



Detecção do Câncer de Mama: Conhecimento, Atitude e Prática dos Médicos e Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Mossoró, RN, Brasil

Breast Cancer Detection: Knowledge, Attitude and Practices of Doctors and Nurses from the Family Health Strategy of Mossoró, RN, Brazil

DetECCIÓN del Cáncer de Mama: Conocimiento, Actitud y Práctica de los Médicos y Enfermeros de la Estrategia de la Familia de Mossoró, RN, Brasil

Epaminondas de Medeiros Jácome¹, Raimunda Magalhães da Silva², Marcelo Luiz Carvalho Gonçalves³, Patrícia Moreira Costa Collares⁴,
Isabella Lima Barbosa⁵

Resumo

Introdução: O câncer de mama é uma doença heterogênea e complexa, observada pelas múltiplas formas de apresentação clínica e morfológica, pelos graus de agressividade tumoral e potencial metastático. Neste sentido, para atender aos princípios do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde priorizou a família como elemento básico para a assistência.

Objetivo: Investigar o conhecimento, atitude e práticas dos médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Mossoró (RN) com relação à detecção precoce do câncer de mama. **Metodologia:** Estudo transversal e inferencial. A coleta dos dados realizou-se em março de 2008 com a utilização de questionário autoaplicável. Participaram 33 médicos e 47 enfermeiros com idade média de 42 anos. **Resultados:** O tempo de atuação na atenção básica e a grande rotatividade entre os profissionais de saúde no serviço dificultam sua capacitação. Há uma valorização do exame clínico das mamas, em detrimento à solicitação da mamografia na busca do diagnóstico precoce do câncer de mama. A insuficiência de profissionais de saúde habilitados e o desconhecimento da população são fatores limitadores ao rastreamento do câncer de mama. Ocorre solicitação reduzida da mamografia em mulheres jovens de alto risco. **Conclusão:** Observou-se a necessidade de qualificação dos profissionais para consolidar o Programa Nacional de Educação Permanente em Saúde, aumentar a oferta de exames mamográfico e promover educação em saúde para a população.

Palavras-chave: Neoplasias da Mama; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Médicos; Enfermeiros; Sistema Único de Saúde; Mossoró (RN)

¹Médico. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Docente da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN), Brasil. *E-mail:* epagis@uol.com.br.

²Enfermeira e Doutora em Enfermagem. Docente da UNIFOR. Bolsista PQ/CNPq. *E-mail:* rmsilva@unifor.br.

³Médico. Doutor em Saúde Coletiva e docente da UNIFOR. Fortaleza (CE), Brasil. *E-mail:* marcelo@unifor.br.

⁴Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Docente da Faculdade Nordeste (Devry Brasil). Fortaleza (CE), Brasil. *E-mail:* pmcollares@yahoo.com.br.

⁵Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Docente da Faculdade Nordeste (Devry Brasil). Fortaleza (CE), Brasil. *E-mail:* isabellaecampelo55@hotmail.com.

Endereço para correspondência: Epaminondas de Medeiros Jácome. Rua Almino Afonso, 478 – Centro. Mossoró (RN), Brasil. CEP: 59.610-210.



INTRODUÇÃO

O Brasil revela em seus indicadores epidemiológicos uma realidade de doenças típicas de países desenvolvidos, como a elevada prevalência de doenças cardiovasculares e cronicodegenerativas e outros agravos encontrados em países subdesenvolvidos, como a alta mortalidade materna e desnutrição infantil, tornando complexos o planejamento e gestão das políticas públicas de saúde¹.

Entre as doenças degenerativas, destaca-se o câncer. Quanto maior a sobrevida humana, maior a sua incidência². O câncer de mama é uma doença heterogênea e complexa, observada pelas múltiplas formas de apresentação clínica e morfológica, pelos graus de agressividade tumoral e potencial metastático³.

Dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA)⁴ para o ano de 2010 estimam 49.240 novos casos de câncer de mama. Nos Estados Unidos, há um coeficiente de incidência de 126,1/100 mil e uma mortalidade de 44 mil mulheres, com ocorrência maior na faixa etária entre 40 a 55 anos.

