



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Universidade Federal de São Paulo
Brasil

de Souza Teixeira, Michele; Erlach Goldman, Rosely; Sanches Gonçalves, Valterli
Conceição; Rivero de Gutiérrez, Maria Gaby; Níglio de Figueiredo, Elisabeth
Atuação do enfermeiro da Atenção Primária no controle do câncer de mama
Acta Paulista de Enfermagem, vol. 30, núm. 1, enero-febrero, 2017, pp. 1-7
Universidade Federal de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307050739002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Atuação do enfermeiro da Atenção Primária no controle do câncer de mama

Primary care nurses' role in the control of breast cancer

Michele de Souza Teixeira¹

Rosely Erlach Goldman¹

Valterli Conceição Sanches Gonçalves¹

Maria Gaby Rivero de Gutiérrez¹

Elisabeth Níglio de Figueiredo¹

Descritores

Enfermagem de atenção primária;
Neoplasias da mama; Programas de
rastreamento; Enfermagem oncológica;
Questionários

Keywords

Primary care nursing; Breast
neoplasms; Mass screening; Oncology
nursing; Questionnaires

Submetido

6 de Julho de 2016

Aceito

8 de Março de 2017

Resumo

Objetivo: Analisar as ações realizadas por enfermeiros da Atenção Primária em Saúde para rastreamento oportunístico do câncer de mama, tendo como parâmetro a proposta do Ministério da Saúde.

Métodos: Estudo descritivo, transversal, realizado com 70 enfermeiros, com auxílio de questionário validado, elaborado segundo as ações determinadas pelo programa de controle de câncer de mama do Brasil.

Resultados: 97,1% dos enfermeiros realizavam exame clínico das mamas, 88,6% indicaram a mamografia anualmente e 75,7% orientaram o primeiro exame a partir dos 40 anos e 52,9% promoviam reuniões educativas. Entretanto, a orientação sobre faixa etária e intervalo de tempo para mamografia e exame clínico das mamas, bem como busca ativa de mulheres faltosas não apresentavam conformidade com o preconizado.

Conclusão: Os enfermeiros têm realizado ações para o controle do câncer de mama, mas existem algumas não conformidades entre as ações executadas e as propostas do Ministério da Saúde para o rastreamento desta neoplasia.

Abstract

Objective: To analyze actions performed by primary care nurses for opportunistic breast cancer screening based on the parameter proposed by the Brazilian Ministry of Health.

Methods: This descriptive, cross-sectional study included 70 nurses. We used a validated questionnaire elaborated according to actions determined by the Brazilian program for control of breast cancer.

Results: 97.1% of nurses referred patients for clinical breast exam, 88.6% indicated mammography annually and 75.7% guided patients to perform the first mammography exam starting at age 40 years, and 52.9% promoted educational meetings. However, guidance on age range and time interval for mammography and clinical breast exam, as well as an active search for women who did not show up, was not in agreement with parameters established by the Brazilian Ministry of Health.

Conclusion: Nurses have conducted actions for the control of breast cancer, but some nonconformities exist between executed actions and actions proposed by the Brazilian Ministry of Health for cancer screening.

Autor correspondente

Michele de Souza Teixeira
Rua Napoleão de Barros, 754,
04024-002, São Paulo, SP, Brasil.
souza.michele@bol.com.br

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700002>



¹Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: Goldman RE é editor associado da Acta Paulista de Enfermagem e não participou do processo de avaliação do manuscrito.

Introdução

A detecção precoce do câncer de mama é imprescindível para seu controle, principalmente, em decorrência das altas taxas de morbimortalidade e do diagnóstico tardio, presentes no Brasil. Essa medida tem como componentes o diagnóstico precoce e o rastreamento oportunístico ou organizado, realizados por meio de mamografia (MMG), exame clínico (ECM) e autoexame das mamas (AEM). Entre esses métodos, a MMG tem contribuído internacionalmente para detecção inicial desse tipo de câncer, sendo considerado padrão-ouro para rastreamento da população alvo.⁽¹⁻⁷⁾

