo de graduação, melhores práticas. **Conclusão:** O estudo averiguou importantes lacunas no processo de educação permanente dos profissionais da ESF, resultando em limites para o controle do CM. Tal avaliação possibilita ações de saúde mais direcionadas e melhor planejamento para o enfrentamento do CM.

Palavras-chave: conhecimentos, atitudes e prática em saúde; neoplasias da mama; programas de rastreamento.

Abstract

Background: Breast cancer (BC) is a public health problem due to its incidence and mortality, with the possibility of prevention and early detection and consequent improvement of the prognosis through the actions of the Family Health Strategy (FHS). **Objective:** Investigate the knowledge, attitudes, and practices (CAP) of FHS professionals on actions to control BC recommended by the Ministry of Health



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Correspondência: Márcia de Castro Martins Ferreira. E-mail: marciadecmf@gmail.com

Fonte de financiamento: apoio CNPQ e FAPEMIG.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: Out. 08, 2020. Aprovado em: Jun. 29, 2021

and their association with sociodemographic and training characteristics. **Method:** Cross-sectional study with doctors and nurses from the FHS of Juiz de Fora (MG, Brazil), using a self-administered structured questionnaire, in 2019. The data were analyzed using descriptive statistics, the chi-square test, and Fisher's exact test, with a significance level of 5%. **Results:** A total of 170 professionals (93.0%) were surveyed, with a predominance of females (74.1%), aged 30 to 49 years (47.9%), and undergraduates older than 20 years (45.8%). Adequate CAP was 75.6%, 61.8%, and 78.4%, respectively. They had more adequate knowledge, younger professionals with better practices, and professionals with more time since graduation. **Conclusion:** The study found important gaps in the process of continuing education for FHS professionals, resulting in a possible obstacle to better control of CM. The evaluation enables targeted health actions and better planning to face the CM.

Keywords: health knowledge, attitudes, practice; breast neoplasms; mass screening.

INTRODUÇÃO

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (WHO), em 2020 ocorreram 2,3 milhões de casos novos de câncer da mama (CM) em todo o mundo, representando cerca de 25% do total de casos de câncer, o que o torna o tipo de câncer mais comum entre as mulheres, excetuando-se os cânceres de pele não melanoma¹. No Brasil, são estimados 61,6 casos novos para 100.000 mulheres de CM feminino para cada ano do triênio 2020-2022². Quanto à mortalidade, o CM é a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres em mais de 100 países no mundo¹. É também principal causa de morte por câncer em mulheres no Brasil, com taxa de mortalidade de 16,16 óbitos/100.000 mulheres².

O câncer de mama tem grandes chances de cura se diagnosticado e tratado precocemente. A melhor estratégia para seu enfrentamento compreende dois métodos diferentes e complementares: o diagnóstico precoce da doença clinicamente detectável e o rastreamento da doença antes de apresentar sintomas ou ser palpável no exame clínico (tumor < 2cm)³⁻⁵. Destaca-se que a prevenção primária do CM é complexa, porque envolve fatores de risco não modificáveis como idade, sexo, alterações genéticas e fatores endócrinos, tais como menarca precoce e menopausa tardia, assim como fatores reprodutivos: baixa paridade e aumento da idade para o primeiro filho. Entre os fatores possivelmente modificáveis estão o nunca ou pouco aleitamento materno, uso de hormônios exógenos, sobrepeso pós-menopausa e uso de álcool⁶.

O método recomendado para rastreamento é a mamografia, tendo sido estimada redução na mortalidade em torno de 20% nos países que a adotaram em programas organizados^{7,8}. No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) recomenda o rastreamento mamográfico às mulheres na idade entre 50 e 69 anos, bianualmente, e assemelha-se às recomendações da Organização Mundial de Saúde⁹⁻¹¹.

O cuidado adequado à saúde da mulher prevê ações de controle do CM que contemplem as evidências científicas mais recentes. Estas ações, desenvolvidas como parte dos objetivos da Atenção Primária à Saúde (APS), se justificam em função da crescente incidência e da mortalidade deste câncer em todo o mundo, inclusive no Brasil, constituindo-se em um relevante problema de saúde pública.

Nesse sentido, a investigação dos conhecimentos, atitudes e práticas (CAP) dos profissionais médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF), que atuam diretamente nas ações de prevenção e detecção precoce desta doença são importantes e constituíram o objetivo desta pesquisa. Os CAP foram avaliados tomando como base as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS), sendo analisada a associação com características sociodemográficas e de formação dos profissionais.

MÉTODO

Estudo transversal realizado no município de Juiz de Fora (JF), Minas Gerais, entre abril e agosto de 2019, em Unidades Básicas de Saúde (UBS) com ESF. O município tem uma rede de atenção básica com 94 equipes da ESF, distribuídas em 42 UBS para uma população de 570.000 habitantes¹². A população de estudo constituiu-se de 170 profissionais atuantes na ESF de JF, sendo 91 enfermeiros e 79 médicos.

A coleta dos dados foi realizada por meio de questionário autoaplicável, baseado no formulário validado de Moraes¹³, adaptado às novas diretrizes do MS, em vigor desde 2015⁹. O instrumento continha questões que visavam a caracterização sociodemográfica e de formação dos profissionais e por questões que buscaram avaliar os conhecimentos, as atitudes (no sentido de comportamento, conduta) e as práticas (entendidas como execução de determinada tarefa) dos profissionais com relação às recomendações preconizadas pelo MS para o controle do CM. Foram analisadas associações entre os CAP dos profissionais e as demais variáveis.