No Brasil, o câncer de mama apresenta incidência e mortalidade ascendentes desde a década de 1960. Foram estimados, para os anos de 2008 e 2009, 49.400 novos casos por ano, correspondendo a uma taxa bruta de incidência de 50,7/100 mil habitantes, e uma estimativa de óbitos de aproximadamente 10.883 casos, representando 22% dos casos de câncer, correspondendo à principal causa de morte por câncer na população feminina. No Rio Grande do Norte, o cálculo de casos novos para os mesmos anos foi de 520 ocorrências, com uma frequência de 32,7/100 mil habitantes⁵.

O aumento da incidência do câncer de mama no Brasil pode estar associado à melhoria no diagnóstico e à qualidade das informações, porém altas taxas de mortalidade são atribuídas ao retardo no diagnóstico da doença. O diagnóstico tardio pode estar relacionado à dificuldade de acesso da população aos serviços públicos de saúde, baixa capacitação dos profissionais envolvidos na atenção oncológica, incapacidade do sistema público na demanda ou na baixa capacidade dos gestores municipais e estaduais em definir o fluxo de casos suspeitos em diferentes níveis de atenção⁵.

Nos países desenvolvidos, a estratégia utilizada para a diminuição da mortalidade pelo câncer de mama é o rastreamento, com o objetivo de detectar precocemente o câncer clinicamente oculto, portanto, em estádios iniciais⁶.

O Ministério da Saúde (MS) criou sucessivas campanhas de esclarecimento à população enfatizando os meios disponíveis para prevenção: autoexame, exame clínico por profissional da saúde e a mamografia⁶⁻¹¹.

Neste sentido, para atender aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o MS priorizou a família como elemento básico para a assistência.

Assim, em 1994, definido pela Organização das Nações Unidas como ano internacional da família, surgiu o Programa Saúde da Família (PSF) e, em 2006, pela Portaria de Nº 648 passou a estratégia de abrangência nacional. A Estratégia Saúde da Família (ESF) encontra-se presente em 5.354 municípios (92,4%), tendo 29.300 equipes formadas, abrangendo uma cobertura assistencial a 113,7 milhões de brasileiros (49,5% da população)⁷.

Os profissionais atuantes na ESF devem exercer suas competências em três pilares: conhecimento, habilidade e atitudes. Para esta atuação com vista a um modelo assistencial desejado, é imprescindível que toda a operacionalização do sistema se encontre em suas mãos⁸.

No Município de Mossoró (RN), observam-se fragilidades importantes, no sistema de referência e contrarreferência, de pacientes oriundas de suas unidades básicas de saúde com queixas mamárias. Portanto, diante do exposto, objetivou-se investigar o conhecimento, atitude e práticas de médicos e enfermeiros da ESF em Mossoró, em relação à detecção precoce do câncer de mama.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal e inferencial, realizado com médicos e enfermeiros da ESF da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Mossoró. O município localiza-se no sertão nordestino, no Estado do Rio Grande do Norte, sendo o segundo mais populoso, com aproximadamente 244.287 habitantes em 2009, e uma população feminina estimada em 127.0159.

A SMS de Mossoró conta com 63 unidades, das quais 43 unidades básicas de saúde, sendo 28 na zona urbana e 11 na zona rural. Há 20 unidades de referência no município. Com relação às equipes de saúde da família, o município conta com 48 na zona urbana e 13 na zona rural. Os profissionais mastologistas, em um total de três, estão distribuídos nas unidades especializadas¹⁰.

Em 2009, havia 63 médicos e 63 enfermeiros em atividade na ESF do município. Todos foram convidados a participar do estudo, porém apenas 33 (52,4%) médicos e 47 (74,6%) enfermeiros aceitaram participar, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como critério de inclusão, foi estabelecida a necessidade de pelo menos seis meses de atividade na ESF de Mossoró. A coleta dos dados foi realizada em março de 2009, utilizando um questionário autoaplicável com 26 perguntas fechadas. O instrumento foi composto de duas partes. Na primeira, constavam perguntas direcionadas à caracterização sociodemográfica, formação e tempo de experiência dos participantes; na segunda parte, constavam

três segmentos: no primeiro segmento, estavam questões referentes ao conhecimento com relação às recomendações preconizadas pelo MS sobre a detecção do câncer de mama; no segundo, questões relacionadas a atitudes em comparação a qualidade no atendimento integral à saúde da mulher; e, no terceiro, as condutas clínicas para a detecção do câncer de mama. Na avaliação da segunda parte do questionário, cada resposta foi codificada em adequada ou inadequada com base no *Documento de Consenso Controle do Câncer de Mama*, publicado pelo MS/INCA¹¹.