As estratégias para o controle da doença vêm sendo implementadas no Brasil desde meados do século passado, caracterizando-se por ações isoladas. Em 2004, essas ações passaram a ser sistematizadas em programas, cujo objetivo era reduzir sua mortalidade e morbidade. Naquele ano, foi publicado o Documento Consenso para o Controle do Câncer de Mama, que definiu os critérios para o rastreamento e o diagnóstico precoce, tais como: ECM anual a partir dos 40 anos de idade; MMG bienal para aquelas entre 50 a 69 anos e, para as mulheres com risco elevado de desenvolver a patologia, a realização do ECM e da MMG anual a partir dos 35 anos de idade.⁽³⁾

Em 2015, o Ministério da Saúde aprovou novas Diretrizes Nacionais para a Detecção Precoce do Câncer de Mama, estabelecendo ações baseadas nas melhores evidências científicas, de forma a serem mais efetivas e com o menor dano possível à saúde da população. Neste documento, foi mantida a MMG como método para rastreamento nas faixas etárias prioritárias de 50 a 69 anos, com periodicidade bienal, sendo este o exame que apresenta eficácia comprovada na redução da mortalidade por câncer de mama. Em outras faixas etárias e periodicidades, o balanço entre riscos e benefícios do rastreamento com MMG é desfavorável.⁽⁸⁾

No entanto, mesmo com as ações de rastreamento instituídas, ainda observam-se altos índices de mortalidade pela doença em decorrência, dentre outros motivos, da desigualdade de acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento no país. Desse

modo, é imprescindível que se estabeleça coerência entre as ações a serem executadas pelos profissionais na detecção precoce do câncer de mama e as propostas dos programas estabelecidos para este agravio. Além disso, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser capaz de ofertar medidas de rastreio com garantia de acompanhamento de todos os casos detectados, para reduzir a mortalidade e as enormes desigualdades regionais.^(1,4,7-10)

Acredita-se que o local primordial para o desenvolvimento dessas ações seja a Atenção Primária à Saúde (APS), que tem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como principal modelo de atenção, visto que se constitui como porta de entrada preferencial do SUS, integrando e resolvendo a maioria dos problemas da população.^(7,8,11)

A atuação do enfermeiro para a detecção precoce do câncer de mama na APS é fundamental para estimular a adesão da mulher, incluindo ações de promoção à saúde e até de tratamento e reabilitação, devendo ser aproveitadas as oportunidades em todos os atendimentos feitos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), o que poder potencializar seu papel de agente de mudanças, cuja ação guarda estreita proximidade com as usuárias.^(7,11,12)

Destacam-se, como atribuições do enfermeiro no controle do câncer de mama: realizar consulta de enfermagem; o ECM de acordo com a faixa etária e quadro clínico; examinar e avaliar sinais e sintomas relacionados à neoplasia; solicitar e avaliar exames de acordo com os protocolos locais; encaminhar e acompanhar nos serviços de referência para diagnóstico e/ou tratamento; realizar e participar das atividades de educação permanente.⁽⁷⁾

Todavia, pesquisas recentes chamam atenção à necessidade de capacitação desses profissionais em relação ao tema, devido ao conhecimento insuficiente dos fatores de risco, métodos de triagem e ausência de educação permanente, aspectos que podem comprometer o desempenho profissional e a efetividade das ações propostas pelo Ministério da Saúde para controle da doença.⁽¹³⁻¹⁵⁾

A proposta de estabelecer a APS como eixo estruturante do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama é recente e pouco tem sido publi-

cado sobre o desenvolvimento das ações nesta área, principalmente no que tange à atuação do enfermeiro nesse nível de atenção.

Este estudo teve por objetivo geral analisar as ações realizadas por enfermeiros da Atenção Primária em Saúde para o rastreamento oportunístico do câncer de mama, tendo como parâmetro as ações propostas pelo Ministério da Saúde.

Métodos

Estudo de corte transversal realizado com a população de 90 enfermeiros que atuavam nas 20 UBS existentes em Diadema (SP), em novembro e dezembro de 2013. Este município apresentou a maior densidade populacional do Brasil, possuindo 100% de cobertura da ESF. Destaca-se que gerentes de duas UBS não permitiram o acesso para realização do estudo, sendo, dessa forma, entrevistados 70 enfermeiros atuantes em 18 UBS.