O instrumento foi submetido a um pré-teste aplicado a 10 profissionais, médicos e enfermeiros, não incluídos na população de estudo, com o objetivo de verificar a adequação, compreensão e pertinência das questões.

Os profissionais que participaram da pesquisa leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram definidas questões mais relevantes como medida resumo de CAP para classificar as adequações dos CAP. Foi considerado conhecimento adequado sobre o controle do CM, indicar e orientar corretamente a faixa etária e a periodicidade indicada para o rastreamento mamográfico pelo MS; atitude adequada, orientar as pacientes sobre os fatores de risco e manifestações clínicas do CM, bem como direcionar busca ativa das mulheres que não retornaram com o resultado da mamografia; e prática adequada, investigar os fatores de risco para o CM e adotar condutas específicas em função desses riscos.

Foram calculadas estatísticas descritivas e investigadas associações entre conhecimentos, atitudes e práticas de ações de controle do CM com as demais variáveis, por meio do teste qui-quadrado ou exato de Fisher para as análises bivariadas, considerando o nível de significância de 5%. As análises foram feitas no programa SPSS.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, CAAE nº 02584318.8.00005147.

RESULTADOS

A população de estudo abrangeu 93% dos profissionais das UBS com Estratégia Saúde da Família, no município de Juiz de Fora. Desses, 53,5% eram enfermeiros e 46,5%, médicos. A maioria dos entrevistados era do sexo feminino (74,1%), com predomínio da faixa etária de 30 a 49 anos de idade (47,9%). Quanto ao tempo de graduação, 45,8% dos profissionais tinham mais de 20 anos de graduação, 28,8% tinham mais de 10 anos de atuação naquela UBS, 51,75% tinham menos de 5 anos de atuação naquela UBS e 72,0% atuavam exclusivamente na ESF. Os médicos eram mais jovens que os enfermeiros ($p=0,001$) e apresentaram um tempo menor de graduação ($p<0,001$). Eram 78,9% os profissionais com pós-graduação (Tabela 1).

Entre os profissionais estudados, 75,6% apresentaram conhecimento adequado sobre o controle do CM. Os profissionais na faixa etária de até 29 anos, mostraram maior percentual (87%) de conhecimento adequado, quando comparados àqueles com mais de 50 anos (69,8%). Os com tempo de atuação naquela UBS de 6 a 10 anos apresentaram 87,9% de adequação nos conhecimentos, enquanto os com até 1 ano de atuação naquela UBS apresentaram 69,8%, e os com mais de 10 anos de atuação naquela UBS, 68,8% (Tabela 2).

A maioria (97,1%) dos profissionais demonstrou ter conhecimento que a mamografia reduz a mortalidade, melhorando o prognóstico para o CM. O risco que a mamografia pode trazer para a usuária, bem como a correta indicação do ultrassom, foram reconhecidos por 35,4% e 41,7% dos profissionais, respectivamente (Tabela 3).

Em relação ao conhecimento acerca dos fatores de risco para o CM, 97,5% reconheceram a terapia de reposição hormonal, 73,6% o uso de contraceptivos orais, 92,6% o tabagismo, 80,9% o etilismo, 85,9% o excesso de peso e 71,3% o não aleitamento materno. A menarca tardia e a menopausa precoce foram apontados erroneamente como fatores de risco por 45,8% e 55,0%, respectivamente, dos profissionais.

Quanto ao conhecimento dos fatores de risco hereditário para o CM, verificou-se que 98,1% dos participantes tinham conhecimento de que história de câncer de mama pessoal

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e de atuação profissional dos médicos e enfermeiros na Estratégia Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019

Varáveis	N	%	Med	%	Enf	%	Valor de p
Total	170	100	79	46,5	91	53,5	
Faixa etária							
Até 29 anos	23	13,8	19	24,4	4	4,5	0,001
30 a 49 anos	80	47,9	34	43,6	46	51,7	
50 anos ou mais	64	38,3	25	32,0	39	43,8	
Sexo							
Feminino	126	74,1	41	51,9	85	93,4	< 0,001
Masculino	44	25,9	38	48,1	6	6,6	
Estado Civil							
Solteiro	55	32,7	33	42,3	22	24,4	0,015
Casado/União estável	100	59,5	39	50,0	61	67,8	
Separado/Viúvo	13	7,7	6	7,7	7	7,8	
Filhos							
Não tem	61	36,3	37	47,4	24	26,7	0,018
Um	50	29,8	18	23,1	32	35,6	
Dois ou mais	57	33,9	23	29,5	34	37,8	
Formação							
Tempo de graduação							
1 a 5 anos	29	17,3	25	31,6	4	4,5	< 0,001
6 a 10 anos	19	11,3	15	19,0	4	4,5	
11 a 20 anos	43	25,6	12	15,2	31	34,8	
> 20 anos	77	45,8	27	34,2	50	56,2	
Titulação							
Graduação	36	21,1	28	35,4	8	8,8	< 0,001
Pós-graduação	134	78,9	51	64,6	83	91,2	
Tempo de atuação na Unidade Básica de Saúde							
< 1 ano	44	25,9	22	27,8	22	24,2	0,112
1 a 5 anos	44	25,9	26	32,9	18	19,8	
6 a 10 anos	33	19,4	14	17,7	19	20,9	
> 10 anos	49	28,8	17	21,5	32	35,2	
Outro serviço							
Sim, na área de saúde.	41	24,4	25	32,1	16	17,8	0,112
Sim, em outra área.	5	3,6	2	2,6	3	3,3	
Não.	121	72,0	50	64,1	71	78,9	
Capacitação câncer de mama < 3 anos							
Sim	50	29,6	23	29,1	27	29,6	0,900
Não	119	70,4	56	70,9	63	70,4	

