

# Detecção precoce do câncer de mama: o direito da mulher à mamografia

## *Early detection of breast cancer: the right of a woman mammography*

Ana Gabriella Bastos Oliveira<sup>1</sup> • Flavia Fulgencio Farias<sup>2</sup> • Adilson da Costa Filho<sup>3</sup> • Márcia Ribeiro Braz<sup>4</sup> • Carlos Marcelo Balbino<sup>5</sup> • Zenith Rosa Silvino<sup>6</sup>

### RESUMO

O Ministério da Saúde publicou a Portaria 1.253, na qual prioriza a faixa etária dos 50 aos 69 anos para a realização do exame de mamografia de rastreamento para detecção precoce do câncer de mama. O estudo **objetiva** apontar o número de mamografias com BI-RADS sugestivos de câncer de mama, em mulheres valencianas que estão fora da faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde e suscitar a discussão na atenção básica. **Método:** A abordagem metodológica utilizada foi documental, exploratória, retrospectiva e de abordagem quantitativa. As informações analisadas foram: faixa etária, ano de realização do exame, categorização BI-RADS. Os **resultados** apontam para um número significativo de mulheres valencianas que realizaram mamografia de rastreamento, predominando a categoria BI-RADS<sup>®</sup> 4, entre os anos de 2009 e 2014, e se encontravam fora da faixa etária preconizada pelo MS. **Conclusões:** Os resultados deste estudo poderão contribuir para sanar as dificuldades quanto à inclusão de informações necessárias para um bom funcionamento do sistema, bem como para a conscientização dos profissionais que o abastecem além de auxiliar no direcionamento das políticas públicas e recursos para a região.

**Palavras-chave:** Câncer de mama; Detecção precoce; Políticas de Saúde, BI-RADS.

### ABSTRACT

The Ministry of Health published the Decree 1,253, which prioritizes the age range of 50 to 69 years for the completion of the examination of screening mammography for early detection of breast cancer. The study aims at pointing out the number of mammograms with BI-RADS suggestive of breast cancer in women valencian, which are outside the age range recommended by the Ministry of Health and to stimulate the discussion on basic care. **Method:** The methodological approach used was documentary, exploratory, retrospective and quantitative approach. The information analyzed were: age, year of completion of the examination, categorization BI-RADS. The results point to a significant number of Valencian women who underwent screening mammography, predominantly of the BI-RADS<sup>®</sup> category 4, between the years of 2009 and 2014, and they were outside the age range recommended by MS. **Conclusions:** The results of this study may help to remedy the difficulties regarding the inclusion of information necessary for a proper functioning of the system, as well as to raise the awareness of professionals that the supply, as well as to help in the channeling of public policies and resources for the region.

**Keywords:** Breast cancer; Early detection; Health policies, BI-RADS.

### NOTA

<sup>1</sup> Enfermeira, Egressa do Curso de Enfermagem do Centro de Ensino Superior de Valença. E-mail: gabriellabastos@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira, Egressa do Curso de Enfermagem do Centro de Ensino Superior de Valença. E-mail: Flavinha\_fib@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Biólogo, Mestre, Doutor e Pós-doutorado em Química Biológica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Professor e Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Iguazu - UNIG. E-mail: adilson\_filho@yahoo.com.br

<sup>4</sup> Enfermeira. Especialista em Enfermagem Intensivista pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Doutorado em Enfermagem pela UFRJ/EEAN. Professora e Coordenadora do curso de Enfermagem do Centro de Ensino Superior de Valença (CESVA/FAA). Coordenadora na cidade do Rio de Janeiro do programa da Rede Universitária de Telemedicina RUTE/SIG Enfermagem Intensivista e de Alta Complexidade. E-mail: marciabraz2009@gmail.com

<sup>5</sup> Enfermeiro. Especialista em Docência de Ensino Superior e Profissional – FSJT/FASF. Mestre em Enfermagem, Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial, Universidade Federal Fluminense/MPEA/UFF. Professor da Universidade Severino Sombra – USS; Centro de Ensino Superior de Valença CESVA/FAA – Faculdade de Enfermagem de Valença. Professor da FAETEC. Volta Redonda. Rio de Janeiro. Telefone: (24) 99918-3696. E-mail: carlosmbalbino@hotmail.com

<sup>6</sup> Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Mestre em Direito do Estado, Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial, Universidade Federal Fluminense/MPEA/UFF. E-mail: zenithrosa@terra.com.br

## INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma doença cruel e silenciosa que atormenta muitas mulheres no Brasil e no mundo. Para a maioria da população feminina, retrata a mutilação e a morte. Sem dúvida que este temor faz todo sentido, pois o câncer de mama é o segundo tipo mais comum em número de casos no Brasil, só perdendo para o de pele. Somente neste ano, o câncer de mama terá cerca de 60 mil novos casos, um aumento de 15% em comparação ao ano passado, segundo o Governo Federal<sup>1</sup>.