O critério de inclusão dos enfermeiros foi o tempo de atuação na rede de serviços de APS de Diadema igual ou maior a um ano, considerado necessário para aquisição de competência para a tomada de decisão em situações mais complexas.⁽¹⁶⁾ Foram excluídos aqueles que estavam em situação de afastamento por qualquer motivo.

Precedendo a coleta de dados, a pesquisadora entrou em contato com os gerentes das UBS e enviou uma cópia do projeto e do instrumento de coleta de dados para conhecimento. Após anuência, os enfermeiros foram convidados a participar da pesquisa, com agendamento prévio, de forma a não interferir em sua dinâmica de trabalho.

A coleta foi realizada na UBS, em local privativo e guiada por questionário estruturado e validado, contendo 55 questões referentes à caracterização sociodemográfica e profissional dos informantes e às ações determinadas para a APS pelo Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama. Para analisar a execução das ações recomendadas para a detecção precoce deste agravo, foram consideradas variáveis relacionadas à presença de fluxos, presença e execução de protocolos, e oferta de capacitação ao profissional.^(3,7,17)

O processo de análise de dados iniciou-se com uma análise descritiva resultando em tabelas de frequência para variáveis qualitativas (ordinais ou nominais), com a inclusão do intervalo de confiança para a proporção (IC 95%), calculada pelo método de reamostragem de bootstrap, que obtém sua amostra via amostragem com reposição da amostra original em 1.000 vezes. Posteriormente, as hipóteses foram avaliadas por meio de análise bivariada na tabela de contingência com uso do teste exato de *Fisher*. Todos os testes levaram em consideração um α bidirecional de 0.05 e intervalo de confiança (IC) de 95% e foram realizados com apoio computacional dos *softwares* IBM SPSS 20 (*Statistical Package for the Social Sciences*) e Excel 2010® (*Microsoft Office*).

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais em pesquisa envolvendo seres humanos sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 17461613.2.0000.5505.

Resultados

Na tabela 1, apresentam-se as características profissionais dos 70 enfermeiros que participaram do estudo.

No quadro 1, apresentam-se dados referentes às ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para controle do câncer de mama e aquelas desenvolvidas pelos enfermeiros nas UBS de estudo.

Em relação aos principais entraves encontrados pelos enfermeiros para o desenvolvimento destas ações, no que concerne ao ECM, 32 (45,7%) referiram ter dificuldades para realizar esta ação; entre estes, 17 (53,1%) destacaram a falta de tempo e 10 (31,1%) citaram a falta de local apropriado. Quanto à MMG, 39 (55,7%) dos entrevistados admitiram apresentar dificuldades, sendo 23 (59%) em relação ao agendamento do exame e nove (23,1%) referiram a falta de mamógrafo.

Na tabela 2 apresentam-se a análise da associação entre as variáveis: capacitação sobre as diretrizes do Ministério da Saúde no que se refere às ações de detecção precoce do câncer de mama, a consulta de enfermagem e a realização de reuniões educativas sobre o tema.

Tabela 1. Caracterização dos enfermeiros segundo dados profissionais e de capacitação

| Variável | Categoria | n(%) | IC* Inferior- superior |
|---|----------------------|-----------|------------------------|
| Tempo de atuação na Unidade Básica de Saúde | Menor que 5 anos | 45(64,3) | 22,6 - 44,3 |
| | Entre 5 a 10 anos | 23(32,8) | 52,8 - 75 |
| | Maior que 10 anos | 02(2,9) | 7,9 |
| Maior Titulação | Bacharel | 05(7,2) | 1,5 - 13,9 |
| | Especialista | 64(91,4) | 83,8 - 97,3 |
| | Mestre | 01(1,4) | 0,0 - 4,6 |
| Especialidades | PSF | 34(48,6†) | 36,0 - 59,7 |
| | Saúde Pública | 14(20†) | 10,9 - 30,4 |
| | Obstetrícia | 03(4,3†) | 0,0 - 9,5 |
| | Outras | 27(38,6†) | 27,1 - 50,0 |
| Capacitação sobre as ações preconizadas pelo MS | Não | 37(52,8) | 40,3 - 65,2 |
| | Sim | 31(44,3) | 31,9 - 56,5 |
| | Não recorda | 02(2,9) | 0,0 - 7,8 |
| Última capacitação | 1 a 1ano e meio | 04(12,9) | 2,9 - 25,9 |
| | 1ano e meio a 2 anos | 03(9,7) | 0,0 - 21,2 |
| | > 2 anos | 24(77,4) | 60,0 - 91,2 |
| Disponibilidade do Caderno de Atenção Básica 13 | Não | 15(21,4) | 12,2 - 31,4 |
| | Sim | 40(57,2) | 45,2 - 68,8 |
| | Não sabe | 15(21,4) | 11,8 - 32,4 |
| Disponibilidade do Documento Consenso | Não | 25(35,7) | 23,7 - 46,2 |
| | Sim | 20(28,6) | 18,4 - 39,7 |
| | Não sabe | 25(35,7) | 25,0 - 48,6 |