A análise dos dados foi realizada com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 12.0. As variáveis relacionadas às características sociodemográficas, formação e experiência no trabalho, conhecimento, atitudes e práticas foram submetidas a técnicas descritivas. Para as análises bivariadas foi utilizado o teste Exato de Fisher, quando indicado, considerando-se o nível de confiabilidade de 95%.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), sob o número 106/2009.

RESULTADOS

A Tabela 1 descreve a distribuição da amostra por categoria profissional, estratificada de acordo com as variáveis sociodemográficas, tipo de formação e experiência no serviço. A idade média entre os médicos foi de 44 anos, variando entre 27 a 75 anos ($\pm 14,79$), e dos enfermeiros foi de 40 anos, variando entre 27 a 64 anos ($\pm 9,05$). Destaca-se que metade dos médicos e enfermeiros tinha idade abaixo de 40 anos. O tempo de formado entre os médicos variou de 1 a 49 anos com média de 17 anos; e entre os enfermeiros de 4 a 29 anos, com média de 15 anos. Quanto ao tempo de atuação na atenção básica de saúde (ABS) no Município de Mossoró, 82,1% dos médicos e 55,5% dos enfermeiros referiram ter no máximo 10 anos de atuação.

Nota-se predominância do sexo feminino e do estado civil casado entre os enfermeiros. Na avaliação da renda familiar, profissionais médicos apresentaram melhores remunerações, não inferiores a oito salários mínimos mensais.

A Tabela 2 demonstra o conhecimento sobre a detecção precoce do câncer de mama entre os profissionais de saúde. Mostrou uma valorização do exame clínico de mama (ECM), em detrimento à solicitação da mamografia na busca do diagnóstico precoce do câncer de mama. A insuficiência de profissionais de saúde habilitados e o desconhecimento da população foram os fatores mais referidos entre os médicos e enfermeiros, como limitadores ao rastreamento do câncer de mama.

A Tabela 3 apresenta as atitudes e práticas de médicos e enfermeiros, na detecção do câncer de mama. Os participantes poderiam optar por mais de uma alternativa. Notou-se uma motivação na busca de uma educação permanente em saúde, embora apenas 63% dos profissionais se sintam estimulados pela SMS. Entretanto, apesar de 55,5% dos médicos e 82,2% das enfermeiras terem mais de cinco anos de atividade na ESF, constatou-se que, respectivamente, 87,9% e 55,3% não receberam treinamento no diagnóstico do câncer de mama pela SMS, o que não atende às recomendações do SUS no que concerne à qualificação de recursos humanos.

De modo complementar nesta tabela, observou-se uma valorização da prática do ECM na abordagem de mulheres jovens assintomáticas e sintomáticas, pertencentes ou não a grupo de risco para o câncer de mama.

A Tabela 4 aborda a correlação dos conhecimentos, atitudes e práticas na detecção do câncer de mama entre médicos e enfermeiros. A indicação do ECM em mulheres assintomáticas foi considerada adequada, porém, os enfermeiros mostraram-se mais conhecedores do período recomendado para sua realização do que os médicos, com diferença estatisticamente significativa.

DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico dos profissionais da ESF de Mossoró foi semelhante ao perfil de outros municípios brasileiros^{12,13}, apesar de metade destes terem menos de dez anos de formados, situando-se, segundo a classificação de Machado *et al.*¹⁴, na faixa denominada como faixa de afirmação no mercado de trabalho.

Destaca-se uma percentagem elevada de médicos e enfermeiros com cursos de especialização. Estes resultados revelam um grau satisfatório de capacitação profissional, também encontrado em estudos que avaliaram outras equipes de ESF¹⁵, refletindo o desejo dos profissionais de saúde por uma capacitação continuada.

Em Natal (RN), um estudo revelou que 44% dos médicos das equipes da ESF do município tinham um tempo de serviço de um a cinco anos. Tempo de serviço curto pode refletir rotatividade profissional alta, o que dificulta o estabelecimento dos vínculos necessários a uma ação promotora da saúde¹⁶.