O crescimento da incidência de câncer de mama na pré-menopausa, em mulheres brasileiras, representa a necessidade de um acompanhamento da doença dessas mulheres<sup>2</sup>, cabendo aos profissionais de saúde à importância da realização do diagnóstico precoce, controle da exposição aos fatores de risco conhecidos, adotar precaução, e outros. Ao monitorar a incidência de câncer de mama em mulheres com menos de 50 anos de idade em séries maiores e em outras cidades, também pode ser possível para confirmar ou refutar as mudanças epidemiológicas que aparentemente estão ocorrendo na distribuição dessa neoplasia em mulheres jovens brasileiras.

Os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama são: envelhecimento, fatores relacionados à vida reprodutiva da mulher, história familiar de câncer de mama, consumo de álcool, excesso de peso, sedentarismo, exposição à radiação ionizante e alta densidade do tecido mamário<sup>3</sup>. As características reprodutivas de risco se dão porque a doença é estrogênio-dependente e compreende a menarca precoce (aos 11 anos ou menos), a menopausa tardia (aos 55 anos ou mais), a primeira gestação após os 30 anos e a nuliparidade<sup>4</sup>. A influência da amamentação, do uso de contraceptivos e da terapia de reposição hormonal (TRH) após a menopausa ainda são controversas<sup>5</sup>. Estima-se também que por meio da alimentação, nutrição e atividade física é possível reduzir em até 28% o risco de a mulher desenvolver câncer de mama<sup>1</sup>.

O controle do câncer de mama se dá através da detecção precoce, na qual a lesão se restringe ao parênquima mamário, com um tamanho de no máximo três centímetros, permitindo o uso de recursos terapêuticos menos mutiladores e maior possibilidade de cura<sup>6</sup>. Os meios mais eficazes para a detecção precoce de câncer de mama são o exame clínico de mamas (ECM) e a mamografia<sup>5</sup>. Já o autoexame de mamas (AEM), não é mais indicado, pois detecta a doença geralmente em estágio avançado, sendo responsável por cerca de 80% das descobertas tardias de cânceres de mama<sup>7</sup>. Foram encontrados indicadores de despreparo do sistema de saúde para o diagnóstico precoce e para adoção de condutas eficazes, os indicadores confirmam as dificuldades que as mulheres vêm tendo para realizar o autoexame que possibilitem melhores prognósticos<sup>8</sup>.

O diagnóstico inicia-se na anamnese detalhada e no exame clínico das mamas, que deve ser realizado

anualmente, fazendo parte do exame físico e ginecológico, esse diagnóstico constitui a base para a solicitação dos exames complementares. É necessário a realização a inspeção estática e dinâmica, palpação das axilas e palpação da mama com a paciente em decúbito dorsal<sup>6</sup>.

Em caso de lesões palpáveis, a ultrassonografia é o método de escolha para avaliação por imagem das lesões palpáveis, em mulheres com menos de 35 anos. Naquelas com idade igual ou superior a 35 anos, a mamografia é o método de eleição. Se houver lesões suspeitas, deve-se buscar a confirmação do diagnóstico, que pode ser citológico, por meio de punção aspirativa por agulha fina (PAAF), ou histológico, quando o material for obtido por punção, utilizando-se agulha grossa (PAG) ou biópsia cirúrgica convencional<sup>6</sup>.

Em lesões não palpáveis, a proposta que o INCA segue é do sistema BI-RADS™ (Breast Imaging Reporting and Data System), publicado pelo Colégio Americano de Radiologia (ACR) e recomendada pelo Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR), em reunião de Consenso em 1998. O BI-RADS™ tem como objetivo sistematizar o laudo médico, padronizar os achados de exames de imagem, estabelecer uma categoria para os achados e sugerir condutas para essa categoria. A ACR, em sua última edição, em 2003, acrescentou a padronização dos achados, antes todas voltadas para mamografias, para ultrassonografia e ressonância magnética das mamas<sup>9</sup>.