*Intervalo de Confiança (IC); †Cada frequência relativa foi calculada sobre o número total da amostra (70 sujeitos). O total não corresponde a 100%, pois cada indivíduo poderia citar mais de uma categoria de resposta.
IC95% - intervalo de confiança de 95%

Quadro 1. Comparação entre as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde e as desenvolvidas por enfermeiros na Atenção Primária a Saúde

| Ações Preconizadas pelo Ministério da Saúde para o enfermeiro | % de enfermeiros que realizavam as ações |
|--|--|
| Investigação de risco | 100% informaram realizar a ação |
| Acompanhamento anual em caso de mulher com alto risco para a doença | 11,9% orientaram de rastreamento anual |
| Realização do exame clínico das mamas | 97,1% afirmaram realizar o exame clínico |
| Exame clínico das mamas anual para mulheres a partir de 40 anos e 35 anos naquelas com risco elevado | 35% indicaram o exame anualmente; 10% orientaram iniciar o exame clínico das mamas a partir 35 a 40 anos para risco populacional |
| Em caso de exame clínico alterado encaminhar para complementação da investigação diagnóstica | 77,9% encaminharam para avaliação médica em caso de exame alterado |
| Solicitação de mamografia | 82,9% enfermeiros solicitaram mamografia |
| Mamografia é recomendada para as mulheres de 50 a 69 anos a cada 2 anos | 4,3% indicaram o exame para mulheres com idade a partir de 50 anos |
| Orientação sobre o autoexame | 94,3% orientaram como realizar o autoexame |
| Autopalpação em qualquer faixa etária e sem intervalo estabelecido | 43,9% recomendaram o autoexame para qualquer faixa etária; 19,3% aconselharam o autoexame sem periodicidade definida. |
| Realização de reunião educativa que inclui o tema câncer de mama | 52,9% realizaram reuniões educativas |
| Consulta de Enfermagem | 100% atendiam a consultas de enfermagem |

Tabela 2. Associação entre realização de capacitação sobre diretrizes do Ministério da Saúde e consulta de Enfermagem e reunião educativa realizada por enfermeiro

| Variáveis | Realização de Reunião Educativa | | Total n | p-value |
|--------------------------|---------------------------------|-------------|------------|---------|
| | Não n(%) | Sim n(%) | | |
| Capacitação do MS* | | | | |
| Não | 22(59,5) | 15(40,5) | 37 | 0,042 |
| Sim | 11(35,6) | 20(64,5) | 31 | |
| Total | 33(48,5) | 35(51,5) | 68 | |
| Consulta de Enfermagem** | | | | |
| Menor que 10 | 19(70,4) | 8(29,6) | 27 | 0,003 |
| Maior que 10 | 14(33,3) | 28(66,7) | 42 | |
| Total | 33(47,8) | 36(52,2) | 69 | |

*Teste exato de Fischer; Obs. Missing date=2; **Teste exato de Fischer; Obs. Missing date=1

Segundo os dados apresentados, 31 enfermeiros que receberam capacitação referente às normas preconizadas pelo Ministério da Saúde, 20 (64,6%) desenvolviam ações educativas, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p=0,042$) em relação aos que não receberam.

Em relação à consulta de enfermagem, os resultados apontam que 27 enfermeiros que realizavam menos de 10 consultas por dia, 08 (29,2%) desenvolviam atividade educativa. Entretanto, dentre os 42 que atendem um número maior que 10 consultas, 28 (66,7%) desenvolviam esta ação, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0,003$).