Nota: As diferenças no total podem ser justificadas pela ausência de informação. **N:** número total de profissionais em cada categoria; **Med.:** número de profissionais médicos; **Enf.:** número de profissionais enfermeiros; **%:** valor percentual; **p:** valor de P

Tabela 2. Conhecimento*, atitude** e prática*** considerados adequados sobre o controle do câncer de mama, segundo variáveis selecionadas, de médicos e enfermeiros na Estratégia Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019

Variáveis	N	Conhecimento				Atitude				Prática		
		n	%	p		n	%	p		n	%	p
Total	168	127	75,6			102	61,8			131	78,4	
Faixa Etária												
Até 29 anos	23	20	87,0			13	61,9			16	69,6	
De 30 a 49 anos	79	62	78,5	0,211		48	61,5	0,999		59	74,7	0,211
50 anos ou mais	63	44	69,8			39	61,9			54	87,1	
Sexo												
Masculino	44	32	72,7	0,606		26	60,5	0,832		36	81,8	0,526
Feminino	124	95	76,6			76	62,3			95	77,2	
Formação profissional												
Médico	79	62	78,5	0,412		44	58,7	0,447		58	73,4	0,135
Enfermeiro	89	65	73,0			58	64,4			73	83,0	
Tempo de graduação												
1 a 5 anos	29	23	79,3			15	55,5			19	65,5	
6 a 10 anos	19	14	73,7	0,498		10	55,6	0,686		12	63,2	0,033
11 a 20 anos	46	38	82,6			28	60,9			36	78,3	
> 20 anos	72	51	70,8			48	66,7			62	87,3	
Tempo de atuação nesta UBS												
< 1 ano	43	30	69,8			24	60,0			30	69,8	
1 a 5 anos	43	35	79,5	0,166		30	68,2	0,584		33	76,7	0,114
6 a 10 anos	33	29	87,9			21	65,6			24	75,0	
> 10 anos	48	33	68,8			27	55,1			44	89,8	
Titulação												
Graduação	36	27	75,0	0,925		20	60,6	0,873		24	66,7	0,050
Pós-Graduação	132	100	75,8			82	62,1			107	81,7	
Recebeu capacitação acerca das diretrizes do Ministério da Saúde sobre o controle do câncer de mama												
Até 3 anos	48	33	68,8	0,201		35	72,9	0,055		42	84,0	0,243
Mais de 3 anos ou não recebeu	119	93	78,2			66	56,9			88	75,9	
Diretrizes do Ministério da Saúde para o controle do câncer de mama disponível na Unidade Básica de Saúde												
Sim	87	70	80,5			62	72,1			80,5		
Não	17	14	82,4	0,092		7	41,2	0,013		15	88,2	0,348
Não sabe	61	40	65,5			31	53,4			44	73,3	

*Conhecimento da recomendação do Ministério da Saúde quanto à periodicidade e à faixa etária recomendadas para o rastreamento mamográfico; **Orientação frequente ou sempre sobre os fatores de risco para o CM, orientação sobre as manifestações clínicas e direcionamento da busca ativa das mulheres que não retornaram com o resultado da mamografia; ***Investigação dos fatores de risco para o CM e adoção de condutas correspondentes

Nota: As diferenças nos totais podem ser justificadas pela ausência de informação. **N:** número total de profissionais em cada categoria; **n:** número de profissionais que tiveram conhecimento, atitude, prática adequado; **%:** valor percentual; **p:** valor de P.

Tabela 3. Conhecimento do controle do Câncer de Mama de médicos e enfermeiros na Estratégia Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019

Variáveis	N	%	Med	%	Enf	%	p
Conhecimento da faixa etária indicada para mamografia de rastreamento							
Sim	148	87,1	68	86,1	80	87,9	0,722
Não	22	12,9	11	13,9	11	12,1	
Conhecimento da periodicidade indicada para mamografia de rastreamento							
Sim	143	85,1	71	89,9	72	80,9	0,103
Não	25	14,9	08	10,1	17	19,1	
Conhecimento de que a mamografia pode trazer risco para a usuária							
Sim	58	35,4	26	33,8	32	36,8	0,687
Não	106	64,6	51	66,2	55	63,2	
Conhecimento: mamografia reduz a mortalidade, melhorando o prognóstico do câncer de mama.							
Sim	165	97,1	77	97,5	88	97,1	0,999
Não	5	2,9	02	2,5	03	2,9	
Indicação do ultrassom para rastreamento do câncer de mama							
Sim	98	58,3	43	54,4	55	61,8	0,334
Não	70	41,7	36	45,6	34	38,2	

Nota 1: As diferenças no total podem ser justificadas pela ausência de informação. **N:** número total de profissionais em cada categoria; **Med.:** número de profissionais médicos; **Enf.:** número de profissionais enfermeiros; **%:** valor percentual; **p:** valor de P

e 99,4% história de câncer de mama familiar, em parentes de primeiro grau, conferem risco elevado à mulher. Já 78,4% apontaram o histórico de CM em homens.