O controle do câncer de mama caracteriza-se como prioridade nas políticas públicas de saúde do Brasil. Para tanto, o Ministério da Saúde instituiu em 2008, o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA), um subsistema do sistema de faturamento do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual as informações coletadas servem para o faturamento dos serviços de mamografia, citopatologia e histopatologia e para o gerenciamento das ações de rastreamento do câncer de mama pelas coordenações municipais, regionais e estaduais do programa<sup>10</sup>. Este registro, ainda, se faz importante para um bom gerenciamento e direcionamento de recursos para regiões onde há maiores incidências do câncer.

O Ministério da Saúde destaca que para o sucesso dessas ações, ou seja, a redução de 20 a 30% da mortalidade por câncer de mama, é fundamental que o programa atinja uma boa cobertura da população feminina, através de exames de rastreamento e diagnóstico de qualidade, com garantia de acesso ao tratamento<sup>11</sup>.

O que nos motivou a estudar esta temática foi o retrocesso que aconteceu na Saúde da Mulher no ano de 2013. Após um grande avanço nesta área, quando a Lei Federal nº 11.664 de abril de 2008 assegurou a prevenção, detecção e o tratamento dos cânceres de mama e de colo de útero, garantindo a realização de exame mamográfico a todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade<sup>1</sup>. Cinco anos depois, no dia 12 de novembro de 2013, o Ministério da Saúde (MS) publicou, no Diário Oficial da União (DOU), a Portaria 1.253, que limita a realização de mamografias

pelo SUS, priorizando a faixa etária dos 50 aos 69 anos para a realização da mamografia para detecção precoce do câncer de mama, configurando o retrocesso na saúde da mulher brasileira.

A Portaria em questão restringe o repasse de verbas da União aos municípios para o exame de mamografia de rastreamento, indicada para diagnóstico precoce em mulheres assintomáticas, privilegiando apenas a faixa etária de mulheres de 50 a 69 anos para a realização deste exame. O texto contraria a Lei 11.664/2008, que determina a garantia de acesso a diagnóstico e tratamento para mulheres a partir dos 40 anos de idade na rede pública de saúde<sup>12</sup>.

O Ministério da Saúde justifica esta mudança afirmando que a partir dos 50 anos o tecido mamário é substituído pela gordura e por isso a visualização de um possível tumor se torna mais clara. A exclusão das mulheres de até 49 anos de realizarem mamografia diagnóstica no SUS, nada mais é do que um retrocesso social<sup>13</sup>. Dados do Atlas da Mortalidade de Mortalidade por Câncer apontam que, em 2011, considerando a faixa etária entre 40 e 49 anos, 8.844 mulheres morreram de câncer de mama. Isso equivale a um percentual de 10,7% em relação a todas as mortes de mulheres por câncer naquele ano<sup>12</sup>.

Para o presidente da Sociedade Brasileira de Mastologia Freitas Júnior, a idade ideal para o início do trabalho preventivo, via mamografia é 40 anos. Vários são os fatores que contribuem para essa conclusão, um deles é o próprio estilo de vida estressante atual, alimentação, entre outros que contribuem para a manifestação da doença cada vez mais cedo<sup>1</sup>.

Mesmo sendo considerado infrequente, o câncer de mama em mulheres com menos de 40 anos deve ser destacado, pois estudos mostram que pode chegar a 6,5% nessa faixa de idade, com taxa de mortalidade mais elevada (46,9%) que nas pacientes entre 40 e 50 anos (26,9%)<sup>14</sup>. Com essa relevância, o diagnóstico necessita de um alto índice de suspeição clínica e faz que as práticas preventivas sejam valorizadas entre todas as mulheres em idade fértil - o rastreamento oportunístico do câncer de mama se trata de uma estratégia relevante na abordagem às mulheres que procuram espontaneamente os serviços de saúde por motivos diversos<sup>16</sup>.