Discussão

Uma das limitações deste estudo referiu-se à obtenção dos dados por meio do autorrelato dos enfermeiros, sendo possível gerar viés de informação e/ou de memória. Na tentativa de minimizá-las, buscou-se a complementação das informações por meio de consulta aos prontuários das usuárias. No entanto, a constatação de ausência de 40% das anotações de interesse para o estudo mostrou que essa fonte de dados era inadequada, sendo descartada. Assim, considerou-se que apesar dessas limitações, o autorrelato constitui valiosa fonte de informação, principalmente em pesquisas em que a observação direta não se mostra viável.

No que se referem às características da população investigada, estudos realizados em outros municípios com ESF, também identificaram elevado número de enfermeiros com pós-graduação *lato sensu* na área de Saúde Pública. Esses dados parecem refletir o desejo desses profissionais por uma capacitação continuada e valorização da área de atuação.^(12,18)

Todavia, estudos reforçam o número insuficiente de profissionais que receberam capacitações periódicas, apontando a necessidade de Educação Permanente para os profissionais da APS, ação que deve ser incluída no planejamento desses serviços, com ênfase na temática sobre a detecção precoce do câncer de mama.^(12,13,15)

A maioria dos enfermeiros (97,1%), afirmou realizar o ECM com indicação anual (50%), em qualquer faixa etária (41,4%) e, em caso de constatação de alteração, a conduta principal para 77,9% deles, era solicitar a avaliação médica. Estes resultados apresentam consonância com outros estudos e sinalizam que os profissionais atenderam a recomendação do MS, ao realizarem esse exame para identificação de alterações mamárias e caso identificado, procederem ao encaminhamento para complementação da investigação diagnóstica.^(7,12)

No que se refere às ações que envolvem a MMG, 88,6% dos entrevistados destacaram a solicitação anual do exame e 75,7% com início a partir de 40 anos. Entretanto, existem controvérsias na literatura quanto à idade da solicitação da primeira MMG como parte da rotina de controle de saúde da mulher.

A lei 11.664/08 e o *American Cancer Society* determinam a realização do exame a todas as mulheres a partir dos 40 anos. Em contrapartida, o Ministério da Saúde e o *United States Preventive Services Task Force* preconizam a mamografia inicial com 50 anos. Em concordância com essa última recomendação, estudo recente que analisou o custo-efetividade da idade de início do rastreamento no Brasil foi favorável à faixa etária de 50 a 69 anos e corrobora os dados obtidos em outras revisões sistemáticas.^(7,19,20)

Quanto à solicitação de MMG, o município de Diadema possui o protocolo que autoriza a solicitação deste exame pelo enfermeiro. No entanto, essa atribuição tem sido alvo de críticas, contrapondo-se ao novo paradigma em saúde pública, em que a multidisciplinaridade assume papel central, atribuindo aos enfermeiros destaque na equipe por serem capacitados para desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Esses pressupostos reforçam a autonomia dos enfermeiros para exercerem essa ação e encontra amparo na legislação brasileira. Todavia, muitos municípios ainda não instituíram protocolos que garantam esse direito e não têm sido encontradas publicações que façam referência à solicitação de MMG por enfermeiros.^(7,12)

Em relação à busca ativa de mulheres com suspeita de malignidade, durante as entrevistas, os profissionais esclareceram que no município a MMG é realizada no Quarteirão da Saúde, serviço de referência para atendimentos especializados e exames diagnósticos e em caso de alteração no exame, o seguimento é realizado no próprio serviço. Contudo, em caso de não comparecimento da usuária verificar o resultado do exame, os enfermeiros das UBS são comunicados e fazem contato com ela.

Em relação àquelas mulheres que foram encaminhadas para realizar MMG e que não compareceram ao exame, segundo os entrevistados, eles não tem este controle devido à falta de tempo para realizar esse monitoramento, o que pode gerar um diagnóstico tardio da doença.