A presença de câncer de ovário pessoal foi apontada como fator de risco hereditário por 71,6% dos participantes. Os profissionais com faixa etária até 29 anos (36,4%) e tempo de graduação de 1 a 5 anos (40,7%) mostraram pior desempenho em relação aos profissionais com mais de 50 anos (83,0%) ($p=0,005$) e àqueles com tempo de graduação > 20 anos (81,0%) ($p=0,001$).

O fator de risco hereditário, câncer de ovário familiar, foi apontado por 70,9% dos profissionais, sendo que também para este fator de risco os profissionais com mais de 50 anos (78,6%) ($p=0,010$) e tempo de graduação > 20 anos (76,9%) ($p=0,020$) apresentaram melhor desempenho em relação aos profissionais com idade até 29 anos (45,5%) e tempo de graduação de 1 a 5 anos (46,4%).

Observou-se que somente 10,0% dos profissionais identificaram todos os fatores de risco apontados para o CM e 50,0% todos os fatores de risco hereditário.

O estudo mostrou que 61,8% dos profissionais apresentaram atitude adequada em relação ao controle do CM (Tabela 2), observando-se que 30,8% dos profissionais não direcionam a busca ativa das mulheres que não retornaram com o resultado da mamografia (Tabela 4). O fato de ter disponíveis nas UBS as diretrizes do MS para o controle do CM, associou-se ao desfecho atitude adequada ($p=0,013$) (Tabela 2).

O desfecho "prática adequada" foi contemplado por 78,4% dos participantes. Para este desfecho, os profissionais que tinham maior tempo de graduação ($p=0,033$) e pós-graduação ($p=0,050$) apresentaram desempenho melhor em relação aos outros grupos profissionais (Tabela 2).

Os pesquisados informaram realizar o exame clínico durante o exame preventivo (95,8%) em caso de queixas (99,4%), por solicitação da mulher (92,7%) e para rastreamento (90,5%),

bem como orientaram as mulheres em relação à importância do autoexame das mamas (86,3%) (Tabela 4).

Poucos profissionais realizam palestras coletivas (31,1%) e fazem orientações em rodas de conversa para educação em saúde das usuárias (28,6%), com maior participação dos enfermeiros ($p < 0,001$ e $p = 0,001$ respectivamente) (Tabela 4).

São 70,4% os profissionais que não receberam capacitação sobre ações de rastreamento do CM nos últimos 3 anos (Tabela 1), e dentre os que receberam, a maioria concorda parcialmente que a capacitação possibilitou um bom conhecimento sobre o controle deste câncer.

DISCUSSÃO

Apesar de o CM ser a principal causa de mortalidade por câncer entre as mulheres e seu rastreio estar bem estabelecido pelo MS, observou-se neste estudo que os profissionais da ESF, responsáveis pela prevenção e detecção precoce, precisam ampliar seus conhecimentos, atitudes e práticas de controle deste câncer.

O desfecho conhecimento adequado para o controle do CM foi alcançado por 75,6% dos profissionais estudados, o que corrobora dados obtidos no SISCAN em 2019, relativos ao município de JF, que mostraram que 15,3% das mamografias foram feitas em mulheres com menos de 50 anos, e 4,8% em mulheres acima de 69 anos, totalizando 20,1% de mamografias fora da faixa etária recomendada pelo MS (Datasus: www.datasus.gov.br).

Salienta-se que em 2015, ainda segundo dados do SISCAN, 49,2% das mamografias foram realizadas fora da faixa etária recomendada, sendo que 35,0% destas foram na faixa etária de 40 a 49 anos. Já em 2019, o percentual na faixa etária 40-49 anos diminuiu para 13,0%, o que pode apontar para uma tendência de adequação às diretrizes do MS, com redução de 42,0% das mamografias realizadas nesta faixa etária. A faixa etária acima de 70 anos representou 9,0% das mamografias em 2015, e em 2019, 5,0%, com redução de 17,5%, não tão expressiva quanto para a faixa dos 40 anos (Datasus: www.datasus.gov.br).

Observe-se que, em estudo feito em Minas Gerais¹⁴, com dados referentes à 2010 e 2011, apurou-se que em torno de 63% dos exames de mamografia foram feitos em mulheres que não pertenciam à faixa etária preconizada pelo MS, especialmente em mulheres de 40 a 49 anos (cerca de 36,6%), com periodicidade anual. Resultados semelhantes também foram verificados para o Brasil no mesmo período¹⁵.

Estudos dos CAP de médicos e enfermeiros realizados no país em períodos anteriores também mostraram maiores inadequações às recomendações do MS em relação à faixa etária¹⁶⁻¹⁹ e em relação à periodicidade^{16,18}, quando comparados a este estudo. Nesses estudos, metade ou mais dos profissionais indicaram a mamografia a partir dos 40 anos¹⁶⁻¹⁹, e a periodicidade anual foi recomendada por 72,9% dos profissionais em estudo de São Paulo¹⁶, e por 45,0% dos profissionais em Ribeirão Preto¹⁸.

Destaque-se que não há indicação do rastreamento mamográfico para mulheres com idade inferior a 50 anos. Abaixo desta idade há maior densidade mamária e menor sensibilidade à mamografia, o que acarreta maior número de resultados falsos-positivos e a realização de intervenções que aumentam os custos sem comprovação de eficácia na redução da mortalidade. Não há também evidência de qualquer benefício, como a redução de mortalidade, advindo da maior periodicidade e sim maior exposição aos riscos advindos do rastreamento e o ônus desnecessário ao SUS¹¹.