A cada ano que passa o número de óbitos vem aumentando de forma considerável, essa problemática nos reportou a população feminina residente na cidade de Valença, município localizado na região Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro. No município de Valença, no ano de 2010, um total de dezoito mulheres apresentaram BI-RADS™ 4 (sugestivo de malignidade) necessitando de atenção direcionada e especializada neste município<sup>16</sup>. Nesse sentido, ao refletirmos sobre o câncer de mama no município de Valença, surgiram as seguintes questões: quantas mulheres fora da faixa etária preconizada pelo MS (com menos de 49 e acima de 69 anos de idade), residentes no município de Valença/RJ, apresentaram BI-RADS™ sugestivos de câncer de mama nos últimos cinco anos?

Para responder esta questão o estudo objetiva apontar o número de mamografias com BI-RADS™ sugestivos de câncer de mama, em mulheres valencianas que estão fora da faixa etária de risco preconizada pelo Ministério da Saúde e, suscitar a discussão na atenção básica desse município acerca desta problemática.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo de avaliação da cobertura das ações de rastreamento do câncer de mama no Município de Valença, localizado na Região Sul Fluminense, do Estado do Rio de Janeiro, distante 160 km do município do Rio de Janeiro. Valença possui gestão plena de sistema de saúde, população de 71.894 habitantes, entre os quais 34.474 são do sexo masculino e 37.420 do feminino, dessas, 2.807 mulheres estão na faixa etária de 45 a 49 anos de idade<sup>17</sup>. O município é dotado de catorze unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com cobertura de 100% da população, e de um Hospital Escola com serviço de média complexidade estruturado para a realização dos procedimentos clínicos, cirúrgicos e com finalidade diagnóstica. Os casos de câncer diagnosticados são tratados em centros de referência localizados fora do município.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Valença (CEP-FMV) sob o número CAAE: 34165114.2.0000.5246, Número do Parecer: 766.956.

As informações referentes aos exames mamográficos feitos entre 2009 e 2014 foram colhidas do banco de dados do Centro de Atenção à Saúde da Mulher, que é a única referência da região para os procedimentos diagnósticos do câncer de mama. Os laudos mamográficos foram emitidos de acordo com o sistema BI-RADS® e, de 2009 a 2011, os dados foram coletados de uma Clínica de Mamografia localizada em Valença, devidamente credenciada e capacitada pelo SUS, usando o SISMAMA de 2009 até 2011.

As variáveis analisadas dos resultados mamográficos foram: faixa etária de 40 a 79 anos, ano de realização do exame e categorização BI-RADS, sendo os laudos de interesse para este estudo os classificados nas categorias: 4 - achados suspeitos, 5 - achados altamente suspeitos e 6 - quando uma paciente que já se sabe ser portadora de um câncer faz outro exame de imagem (mamografia, ultrassom ou ressonância) e nesse exame aparece o câncer já conhecido e mais nada. A coleta ocorreu no espaço temporal de janeiro de 2009 a setembro de 2014. Para o tratamento dos dados empregou-se estatística descritiva com análise de frequência para dados categorizados, a fim de verificar prevalências e foram discutidos sob a luz de literatura pertinente à temática.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O SISMAMA foi implantado no município de Valença em junho de 2009. Inicialmente, foi realizada uma consulta

aos arquivos públicos do SISMAMA, o enfoque do estudo foi o município de Valença.

A distribuição dos exames de rastreamento e diagnóstico registrados por ano no município de Valença está apresentada na Tabela 1. Apesar de as mamografias de diagnóstico terem sido realizadas durante todo o período analisado, houve uma maior prevalência de realização no ano de 2010, com 4.479 mamografias realizadas. Os dados do SISMAMA compreendem o período de 2009 a 2013.

**Tabela 1.** Quantidade de exames de mamografias por ano – município de Valença, RJ, Brasil, 2014.

	Ano				
	2009	2010	2011	2012	2013
Quantidade	449	4.479	2.517	1.227	824
			Total Geral		9.496

Fonte: SISMAMA

Os pesquisadores buscaram entender o motivo do decréscimo do número de mamografias realizadas no município. Para tanto procuraram a Casa de Saúde da Mulher que é responsável por alimentar com os dados de Valença, o SISMAMA. Uma funcionária administrativa responsável por alimentar o sistema informou que em 2009 as mamografias do município eram pagas pelo SUS, por planos de saúde e algumas particulares. Todas realizadas por uma clínica particular de imagem localizada em Valença. Em 2010 houve um convênio entre a Prefeitura de Valença e a referida clínica, tal fato, pode justificar 4.479 mamografias realizadas neste ano. No ano de 2011, chega para o município um tomógrafo, que vai para o Hospital Escola Luiz Giuseffi Jannuzzi (HELGI). Então, as mamografias do SUS passam a ser realizadas pelo HELGI e os dados são direcionados à Casa de Saúde da Mulher para a alimentação do SISMAMA.