Diante desse fluxo estabelecido, foi possível observar que o trabalho organizado em rede está sendo utilizado como estratégia para viabilizar o monitoramento das mulheres faltosas em todos os pontos de atenção e atingir o que é proposto pelo Minis-

tério da Saúde, porém, esse fluxo não é extensivo a todas as mulheres.⁽⁷⁾

Quanto às orientações sobre o AEM, assim como os enfermeiros entrevistados apresentaram opiniões não consensuais, a literatura atual também aponta divergências sobre essa ação. *A United States Preventive Services Task Force* não recomenda o AEM como método de rastreamento do câncer de mama por não existirem evidências científicas de que sua prática promova a redução da mortalidade por esse tipo de câncer. Já a *American Cancer Society* e o Ministério da Saúde esclarecem que não é uma técnica apropriada para o diagnóstico precoce, mas que vem sendo considerada como um método auxiliar, tendo em vista que a mulher passa a conhecer a própria mama e, consequentemente, pode fornecer informações que colaborem com o diagnóstico.^(7,8,19,20)

Em relação às ações gerais desenvolvidas pelos enfermeiros, um dado que chamou atenção foi que apenas 52,9% deles realizavam reuniões educativas sobre o câncer de mama, contrariando orientações do MS que define como competência desses profissionais, a divulgação de informações à clientela sobre as ações de controle do agravo. Além disso, conforme apontam outras pesquisas, na APS, especialmente no trabalho desenvolvido pelo enfermeiro, a educação em saúde é fundamental para facilitar a aquisição de conhecimento pelas usuárias, com vistas à detecção precoce da neoplasia.^(7,12,22)

Outra ação investigada foi à consulta de enfermagem, referida como realizada por todos os enfermeiros entrevistados. Esse dado evidencia que os profissionais cumpriram uma das atribuições da ESF proposta pelo MS. Importante sublinhar que estudos têm esclarecido sobre a relevância dessa ação, uma vez que possibilita que o enfermeiro discuta com o usuário o funcionamento do seu próprio corpo, sensibilize-os sobre hábitos de vida mais saudáveis e faça pactuações, na busca de melhores soluções para os problemas de saúde vivenciados.⁽²³⁾

Para melhor compreensão das dificuldades apontadas pelos entrevistados, associações foram realizadas confrontando as variáveis atividades educativas, capacitação e número de consultas de enfermagem diárias (Tabela 2). Os resultados indicam que o nú-

mero de atividades educativas é maior entre as enfermeiras que receberam capacitação sobre as ações preconizadas para o câncer de mama, quando comparadas às que não receberam. Observou-se, ainda, que o número de atividades educativas não é menor quando o enfermeiro atende mais de 10 consultas de enfermagem por dia.

Desta forma, estes resultados apontam que o número de consultas não é um fator dificultador para a realização de atividade educativa. Em contrapartida, a falta de capacitação interfere no desenvolvimento dessa ação. Portanto, esses dados confirmam os relatos em outras pesquisas que tratam da importância da Educação Permanente para os enfermeiros da AB. Acredita-se que com capacitação, os profissionais terão maior subsídio para desenvolver atividades de sua competência.⁽¹²⁻¹⁵⁾

Nesse contexto, é possível conceber que o enfermeiro na APS se responsabilize pela efetivação do trabalho em equipe, por ações individuais e coletivas, pela educação permanente, avaliação e planejamento, dentre outras ações da prática gerencial local para o controle do câncer de mama. No entanto, de fato, condições para tal precisam ser viabilizadas e articuladas.

Conclusão

Os enfermeiros da ESF executaram as ações de sua competência, propostas pelo Ministério da Saúde para o rastreamento oportunístico do câncer de mama. Entretanto, algumas atividades não são desenvolvidas conforme preconizado, como: faixa etária e intervalo de tempo para realização de exame clínico e mamografia; busca ativa de mulheres que faltaram à mamografia; realização de reunião educativa sobre o câncer de mama. Vale ressaltar que as justificativas dos enfermeiros para não realização destas atividades decorrem, principalmente, do déficit na capacitação, da alta demanda de atendimento e da falta de tempo. Finalmente, considera-se que para que as ações de rastreamento oportunístico do câncer de mama sejam implantadas conforme proposta do Ministério da Saúde é fundamental que se invista na qualificação dos profissionais e na reestru-

turação do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família. Espera-se que com essas modificações, o acesso das mulheres às consultas, as reuniões educativas e a exames seja facilitado e estimulado, o que deve contribuir para a diminuição nos índices de diagnósticos tardios do câncer de mama. Espera-se, ainda, que este estudo sirva como proposta de trabalho a outros municípios.