Estudos evidenciando os riscos de indução de câncer pela radiação do rastreamento mamográfico mostraram que mamografias realizadas anualmente em mulheres na faixa etária de 40 a 80 anos teriam possibilidade de induzir de 20 a 25 casos fatais de câncer a cada 100 mil mulheres rastreadas¹¹. Em detrimento aos estudos, observa-se que 64,6% dos profissionais abordados apontaram que a mamografia não traz risco à usuária, o que pode acarretar em descuido na observância da data da realização da última mamografia. Neste sentido, estudo de Rodrigues et al.²⁰ observou sobrerastreio mamográfico por periodicidade excessiva, referentes à microrregião de Juiz de Fora, em 21,0% das mulheres.

Em relação à indicação do ultrassom para o rastreamento do CM, o MS faz recomendação contrária forte, tanto isoladamente ou como complemento de mamografia. Na revisão sistemática conduzida pelo MS para elaboração das diretrizes para o rastreio do CM, com o intuito de avaliar o rastreamento com ultrassonografia, com ou sem mamografia, não foram constatadas evidências conclusivas sobre a eficácia do rastreamento com esses métodos de imagem¹¹. Observe-se que 58,3% dos profissionais participantes da pesquisa indicam o ultrassom para o rastreamento do CM, isoladamente ou em conjunto com a mamografia, sem que com isto se alcance diminuição da mortalidade pelo CM, mas sim gerando custos desnecessários ao SUS.

O entendimento de que a mamografia reduz a mortalidade, melhorando o prognóstico do CM, abrangeu a quase totalidade dos integrantes da pesquisa, semelhante ao relatado em estudo na Palestina, onde 89,6% dos profissionais percebem que a detecção precoce do CM é um benefício importante para seu manejo, e 84,4% consideram que a mamografia pode detectar o CM antes que seus sintomas apareçam. As percepções e comportamentos dos trabalhadores de saúde sobre a detecção precoce do CM são de vital importância para o exercício de uma prática adequada e pela influência que exercem sobre as mulheres. Tal fato fortalece a importância da conscientização destes profissionais²¹.

O conhecimento adequado do CM poderia ser mais bem trabalhado principalmente entre os grupos de profissionais com desempenho inferior a 70,0%, que são aqueles com faixa etária superior a 50 anos, tempo de trabalho naquela UBS menor que 1 ano e maior que 10 anos, com intuito de melhorar o controle do câncer de mama e alcançar aumento da cobertura da população-alvo.

Numa população, é importante a delimitação dos fatores de risco ao se ter como objetivo o planejamento de estratégias de rastreamento para diagnóstico precoce, com o intuito de estabelecer cuidados e seguimentos diferenciados àqueles grupos que apresentam risco elevado¹⁹. O conhecimento dos fatores de risco pelos profissionais possibilita também que estes direcionem ações às mulheres em função de seus riscos, revelados em seus hábitos de vida e no histórico pessoal e familiar, com intuito de empoderar estas mulheres para o autocuidado²².

O controle dos fatores de risco com estímulo à alimentação saudável, à manutenção da gordura corporal adequada, prática da atividade física regular, evitando ou reduzindo o consumo de bebidas alcoólicas, pode reduzir em até 28% o risco de a mulher desenvolver o câncer de mama, bem como outras doenças crônicas não transmissíveis relacionadas a esses fatores²³.

Estudo no Marrocos²⁴ e em Fortaleza²² apontaram o conhecimento acerca dos fatores de risco pelos profissionais de saúde como insuficiente ou inadequado. Na Arábia Saudita, cerca de 35% dos enfermeiros da atenção primária obtiveram menos que 50% da pontuação total sobre fatores de risco para CM²⁵. Nesse estudo, observou-se que somente 10% dos profissionais assinalaram corretamente todos os fatores de risco levantados. Os fatores implicados no aumento do risco para o CM dito modificáveis, relacionados ao estilo de vida e condutas dos indivíduos, uso de contraceptivos orais por mais de 5 anos, terapia de reposição hormonal, obesidade, sedentarismo e etilismo, tiveram índice de acerto elevado, similar a valores encontrado em pesquisa de Benevides²². O tabagismo foi citado por 92,6% dos participantes desta pesquisa, e pela maioria dos profissionais em pesquisas com profissionais da Atenção Primária de Saúde em Fortaleza²², São Paulo¹⁶ e Ribeirão Preto¹⁷ como fator de risco, entretanto, a maioria dos estudos não o considera fator de risco para CM e mostra não haver relação direta dele com o CM^{26,27}.

A menarca tardia e a menopausa precoce não são fatores de risco, conforme apontaram os profissionais pesquisados, e sim a menarca precoce e a menopausa tardia. Esses itens ocasionaram dúvidas entre os pesquisados, observando-se pequenas diferenças entre as respostas afirmativas e negativas. A menarca precoce e a menopausa tardia são marcadores de risco não modificáveis, resultantes de exposições hormonais endógenas prolongadas¹.