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel fundamental no rastreamento do câncer de mama e, entre os múltiplos desafios, destaca-se a permanente necessidade de qualificação e responsabilização dos diversos agentes para que se possa garantir a reflexão sobre as práticas e a identificação de falhas a serem corrigidas no processo¹⁷. A enfermagem tem maior participação nos processos educativos, nos movimentos de organização, bem como

na ocupação de funções estratégicas no âmbito da gestão¹⁸. Portanto, sua competência é divulgar informações à clientela, no tocante aos fatores de risco, ações de prevenção e detecção precoce, orientando a adoção de modelos comportamentais e hábitos saudáveis. Essas ações facilitam a aquisição do conhecimento prévio das mulheres na detecção precoce do câncer de mama, proporciona autonomia para o autocuidado e desenvolve o potencial

para promoção da saúde. Essa situação foi constatada na pesquisa com maior participação dos enfermeiros nos cursos de capacitação.

O câncer de mama é a principal causa de morte por câncer em mulheres nos países desenvolvidos, e a diminuição dessa mortalidade é alcançada por meio de programas de rastreamento e prevenção secundária, através da combinação do exame clínico das mamas e a mamografia¹⁹.

Tabela 1. Distribuição de médicos e enfermeiros de acordo com as variáveis sociodemográficas, tempo de formação e experiência no serviço da ESF do Município de Mossoró (RN), 2009

Variáveis	Médicos	n	Enfermeiros	n
	(N=33)%		(N=47) %	
Sociodemográfica				
1) Idade em anos		32		47
20 a 29	05 (15,6)		08 (17,0)	
30 a 39	11 (34,4)		16 (34,1)	
40 a 49	03 (09,4)		16 (34,1)	
50 a 59	07 (21,9)		05 (10,6)	
60 a 69	04 (12,5)		02 (04,3)	
70 a 79	02 (6,2)		-	
2) Sexo		33		47
Masculino	15 (45,5)		05 (10,6)	
Feminino	18 (54,5)		42 (89,4)	
3) Estado civil		33		47
Casado	17 (51,5)		34 (72,3)	
União estável	04 (12,1)		02 (4,3)	
Solteiro	09 (27,3)		09 (19,1)	
Viúvo	03 (9,1)		02 (4,3)	
4) Renda familiar em salários		32		44
3 a 4	-		06 (12,8)	
5 a 10	-		12 (25,5)	
8 a 10	08 (24,2)		14 (29,8)	
>10	24 (72,7)		12 (25,5)	
Formação				
5) Tempo de formado		33		46
1 a 9 anos	16 (48,5)		17 (37,0)	
10 a 20 anos	04 (14,1)		18 (39,1)	
Mais de 20	13 (36,1)		11 (23,9)	
Experiência no serviço		33		45
6) Tempo de atuação na atenção básica de saúde				
1 a 5 anos	15 (45,5)		08 (17,8)	
6 a 10 anos	12 (36,6)		17 (37,7)	
11 a 15 anos	01 (3,0)		07 (15,5)	
Mais de 15 anos	05 (14,9)		13 (28,8)	

Intervalo de confiança = 95%

Tabela 2. Conhecimento sobre câncer de mama entre médicos e enfermeiros pertencentes à ESF do município de Mossoró (RN), 2009

Variáveis	Médicos	Enfermeiros	
Conhecimento			
12) Há indicação de ECM em mulheres assintomáticas?	Sim	31 (93,9)	46 (97,9)
	Não	01 (3,0)	01 (2,1)
	Não respondeu	01 (3,0)	-
13) Qual o melhor período para a realização ECM?	Ovulatório	08 (24,2)	09 (19,1)
	Pré-menstrual	04 (12,1)	-
	Período menstrual	02 (6,1)	-
	3 a 5 dias após a menstruação	13 (39,4)	01 (2,1)
	Independente	04 (12,1)	37 (78,7)
	Não respondeu	02 (6,1)	-
14) Qual a idade recomendada para solicitação da mamografia?	30 anos	02 (6,1)	03 (6,4)
	40 anos	23 (69,7)	44 (93,6)
	50 anos	06 (18,2)	-
	Não respondeu	02 (6,1)	-
15) Qual o exame mais indicado para o diagnóstico precoce do câncer de mama?	ECM	16 (48,5)	34 (72,3)
	Mamografia	08 (24,2)	04 (8,5)
	US mamária	01 (3,0)	06 (12,8)
	Ressonância magnética	01 (3,0)	-
	Não respondeu	07 (21,2)	01 (2,1)
	Mais de uma alternativa	-	02 (4,3)
16) O câncer de mama tem cura?	Sim	33 (100)	45 (95,7)
	Não	-	02 (4,3)
17) Quais os fatores limitantes ao rastreamento do câncer de mama?	Desconhecimento da população	14 (42,4)	25(53,1)
	Poucos profissionais habilitados	15 (45,4)	11(23,4)
	Número de profissionais insuficientes	09 (27,2)	05(10,6)
	Equipamento insuficiente	09 (27,2)	11(23,4)
	Gestor público não comprometido	11 (33,0)	10(21,2)
	Alternativas: A,B,C,D e E	10 (30,3)	19(40,4)
18) Com que frequência se encontra formulário de referência e contrarreferência em sua US?	Sempre	20 (60,6)	34 (72,3)
	Frequentemente	09 (27,3)	13 (27,7)
	Raramente	01 (3,0)	-
	Nunca	01 (3,0)	-
	Não respondeu	02 (6,1)	-