Aparentemente, com tantas mudanças, muitos dos dados se perderam, o que pode ter afetado a alimentação do SISMAMA que é, sem dúvida, um projeto que proporciona maior agilidade no processamento das informações necessárias ao planejamento de ações em saúde e um melhor direcionamento de recursos nessa área<sup>18</sup>. Entretanto, em razão do pouco tempo de treinamento, o Sistema ainda é subutilizado pelos profissionais envolvidos necessitando de um efetivo treinamento e incentivo para a utilização adequada; nem todos conhecem seu funcionamento e a importância do preenchimento com a maior exatidão possível de dados para evitar a inclusão de dados antagônicos<sup>10</sup>.

A redução no percentual de realização de mamografias no município de Valença pode estar relacionada ao tempo de espera para a realização do exame levando ao absenteísmo, problema esse, também enfrentado em outros municípios da região, e à redução de recursos financeiros disponibilizados para este fim. Outro fator que

possivelmente pode comprometer estes dados é o baixo nível de registro dos resultados e acompanhamento de mamografias, diminuindo o percentual quando comparado aos dados nacionais e estaduais.

O preenchimento incorreto do SISMAMA acarreta ao município de Valença prejuízo no repasse de verbas para a detecção precoce do câncer de mama. O SISMAMA foi implantado com o objetivo de padronizar os laudos e evitar desvios nas interpretações mamográficas e por isso adota o BI-RADS, tornando o repasse de dados do SUS para o Ministério da Saúde mais rápido, fácil e fidedigno<sup>10</sup>. Os autores prosseguem afirmando que é importante analisar e documentar eventuais ocorrências que possam prejudicar esse repasse, não só ajustar as características do próprio sistema, mas também o preenchimento incorreto ou o não preenchimento dos dados por parte dos profissionais envolvidos.

Entre janeiro de 2009 a setembro de 2014, setenta e cinco (75) mamografias de mulheres valencianas apresentaram laudos com alterações no BI-RADS™. Dessas, 62 (82,6%) foram classificadas como BI-RADS™ 4 (achados suspeitos); outros 11 (14,6%) como BI-RADS™ 5 (achados altamente suspeitos) e 2 (2,6%) com BI-RADS™ 6 (acompanhamento de câncer de mama já confirmado). Os resultados obtidos estão sumarizados na Tabela 2.

O BI-RADS é um sistema que expressa os achados mamográficos em categorias e propõe condutas clínicas de acordo com sua categorização. Foi criado pelo *American College of Radiology*, com o objetivo de minimizar as diferenças de condutas inerentes à variabilidade (ou discordância) dos observadores<sup>18</sup>.

No Brasil, o diagnóstico do câncer de mama ocorre quando a doença já se encontra em estádios avançados. Em estudo realizado no Rio de Janeiro, o câncer de mama foi diagnosticado em fase avançada (estádios clínicos II, III e IV) em 51% dos casos analisados; entretanto, apenas 19,2% dos casos assintomáticos, em que a lesão foi detectada por mamografia, apresentavam-se em estágio avançado<sup>19</sup>. Uma síntese de nove estudos brasileiros baseados em séries de casos hospitalares ou registros de câncer de base populacional, realizados entre 1993 e 2007, mostrou que 45,4% (valor mediano) dos 3.352 casos de câncer de mama estudados encontravam-se em estágio avançado (III ou IV) no momento do diagnóstico<sup>20</sup>. Há duas décadas, a situação era ainda mais crítica, quando 60 a 70% das mulheres eram diagnosticadas tardiamente, as possibilidades de cura eram menores e a retirada total da mama se apresentava, muitas vezes, como a única opção de tratamento<sup>21</sup>.

Realizar mamografias na população em geral é de suma importância, no entanto é imprescindível que o governo obtenha métodos para atuar sobre as anomalias encontradas no exame, reduzindo a progressão da neoplasia para estágios mais avançados<sup>22</sup>. O retardamento no diagnóstico e na instituição de terapêutica adequada para o câncer de mama é um dos principais motivos para o índice de mortalidade<sup>20</sup>.