O conjunto dos fatores de risco hereditário para o CM foi apontado por somente 50,0% dos profissionais, com pior desempenho verificado em relação ao fator história de câncer de ovário pessoal ou familiar. Estudo na Geórgia, junto a profissionais da atenção primária,

observou também falha em reconhecer a história familiar e pessoal do câncer de ovário como fator de risco hereditário para o CM e de ovário²⁸. O risco hereditário está associado a mutações nos genes BRCA1 e BRCA2, e a identificação das mulheres com esse risco possibilitará o processo de decisão compartilhada entre o profissional e a usuária sobre a melhor conduta a seguir, considerando a ausência de recomendação padrão para o rastreo desse grupo⁴. Destaca-se, porém, que a avaliação genética e formas de prevenção específicas para mulheres de risco elevado são ainda pouco acessíveis no contexto brasileiro pela carência de serviços especializados. Verificou-se baixo índice de acerto sobre esse fator de risco, principalmente entre os profissionais mais jovens e com menor tempo de graduação em relação aos profissionais com mais de 50 anos e com tempo de graduação maior que 20 anos.

Somente 61,8% dos profissionais tiveram atitude adequada em relação ao controle do CM. Os profissionais que acusaram as diretrizes do MS na UBS obtiveram melhor desempenho, fortalecendo a importância da presença de material de apoio para consulta dos profissionais.

Dentre as atitudes adequadas, observou-se a busca ativa das mulheres que não retornaram com o resultado da mamografia. Entretanto, a falta de planejamento, de rotina, não ser protocolo das UBS, a dificuldade de controle sobre os pedidos de mamografia e os fluxos, sem registro de quando foi pedido o exame, retratam a realidade das dificuldades encontradas nas UBS, com serviço não estruturado e oportunístico, para a realização da busca ativa. A identificação das usuárias que não aderem ao rastreamento, no entanto, é mister, no sentido de empoderá-las do necessário autocuidado, através da realização dos exames preventivos e do diagnóstico precoce, do retorno imediato com os resultados, da manutenção da periodicidade adequada e ou tratamento, quando necessários, no intuito de minorar o desconhecimento da população sobre a importância da mamografia¹⁷. Essa desinformação foi percebida em estudos no Marrocos²⁴, Mossoró¹⁹ e México²⁹.

O rastreamento oportunístico, em vigor no país, atende à demanda espontânea dos serviços de saúde, sem uma sistematização das ações de rastreamento⁵, o que, além de ser menos efetivo no impacto sobre a mortalidade atribuída à condição rastreada, é mais oneroso para o sistema de saúde.

A implantação de um rastreamento organizado com busca ativa das mulheres se mostra importante ao se perseguir a meta nacional de ampliar a cobertura mamográfica em mulheres da população-alvo para 70% no ano de 2022³⁰, para impacto na mortalidade³¹. Além da cobertura, abaixo da meta, estimada em 60% segundo Pesquisa Nacional de Saúde³², ainda é preciso garantir o seguimento das mulheres rastreadas, bem como das diagnosticadas clinicamente, assegurando rapidez na confirmação diagnóstica e no início do tratamento⁴.

É necessária a busca da usuária pelos serviços para usufruírem das ações de controle e, para tanto, se pressupõe o esclarecimento das mulheres acerca da importância da realização do exame, seus riscos e benefícios, para decisão compartilhada sobre a realização deste entre profissional de saúde e a mulher. Essa decisão colaborativa e consensual, considerando tanto fatores científicos como individuais, é uma premissa ética que pode melhorar a adesão ao cuidado³³. Estudos evidenciam a falta de busca das usuárias pelos serviços quando da ausência de sinais e sintomas da doença³⁴ e a não devida valorização desses sinais e sintomas, com consequente atraso e piora no diagnóstico e prognóstico¹⁸, evidenciando problemas na prevenção primária e secundária do CM³⁵.

Em relação ao desfecho de prática adequada, foi alcançado por 78,4% dos profissionais, sem diferença significativa entre médicos e enfermeiros. Observou-se um desempenho melhor dos profissionais com maior tempo de graduação e daqueles com pós-graduação. Há, contudo, necessidade de melhor desempenho em relação ao conhecimento dos fatores de risco para maior eficácia desta prática.

Abordando outras práticas profissionais verificadas na pesquisa, pontua-se que 86,3% dos profissionais deste estudo orientam as mulheres sobre a importância do autoexame das mamas. O MS, substituindo a visão clássica do autoexame das mamas por uma abordagem mais ampliada, faz recomendação favorável fraca do maior conhecimento do próprio corpo como estratégia de conscientização, sem técnica específica, orientando procura pelo serviço ao se perceber modificações³⁶. Estudo randomizado chinês³⁷ e revisões sistemáticas de ensaios

clínicos analisadas pelo MS não encontraram redução da mortalidade por CM em função desta prática¹¹. Em relação ao exame clínico das mamas, acima de 90,0% dos profissionais realizam este exame clínico durante o exame preventivo, em caso de queixa específica feita pelas mulheres e quando por elas solicitados e para rastreamento. Contudo, há ausência de recomendação do MS para rastreamento, não se observando evidências sobre a eficácia deste procedimento na redução da mortalidade por CM^{9,11}. O exame clínico das mamas, no entanto, é uma ferramenta diagnóstica importante nos casos já sintomáticos da doença.