O Programa de Controle do Câncer de Mama, proposto pelo INCA em seu documento de consenso, preconiza que todas as mulheres a partir de 40 anos devem ser submetidas anualmente ao ECM; e as mulheres com idade entre 50 a 69 anos à mamografia, com intervalo máximo de dois anos entre os exames. Caso apresentem risco elevado para câncer de mama, a realização do ECM e a mamografia devem ser antecipadas para os 35 anos e com periodicidade anual¹¹. A Lei nº 11.664/08 determina o direito à realização do exame mamográfico a todas as mulheres a partir dos 40 anos²⁰.

Mesmo com os avanços das técnicas diagnósticas, o ECM ainda tem seu papel de destaque na prevenção secundária das neoplasias mamárias, realizados por

médicos e enfermeiros treinados¹⁹. O exame é uma boa oportunidade para o profissional educar a população feminina sobre o câncer da mama, seus sintomas, fatores de risco, detecção em estágios iniciais e sobre a composição e variabilidade da mama normal⁵.

Foram encontrados valores elevados na concordância dos profissionais na realização do ECM em mulheres assintomáticas, dados também vivenciados em Pelotas-RS²¹. Entretanto, existem controvérsias na literatura quanto à idade da solicitação da primeira mamografia como parte da rotina em saúde.

Obteve-se um baixo nível de conhecimento entre os profissionais pesquisados quanto ao início do rastreamento mamográfico. Conforme o *Consenso para Detecção Precoce*

do Câncer de Mama, o rastreamento por mamografia deve ser para as mulheres com idade entre 50 a 69 anos, com o máximo de dois anos entre os exames; exame clínico da mama e mamografia anual, a partir dos 35 anos, para

as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama; garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados⁶.

Tabela 3. Atitudes e práticas, com relação à detecção do câncer de mama, de médicos e enfermeiros da ESF do município de Mossoró (RN), 2009

Variáveis		Médicos	Enfermeiros
Atitudes			
19) Você gostaria de receber educação permanente?	Sim	32 (97,0)	47 (100)
	Não	01 (3,0)	-
20) SMS estimula os profissionais da ESF a participarem de programa de educação permanente?	Sim	21 (63,6)	30 (63,8)
	Não	11 (33,3)	17 (36,2)
	Não respondeu	01 (3,0)	-
21) Você se sente preparado para a realização ECM na unidade de saúde (US)?	Sim	27 (81,8)	32 (68,2)
	Não	06 (18,2)	14 (29,8)
	Não respondeu	-	01 (2,1)
22) Existe motivação na sua US na busca constante da qualidade no atendimento?	Sim	16 (48,5)	36 (76,6)
	Não	17 (51,5)	10 (21,3)
	Não respondeu	-	01 (2,1)
23) O que você prioriza no seu relatório de encaminhamento?	Diagnóstico provável	13 (39,3)	11 (23,4)
	Resultados dos exames	12 (36,3)	29 (61,7)
	Observações clínicas	18 (54,5)	37 (79,3)
	Motivos de transferência	04 (12,1)	09 (19,1)
	Alternativas: A,B,C e D	13 (39,3)	03 (6,4)
24) Quando não encontra formulário mesmo assim encaminha?	Sim	26 (78,8)	03 (6,4)
	Não	02 (6,1)	39 (89,4)
	Não respondeu	05 (15,2)	-
Práticas			
25) Qual a sua conduta com uma mulher de 35 anos com alto risco para o câncer de mama?	Retornar com 6 meses	01 (03,0)	15 (31,9)
	Solicitar US mamária bilateral	15 (45,4)	23 (48,9)
	Encaminhar ao mastologista	05 (15,1)	03 (06,3)
	Realizar ECM	15 (45,4)	38 (80,8)
	Solicitar mamografia	05 (15,1)	09 (10,9)
	Alternativas: D e E	08 (24,2)	06 (12,7)
26) Qual a sua conduta frente a uma mulher de 30 anos com queixas de nódulo mamário?	Retornar com 6 meses	-	06 (12,7)
	Solicitar US mamária	08 (24,2)	10 (21,2)
	Encaminhar ao mastologista	07 (21,2)	10 (21,2)
	Realizar o ECM	09 (27,8)	32 (68,0)
	Alternativas: B e D	19 (57,5)	15 (31,9)
27) Qual a sua orientação sobre o câncer de mama?	Fornecer informações sobre CA mama e investigação familiar	08 (24,2)	16 (34,0)
	Ensinar o AEM a partir dos 20 anos	22 (66,6)	21 (44,6)
	Importância das consultas periódicas	07 (21,2)	13 (27,6)
	Orientar a importância de exames complementares	04 (12,1)	03 (6,3)
	Alternativas: A,B,C e D	05 (15,1)	26 (55,3)