**Tabela 2:** Número de laudos mamográficos anuais por faixa etária e BI-RADS™. Valença, RJ, Brasil, 2014.

Ano	Faixa etária	BI-RADS™ 4	BI-RADS™ 5	BI-RADS™ 6	Totais
2009	40 a 49 anos	3	0	1	4
	50 a 59 anos	2	0	0	2
	60 a 69anos	4	2	0	6
	70 a 79 anos	2	3	0	5
2010	40 a 49 anos	2	1	0	3
	50 a 59 anos	1	1	0	2
	60 a 69 anos	6	1	0	7
	70 a 79 anos	2	0	0	2
2011	40 a 49 anos	2	0	0	2
	50 a 59 anos	3	0	0	3
	60 a 69 anos	5	0	0	5
	70 a 79 anos	3	2	0	5
2012	40 a 49 anos	1	0	0	1
	50 a 59 anos	2	0	0	2
	60 a 69 anos	5	0	0	5
	70 a 79 anos	1	0	1	2
2013	40 a 49 anos	3	0	0	3
	50 a 59 anos	1	1	0	2
	60 a 69 anos	3	0	0	3
	70 a 79 anos	5	0	0	5
2014	40 a 49 anos	3	0	0	3
	50 a 59 anos	1	0	0	1
	60 a 69 anos	1	0	0	1
	70 a 79 anos	1	0	0	1
	Totais	62 (82,7%)	11 (14,7%)	2 (2,6%)	75

BI-RADS™ 4 – Suspeito, BI-RADS™ 5 – Altamente Suspeito, BI-RADS™ 6 – Diagnóstico Confirmado

Dos 75 laudos mamográficos pesquisados, com BI-RADS sugestivos de câncer de mama, 36 deles (48%) eram de mulheres que não se encontram na faixa etária preconizada pelo MS, enquanto que 39 (52%) destes laudos são de mulheres que se encontram na faixa etária. Tal diferença deve ser discutida e trabalhada no município em questão. A Figura 1 mostra estes dados distribuídos anualmente.

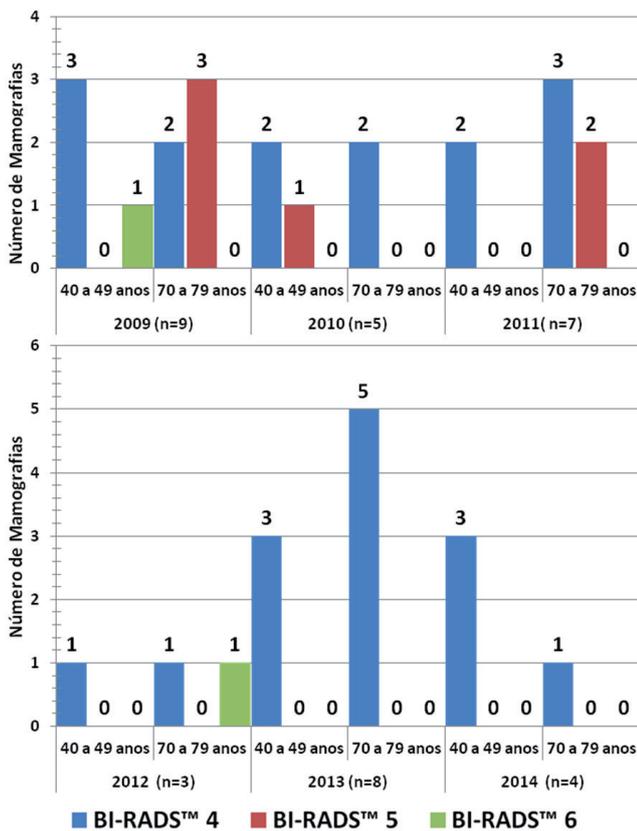
Nossos dados vão ao encontro com dados que dizem que a epidemiologia vem sofrendo alteração com relação à idade de mulheres sugestivas a câncer de mama, e que a cada ano mulheres mais jovens tem a possibilidade de desenvolverem a doença<sup>2</sup>.