Verificou-se, no estudo, que somente cerca de um terço dos profissionais, com maior participação dos profissionais enfermeiros, realiza palestras coletivas e faz orientações através de rodas de conversa para as usuárias. Observou-se que a maioria (51,8%) dos profissionais estão naquela UBS há menos de 5 anos, e metade destes há menos de 1 ano. Este menor tempo de serviço pode ser reflexo de uma alta rotatividade profissional, situação essa que poderia dificultar a construção de vínculos essenciais a estas ações promotoras de saúde¹⁹. Observou-se em estudo realizado em uma UBS do município de Juiz de Fora, conhecimento muito precário das usuárias sobre o rastreamento do câncer de mama e a necessidade de ações de educação em saúde com intuito de melhorar a saúde das usuárias³⁸.

Salienta-se que a maioria dos profissionais do presente estudo relata não ter recebido capacitação sobre ações de rastreamento do CM nos últimos 3 anos. Estudo realizado no Nordeste brasileiro também destacou que a maior parte dos profissionais não recebeu capacitação profissional sobre esta temática, apontando inclusive desmotivação dos profissionais da ESF para atuar na prevenção e controle do câncer de mama¹⁹. Outro estudo desenvolvido no México ratifica a importância da capacitação, ao evidenciar em seus resultados que o número de respostas corretas aumentou em todas as áreas do conhecimento do exame da mama, à medida que as horas de treinamento dos profissionais no ano anterior aumentaram²⁹.

Cabe destacar que o crescente desenvolvimento tecnológico vem proporcionando variadas formas de acesso ao conhecimento, e estes vários espaços e meios distintos deveriam ser levados em conta no sentido de proverem aprimoramento teórico-prático, agregando conhecimentos e atitudes aos profissionais, podendo favorecer uma prática mais adequada e com maior excelência³⁹.

A falta de apoio e de investimento em uma educação permanente que propicie de maneira contínua e organizada a atualização aos profissionais, com material de apoio, inclusive as diretrizes do Ministério da Saúde, podem prejudicar a implementação das ações de prevenção e controle deste câncer. Cabe considerar ainda os custos adicionais ao sistema em razão de condutas inadequadas com indicações de exames desnecessários¹³.

Deve ser considerada no estudo uma limitação própria aos estudos transversais, as associações encontradas não podem ser afirmadas como causais.

CONCLUSÃO

Os profissionais da ESF apresentaram lacunas importantes no conhecimento sobre a prevenção e detecção precoce do câncer de mama, levando a atitudes e práticas que se distanciam das recomendações do MS, embasadas nas melhores evidências disponíveis. Essa situação pode ter como consequência uma menor eficiência das ações de prevenção e controle do câncer de mama. Reforça-se a necessidade da educação permanente dos profissionais, bem como a importância da implantação de um rastreamento organizado visando aprimorar, com esperado impacto positivo, os conhecimentos, as atitudes e as práticas, e consequentemente os indicadores de saúde relacionados à doença.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Breast cancer: prevention and control [Internet]. 2018 [citado em 2020 abr 28]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
2. Instituto Nacional do Câncer. Estatísticas de câncer [Internet]. 2018 [citado em 2020 abr 28]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>.

3. dos-Santos-Silva I. Políticas de controle do câncer de mama no Brasil: quais são os próximos passos? *Cad Saude Publica*. 2018;34(6):e00097018. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00097018>. PMID:29947658.
4. Migowski A, Stein AT, Ferreira CBT, Ferreira DMTP, Nadanovsky P. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. I - Métodos de elaboração. *Cad Saude Publica*. 2018;34(6):e00116317. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00116317>. PMID:29947660.
5. Stewart BW, Wild CP. *World Cancer Report 2014*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 13)
7. Marmot MG, Altman DG, Cameron DA, Dewar JA, Thompson SG, Wilcox M. The Independent UK Panel on Breast Cancer Screening: the benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Br J Cancer*. 2013;108(11):2205-40. <http://dx.doi.org/10.1038/bjc.2013.177>. PMID:23744281.
8. World Health Organization. *Cancer Control: Knowledge into Action: WHO Guide for Effective Programmes: Module 3: Early Detection*. Geneva: World Health Organization; 2007.
9. Instituto Nacional do Câncer. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil [Internet]. 2018 [citado em 2020 abr 28]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-para-deteccao-precoce-do-cancer-de-mama-no-brasil>
10. World Health Organization. *Cancer control: early detection. WHO guide for effective programmes*. 2017 [citado em 2020 abr 28]. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/global-breast-cancer-initiative>
11. Migowski A, Silva GAE, Dias MBK, Diz MDPE, Sant'Ana DR, Nadanovsky P. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II - Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. *Cad Saude Publica*. 2018;34(6):e00074817. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00074817>. PMID:29947654.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Brasil em Síntese* [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2019 [citado em 2020 abr 28]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/panorama>
13. Moraes DCD. Ações de rastreamento oportunístico do câncer de mama implementadas por enfermeiros da Atenção Básica de Saúde de Ribeirão Preto - SP (dissertação). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP; 2014. <http://dx.doi.org/10.11606/D.22.2014.tde-19022015-191242>.
14. Corrêa CSL, Pereira LC, Leite ICG, Fayer VA, Guerra MR, Bustamante-Teixeira MT, et al. Rastreamento do câncer de mama em Minas Gerais: avaliação a partir de dados dos sistemas de informações do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saude*. 2017;26(3):481-92. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742017000300006>. PMID:28977173.
15. Tomazelli JG, Migowski A, Ribeiro CM, Assis M, Abreu DM, Tomazelli JG, et al. Avaliação das ações de detecção precoce do câncer de mama no Brasil por meio de indicadores de processo: estudo descritivo com dados do Sismama, 2010-2011. *Epidemiol Serv Saude*. 2017;26(1):61-70. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742017000100007>. PMID:27901188.
16. Melo FBB, Marques CAV, Rosa AS, Figueiredo EN, Gutiérrez MGR. Actions of nurses in early detection of breast cancer. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(6):1119-28. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0155>. PMID:29160470.
17. Moraes DC, Almeida AM, Figueiredo EN, Loyola EAC, Panobianco MS, Moraes DC, et al. Opportunistic screening actions for breast cancer performed by nurses working in primary health care. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(1):14-21. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100002>. PMID:27007415.
18. Fonseca DCO, Silva FT, Santos NMG, Davim RMB. Ações na prevenção do exame de câncer de mama na consulta do enfermeiro. *Rev Enferm UFPE*. 2016;10(12):4563-71.
19. Jácome E M, 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*. 2011;57(2):189-98.
20. Rodrigues TB, Stavola BD, Bustamante-Teixeira MT, Guerra MR, Nogueira MC, Fayer VA, et al. Sobrerrastreio mamográfico: avaliação a partir de bases identificadas do Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA). *Cad Saude Publica*. 2019;35(1):e00049718. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00049718>. PMID:30652825.
21. Nazzal Z, Sholi H, Sholi S, Sholi M, Lahaseh R. Mammography screening uptake among female health care workers in primary health care centers in palestine - motivators and barriers. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016;17(5):2549-54. PMID:27268628.
22. Benevides JP. *Conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros no controle do câncer de mama na estratégia Saúde da Família* [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; 2016.