Tabela 4. Correlação das variáveis do conhecimento na detecção do câncer de mama entre os médicos e enfermeiros da ESF, Mossoró (RN), 2009, baseado no Documento de Consenso para o Controle do Câncer de Mama

Conhecimento	Médicos (N=33)		n	Enfermeiros (N=47)		n	P
	Adequado (%)	Inadequado (%)		Adequado (%)	Inadequado (%)		
Indicação do ECM em mulheres assintomáticas?	31 (96,9)	01 (03,1)	32	46 (97,9)	01 (02,1)	47	1,000
Qual o melhor período para a realização ECM?	04 (12,1)	29 (87,9)	33	37 (78,7)	10 (21,2)	47	0,000*
Qual a idade recomendável para a solicitação da mamografia?	06 (18,2)	27 (81,8)	33	-	47 (100,0)	47	0,003*
Qual o exame mais indicado no diagnóstico precoce do câncer de mama?	08 (24,2)	25 (75,8)	33	04 (08,5)	43 (89,2)	47	0,063
Câncer de mama tem cura?	33 (100,0)	-	33	45 (95,7)	02 (04,3)	47	0,509
Quais os fatores limitantes no rastreamento do câncer de mama?	10 (30,3)	23(69,7)	33	19(40,4)	28(59,6)	47	0,354
Com que frequência se encontra o formulário de referência em sua US?	20 (60,6)	13(39,4)	33	34(72,3)	13(27,7)	47	0,270

*Teste do qui-quadrado de Pearson; significativo quando $p < 0,05$

Os principais fatores limitantes ao rastreamento do câncer de mama no município de Mossoró foram o desconhecimento da população e o pequeno número de profissionais habilitados. Os trabalhos de Godinho e Vieira evidenciaram que a pouca habilidade reflete na falta de orientação ou solicitação da mamografia pelo médico^{6,22}.

A necessidade de constituir uma equipe multiprofissional, que trabalhe em coletividade, construindo novos pactos de vivência e práticas que aproximam os serviços de saúde do conceito de atenção integral, humanizada e com equidade, fez com que o MS instituisse a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)²³.

A aceitação na participação de programas de capacitação na detecção do câncer de mama foi constatada na quase totalidade dos profissionais pesquisados e estes

devem ser estimulados pelo sistema de saúde, que dispõe de programas específicos.

A SMS de Mossoró conta com a implantação do Sistema de Regulamentação (SISREG), disponibilizado pelo MS para o gerenciamento de todo o complexo regulatório o qual foi incorporado no município, em outubro de 2009. Do total de 43 UBS, apenas oito apresentam conexão com a internet em seus computadores, ficando o restante na dependência de marcação por telefone efetivada entre o gestor e a central.

A determinação dos fatores de risco de uma população é importante para o planejamento de estratégias de rastreamento que buscam o diagnóstico precoce¹.

Cuidados especiais e acompanhamento diferenciado devem ser direcionados para mulheres de alto risco. A pesquisa mostrou que a solicitação da mamografia é

prática pouco frequente no rastreamento do câncer em mulheres jovens pertencentes ao grupo de alto risco. Em análise realizada em Botucatu (SP), concluiu-se que uma das maiores barreiras para o diagnóstico precoce é a falta de solicitação médica²⁴.