Agradecimentos

Agradecemos ao Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CNPq) pela concessão de financiamento ao projeto “Ações no controle do câncer de mama: identificação das práticas na Atenção Básica”, do qual esta investigação faz parte.

Colaborações

Teixeira MS, Goldman RE, Gonçalves VCS, Gutiérrez MGR e Figueiredo EN declaram que participaram da concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do mesmo.

Referências

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2016 [citado 2016 Out 3]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/edicao/Estimativa_2016.pdf.
2. World Health Organization (WHO). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020 [Internet]. Geneve: WHO; 2013 [cited 2016 Oct 3]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1.
3. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA). Controle do câncer de mama. Documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
4. Silva RC, Hortale VA. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: quem, como e por quê? *Rev Bras Cancerol*. 2012; 58(1):67-71.
5. Dey S. Preventing breast cancer in LMICs via screening and/or early detection: The real and the surreal. *World J Clin Oncol*. 2014; 10; 5(3):509-19.
6. Shah R, Rosso K, Nathanson SD. Pathogenesis, prevention, diagnosis and treatment of breast cancer. *World J Clin Oncol*. 2014; 5(3):283-98.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. [Cadernos de Atenção Básica, n. 13. Série A. Normas e Manuais Técnicos].
8. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2015 [citado 2016 Out 3]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_deteccao_precoce_final.pdf.
9. Giranelli VR, Gamarra CJ, Silva GA. [Disparities in cervical and breast cancer mortality in Brazil]. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48(3):459-67. Portuguese.
10. Silva GA. Breast cancer in Brazil: strategies for prevention and control. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(1):4-6.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM no. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006 [citado 2016 Out 3]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf.
12. Jácome EM, Silva RM, Gonçalves ML, Collares PM, Barbosa IL. Detecção do Câncer de Mama: Conhecimento, Atitude e Prática dos Médicos e Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Mossoró, RN, Brasil. *Rev Bras Cancerol*. 2011; 57(2):189-98.
13. Cavalcante SA, Silva FB, Marques CA, Figueiredo EN, Gutiérrez MG. Ações do Enfermeiro no rastreamento e Diagnóstico do Câncer de Mama no Brasil. *Rev Bras de Cancerol*. 2013; 59(3):459-66.
14. Fotedar V, Seam RK, Gupta MK, Gupta M, Vats S, Verma S. Knowledge of Risk Factors & Early Detection Methods and Practices towards Breast Cancer among Nurses in Indira Gandhi Medical College, Shimla, Himachal Pradesh, India. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2013; 14(1):117-20.
15. 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 Pacific J Cancer Prev*. 2012; 13(9):4459-64.
16. Benner P. From novice to expert. *Am J Nurs*. 1982; 82(3):402-7.
17. Marques CA, Figueiredo EM, Gutiérrez MG. Validação de instrumento para identificar ações de rastreamento e detecção de neoplasia de mama. *Acta Paul Enferm*. 2015; 28(2):183-9.
18. Bartieri T, Marcon SS. Identificando as facilidades no trabalho do Enfermeiro para o desenvolvimento da longitudinalidade do cuidado. *Rev Enferm UERJ*. 2011; 19(2):212-7.
19. Siu AL; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2016; 164(4):279-96. Erratum in: *Breast Cancer Recommendation Statement From the U.S. Preventive Services Task Force*. *Ann Intern Med*. 2016; 164(6):448.
20. American Cancer Society. Breast cancer. Causes, risks, and prevention topics [Internet]. 2015 [cited 2016 Oct 3]. Available from: <http://www.cancer.org/Cancer/BreastCancer/DetailedGuide/breast-cancer-risk-factors>.
22. Souza MG. Percepções de Enfermeiro sobre seu trabalho na Estratégia de Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(3):772-9.
23. Souza PA, Batista RC, Lisboa SF, Costa VB, Moreira LR. Percepção dos usuários da atenção básica acerca da consulta de enfermagem. *Rev Min Enferm*. 2013; 17(1):11-7.