23. Instituto Nacional de Câncer. Sumário Executivo. Políticas e Ações para Prevenção do Câncer no Brasil. Alimentos, Nutrição e Atividade Física. Rio de Janeiro: INCA; 2009. 16 p.
24. Zine K, Nani S, Lahmadi IA, Maaroufi A. Awareness of breast cancer screening among general practitioners in Mohammedia (Morocco). *Pan Afr Med J*. 2016;24:243. PMID:27800098.
25. Yousuf SA, Al Amoudi SM, Nicolas W, Banjar HE, Salem SM. Do Saudi nurses in primary health care centres have breast cancer knowledge to promote breast cancer awareness? *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012;13(9):4459-64. <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2012.13.9.4459>. PMID:23167361.
26. Pimhanam C, Sangrajrang S, Ekpanyaskul C. Tobacco smoke exposure and breast cancer risk in Thai urban females. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(17):7407-11. <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.17.7407>. PMID:25227850.
27. Chen C, Huang YB, Liu XO, Gao Y, Dai HJ, Song FJ, et al. Active and passive smoking with breast cancer risk for Chinese females: a systematic review and meta-analysis. *Chin J Cancer*. 2014;33(6):306-16. <http://dx.doi.org/10.5732/cjc.013.10248>. PMID:24823992.
28. Nair N, Bellcross C, Haddad L, Martin M, Matthews R, Gabram-Mendola S, et al. Georgia primary care providers' knowledge of hereditary breast and ovarian cancer syndrome. *J Cancer Educ*. 2017;32(1):119-24. <http://dx.doi.org/10.1007/s13187-015-0950-9>. PMID:26637472.
29. Ortega-Olvera C, Torres-Mejía G, Sánchez-Zamorano LM, Ángeles-Llerenas A, Martínez-Matsushita L, Rojas-Martínez R, et al. Knowledge and recommendations regarding breast cancer early screening in an upper middle income country: primary and secondary health care professionals. *Prev Med*. 2016;86:147-52. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.02.041>. PMID:26944518.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Série B. Textos Básicos de Saúde; 2011; 104.
31. World Health Organization. Cancer Control: Knowledge into Action: WHO Guide for Effective Programmes: Module 3: Early Detection. Geneva: World Health Organization; 2007.
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde estilos de vida e doenças crônicas-Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
33. Migowski A, Dias MBK, Nadanovsky P, Silva GA, Sant'Ana DR, Stein AT. Guidelines for early detection of breast cancer in Brazil III Challenges for implementation. *Cad Saude Publica*. 2018;34(6):e00046317. PMID:29952397.
34. Lourenço TS, Mauad EC, Vieira RAC. Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(4):585-91. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000400018>. PMID:24008714.
35. Guerra MR, Silva GA, Nogueira MC, Leite ICG, Oliveira RVC, Cintra JRD, et al. Sobrevida por câncer de mama e iniquidade em saúde. *Cad Saude Publica*. 2015;31(8):1673-84. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00145214>. PMID:26375646.
36. Instituto Nacional do Câncer. Câncer de mama - versão para Profissionais de Saúde [Internet]. 2018 [citado em 2020 abr 28]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/mama/versao-para-profissionais-de-saude>
37. Thomas DB, Gao DL, Ray RM, Wang WW, Allison CJ, Chen FL, et al. Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results. *J Natl Cancer Inst*. 2002 Oct;94(19):1445-57. <http://dx.doi.org/10.1093/jnci/94.19.1445>. PMID:12359854.
38. Faria LV, Mascarenhas MS, Laurindo DC, Moraes LP, Nogueira MC. Conhecimentos e práticas de usuárias da atenção primária à saúde sobre o controle do câncer de mama. *HU Revista*. 2020;46:1-8. <http://dx.doi.org/10.34019/1982-8047.2020.v46.29607>.
39. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Comunic Saude Educ*. 2005 Feb;9(16):161-77. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013>.