A SMS de Mossoró oferece 500 exames de mamografia por mês para o serviço público de saúde. São disponibilizados para cada equipe da ESF quatro exames por mês, totalizando 244 exames, sendo os 256 exames restantes distribuídos entre os municípios que participam do Programa de Pactuação Integrada (PPI) com Mossoró.

Considerando os dados do IBGE de 2006, a população de mulheres de Mossoró, na faixa etária de 40 a 69 anos, apta a se submeter ao exame de mamografia bilateral totaliza aproximadamente 25 mil mulheres, portanto seriam necessários 3 mil exames por mês, a fim de se atingir a demanda necessária para uma política de rastreamento eficiente.

Na abordagem da mulher jovem sintomática queixando-se de nódulo mamário palpável, o exame clínico das mamas e a ultrassonografia mamária bilateral foi referida como a prática mais utilizada entre os profissionais médicos da atenção básica¹.

A educação em saúde desenvolvida pelos profissionais da atenção básica em Mossoró se restringe principalmente no ensinamento do autoexame das mamas, realizado em ambulatório. O autoexame das mamas ajuda a mulher a conhecer melhor o seu próprio corpo e, uma vez observada alguma alteração, deverá procurar o serviço de saúde mais próximo de sua residência, para ser avaliada por um profissional de saúde²⁵.

CONCLUSÃO

O baixo tempo de atuação, a rotatividade entre os profissionais de saúde e a ausência de uma política de educação permanente em saúde, no município de Mossoró, destacam-se como fatores que dificultam o estabelecimento dos vínculos necessários a uma ação promotora na saúde e uma formação adequada dos médicos e enfermeiros no diagnóstico precoce do câncer de mama.

Evidenciou-se uma falta de conhecimento dos profissionais, em relação ao melhor período para a realização do exame clínico das mamas, bem como a idade recomendável para a solicitação da primeira mamografia.

A atitude desses profissionais em relação à sua participação na educação permanente em saúde é pouco utilizada pela falta de um programa organizacional de qualificação, oferecida pelo município. Os médicos e enfermeiros da atenção básica preenchem os formulários de referência de maneira inadequada, não reconhecendo

esse instrumento como articulador entre os diferentes níveis de atenção na saúde.

Práticas inadequadas foram identificadas quanto à idade para realização da mamografia, exame mais usado no diagnóstico precoce e fatores limitantes no rastreamento do câncer de mama. Foi detectada a falta de rastreamento mamográfico em mulheres jovens assintomáticas, pertencentes a grupos de alto risco para o câncer de mama, bem como uma deficiência na promoção em saúde sobre câncer, visando à mobilização e conscientização para o cuidado da população com a própria saúde.

Concluiu-se que, para alcançarmos uma diminuição da mortalidade pelo câncer de mama no município de Mossoró, é necessário agir em três frentes: implantar e consolidar o PNEPS, tendo na sua programação a detecção do câncer de mama, visando principalmente aos profissionais da atenção básica de saúde; aumentar a oferta de exames mamográficos disponibilizados para a atenção básica e informatizar todas as UBS do município; incentivar campanhas de Educação em Saúde para a população, despertando o autocuidado pela saúde da mama.

CONTRIBUIÇÃO

O autor Epaminondas de Medeiros Jácome contribuiu para a concepção do estudo, desenho metodológico, coleta e análise dos dados e redação do artigo; Raimunda Magalhães da Silva contribuiu na concepção do estudo, desenho metodológico e revisão crítica do artigo; Marcelo Luiz Carvalho Gonçalves participou do desenho do estudo, análise dos dados e revisão crítica do artigo; e Patrícia Moreira Costa Collares e Isabella Lima Barbosa trabalharam na revisão crítica e redação final do artigo.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integrada à saúde da mulher. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Kligerman. J. O câncer como um indicador de saúde no Brasil. Revista brasileira de cancerologia 1999 jul/agost.;45(3).
3. Freitas F, Menke C H, Rivoire W A, Passos E P. Rotinas em ginecologia. 3. ed. Porto Alegre: Arte Médicas; 1997.
4. National Cancer Institute. Breast cancer risk assessment tool. Disponível em: <http://www.cancer.gov/bcrisktool/breast-cancer-risk.aspx>. Acesso em nov 2009.
5. Instituto Nacional de câncer. (Brasil). Câncer de mama. Rio de Janeiro: INCA; 2008.