Quando o Ministério da Saúde (MS) publicou, no Diário Oficial da União (DOU), a Portaria 1.253 que limita a realização de mamografias pelo Sistema Único de Saúde (SUS), priorizando a faixa etária dos 50 aos 69 anos para a realização do exame de mamografia como forma de rastreamento a nível populacional, ele dificultou o acesso das mulheres de outras faixas etárias a realização do exame com a mesma finalidade, pois possivelmente se apoiam em

dados e estatísticas que revelam que o envelhecimento está ligado ao aumento da incidência de câncer devido a diversas alterações fisiológicas relacionadas à idade, que determinam conjuntamente alterações moleculares e outros fatores, associados à insuficiência e desregulação do sistema imunológico, tornando o idoso um ser favorável a proliferação celular e provocando o aparecimento de câncer<sup>23</sup>.

O estudo comprova o grande número de mulheres que tem a mesma probabilidade de desenvolvimento do câncer, quando comparadas à faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde, de forma que Portaria 1.253, que limita a realização de mamografias pelo Sistema Único de Saúde (SUS), priorizando a faixa etária dos 50 aos 69 anos para a realização do exame de mamografia como forma de rastreamento a nível populacional, configurada a exclusão dessas mulheres, pois, diminuindo as chances das mulheres residentes no município à um bom prognóstico.

Ainda, cabe ressaltar que existe uma peculiaridade no número de mamografias com alteração de BI-RADS™, quando comparados os resultados das redes pública e



**Figura 1:** Número de laudos mamográficos anuais por faixa etária e BI-RADS™. Valença, RJ, Brasil, 2014.

Colunas azuis BI-RADS™ 4, colunas vermelhas BI-RADS™ 5 e colunas verdes BI-RADS™ 6

privada. O número de mamografias realizado na rede privada é menor, porém, a faixa etária com BI-RADS™ sugestivos a malignidade é maior a partir dos 60 anos, o que não acontece na rede pública, onde as alterações aparecem em exames de mulheres mais jovens, com menos de 50 anos.

Os resultados do presente estudo apontam para um número significativo de mulheres valencianas que realizaram mamografia de rastreamento, predominando a categoria BI-RADS® 4, entre os anos de 2009 e 2014, se encontravam fora da faixa etária preconizada pelo MS.

## CONCLUSÕES

Concluimos que estratégias são necessárias para aumentar a efetividade do sistema, principalmente em relação aos índices de omissões e sub-informações constatadas na pesquisa. Com isso, vale ressaltar que, esse estudo pode contribuir na formação dos futuros profissionais de enfermagem, tendo em vista a importância do profissional enfermeiro na execução do SISMAMA, gerenciando ações preventivas, identificando a população mais vulnerável ao câncer de mama, conduzindo ao rastreamento, comprovação diagnóstica e tratamento.

Também se faz necessário ajuste no Sistema e, mais ainda, que se preparem os profissionais que irão lidar

com ele. O que se pretende, na verdade, é conseguir prever algumas situações relativamente recorrentes para que se possa aprimorar um Sistema com informações tecnicamente mais precisas.

Vale destacar que essa região ainda é carente de estudos epidemiológicos sobre o câncer de mama. Com isso, os resultados deste estudo irão contribuir para sanar as dificuldades quanto à inclusão de informações necessárias para um bom funcionamento do sistema, bem como para a conscientização dos profissionais que o abastecem além de auxiliar no direcionamento das políticas públicas e recursos para a região.

## REFERÊNCIAS

- 1 - Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM). A Sociedade Brasileira de Mastologia lança esta semana o movimento mamografia a partir dos 40. Rio de Janeiro; 2014. [Acesso em 17 nov 2014]. Disponível em: <http://www.sbmastologia.com.br/index/index.php/sala-de-imprensa/-releases-/351-sbm-lanca-movimento-mamografia-a-partir-dos-40>.
- 2 - Santos SS, Melo LR, Koifman RJ, Koifman S. Incidência e mortalidade por câncer de mama em mulheres menores de 50 anos no Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2013; 29(11): 2230-2240.
- 3 - Instituto Nacional do Câncer. Estimativa, incidência de câncer no Brasil, 2014. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>.
- 4 - Cantinelli FS, Camacho RS, Smaletz O, Gonsales BK, Braguittoni E, Rennó Jr. J. A oncopsiquiatria no câncer de mama: considerações a respeito de questões do feminino. Rev. Psiq. Clín. 2006; 33 (3): 124-133.
- 5 - Silva PA, Riul SS. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. Rev. bras. enferm. 2011; 64 (6): 1016-1021.
- 6 - Carvalho DC, Miziara RC, Loschi SAC, Costa IR. A importância da detecção precoce frente ao desafio do câncer de mama. [Trabalho de conclusão de curso]. Barbacena: Universidade Presidente Antônio Carlos; 2014.
- 7 - Ministério da Saúde. Ações de enfermagem para o controle do câncer. Rio de Janeiro; 2008.
- 8 - Rosa LM, Radüz V. Do sintoma ao tratamento adjuvante da mulher com câncer de mama. Texto & Contexto- Enfermagem. 2013; 22 (3).
- 9 - Silva PA, Riul SS. Câncer de mama: fatores de risco detecção precoce. Revista Brasileira de Enfermagem. 2011; 64 (6).
- 10 - Santos SBL, Koch HA. Análise do Sistema de Informação do Programa de Controle do Câncer de Mama (SISMAMA) mediante avaliação de 1.000 exames nas cidades de Barra Mansa e Volta Redonda. Radiol Bras.. 2010; 43 (5).
- 11 - Ronchi S, Costa LD, Perondi AR, Bortoloti DS, Evellyn WC. Prevalência de alterações mamárias em Mulheres atendidas em UM município do Estado do Paraná. Rev. Gaúcha Enferm. 2014; 35 (2): 113-120.
- 12 - Federação Brasileira de instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA). Portaria limita o acesso ao rastreamento do câncer de mama. Porto alegre; 2013. [Acesso em 19 mar 2014]. Disponível em: <http://www.femama.org.br/novo/noticias-detalle.php?menu=not&id=287>.

- 13 - Pietschmann RC. A Portaria nº 1.253/2013, que reduz o acesso as mulheres de se precaverem ao câncer de mama, fere o Princípio Constitucional da Proibição do Retrocesso. JusBrasil. 2013. Disponível em: < <http://rcpietschmann.jusbrasil.com.br/artigos/112765016/a-portaria-n-1253-2013-que-reduz-o-acesso-as-mulheres-de-se-precaverem-ao-cancer-de-mama-fere-o-principio-constitucional-da-proibicao-do-retrocesso>>. Acesso em 19/03/2014.
- 14 - 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. 2011; 27(7): 1433-1439.
- 15 - Ministério da Saúde. Rastreamento. Brasília; 2010. [Acesso em 25 set 2015]. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_primaria\\_29\\_rastreamento.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf).
- 16 - Braz MR, Oliveira LLS, Paiva P, Santo JE, Bueno PMH. Câncer de mama: Trajetória da mulher valenciana a partir de uma suspeita. Cad.Unifoa, 2013. Disponível em <http://web.unifoa.edu.br/cadernos/ojs/index.php/cadernos/article/view/53>. Acesso em 10/11/2014.
- 17 - Ministério do Trabalho e Emprego. Relação Anual de Informações Sociais – RAIS 2010. Brasília; 2011.
- 18 - Rodrigues DCN, Freitas-Junior R, Corrêa RS, Peixoto JE, Tomazelli JG, Rahal RMS. Avaliação do desempenho dos centros de diagnóstico na classificação dos laudos mamográficos em rastreamento oportunista do Sistema Único de Saúde (SUS). Radiol Bras. 2013; 46(3): 149-155.
- 19 - Barreto ASB, Mendes MFM, Thuler LCS. Avaliação de uma estratégia para ampliar a adesão ao rastreamento do câncer de mama no Nordeste brasileiro. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2012; 34(2): 86-91.
- 20 - Rezende MCR. Causas do diagnóstico tardio no câncer de mama. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010.
- 21 - Martins E, Freitas-Junior R, Curado MP, Freitas NMA, Oliveira JC, Silva CMB. Evolução temporal dos estádios do câncer de mama ao diagnóstico em um registro de base populacional no Brasil central. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009; 31 (5): 219-23.
- 22 - Trufelli DC, Miranda VC, Santos MBB, Fraile NMP, Pecoroni PG, Gonzaga SFR, Riechelmann R, Kaliks R, Giglio AD. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. Rev Assoc Med Bras. 2008; 54 (1): 72-6.
- 23 - Rodrigues L, Silva OS, Oliveira MLC, Moraes F, Gomes L.. Rastreamento do câncer do colo uterino na população idosa: um estudo nas regiões geográficas do Brasil. Revista enfermagem atual in derme. 2014; 70 (8).