6. Godinho E R, Koch H A. Rastreamento do câncer de mama: aspectos relacionados ao médico. *Radiologia Brasileira* 2004; 37(2):91-9.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Programa saúde da família. Brasília – DF. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude>. Acesso em: jan 2009.
8. Ribeiro F A, Rezende P M, Santos S M R, Costa D M N. A competência profissional e a estratégia saúde da família: discurso dos profissionais. *Revista da APS*. 2008 abr./jun.; 11(2): 136-44.
9. IBGE. Estados. Brasília-DF; 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=RN>. Acesso em: fev 2009.
10. Rio Grande do Norte (Estado). Secretaria Municipal de Saúde de Mossoró. A saúde em Mossoró: Departamento de Atenção Integral. Mossoró; 2008.
11. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Controle do câncer de mama. Documento de consenso. Rio de Janeiro:INCA; 2004.
12. Arantes C I S, Montrone A V G, Milioni D B. Concepções e conhecimento sobre amamentação de profissionais da atenção básica à saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]*. 2008;10(4):933-44.
13. Silva M C E S, Kerr L R F C, Galvão T G, Linhares, A M B, Pontes R J S. Perfil do conhecimento sobre a sexualidade e AIDS de profissionais de saúde que atuam nas equipes de programa de saúde da família de Fortaleza, Ceará. *Cadernos de saúde coletiva* 2007 abr.-jun.;15(2):183-98.
14. Machado M H. Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
15. Canesqui A M, Spinelli M A S. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Cad Saude Publica* 2006; 22(9):1881-92.
16. Germano R M, Formiga J M M, Melo M M B, Vilar R L A, Almeida Junior J J. Capacitação das equipes do PSF: desvendando uma realidade. Plano diretor 2004- 2005 do Observatório de Recursos Humanos em Saúde (NESC/ UFRN); 2005.
17. Parada R, Assis M, Silva R C F, Abreu M F, Silva M A F, Dias M B K, Tomazelli J G. A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. Rio de Janeiro. *Revista da APS*. 2008, abr.-jun.; 11(2): 199-206.
18. Melo M L C, Nascimento M A A. As políticas de capacitação de recursos humanos em um sistema municipal de saúde. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador. 2001 abr.; 14(1): 73-81
19. Shen Y, Parmigiani G. A model-based comparison of breast cancer screening strategies: mammograms and clinical breast examinations. *Cancer Epidemiologic Biomarkers Prevention*. 2005; 14:529-32.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Lei Nº 11.664 de 24 de abril de 2008. *JusBrasil Legislação*. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/93804/lei-11664-08>. Acesso em: out 2009.
21. Scliwitz M L, Meneses A M B, Gigante D P, Tessaro S, Godinho E, Koch H A. Rastreamento do câncer de mama: aspectos relacionados ao médico. *Radiologia Brasileira* 2004; 37(2):91-9.
22. Vieira A V, Koch H A. Conhecimento sobre mamografia por mulheres que frequentam o Serviço de Radiologia da SCMRJ. *Revista brasileira de mastologia* 1999; 9: 56–67.
23. Ceccim R B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Comunicação, Saúde e Educação*. 2005 fev.; 9(16): 161-77
24. Molina L, Dalben I, Luca L A. Identificar e analisar as oportunidades de diagnóstico precoce para neoplasias malignas de mamas disponíveis para as mulheres do município de Botucatu. *Rev Assoc Med Bras* 2003 abr/ jun; 49(2):185-90.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília; 2006.



Abstract

Introduction: Breast cancer is a heterogeneous and complex disease observed by multiple forms of clinical and morphological presentations, degrees of tumor aggressiveness and metastasis potential. In this way, in order to comply with the Unified Health System principles, the Ministry of Health prioritized the family as the basic unit for assistance.

Objective: To investigate the knowledge, attitude and practices of doctors and nurses from the Family Health Care Strategy in Mossoró, Rio Grande do Norte, Brazil, as to breast cancer early detection. **Methodology:** A cross-sectional and inferential study. Data was collected in March 2008 and a self-applied questionnaire was given to 33 doctors and 47 nurses whose average age was 42. **Results:** It was observed that the years at work and the high turnover rate among health care professionals made it difficult for their capacitation. There is a valorization of the clinical breast exam in detriment to a mammography request to early diagnose breast cancer. An insufficient number of skilled health professionals and the population's lack of knowledge are limiting factors to screen breast cancer. Young women in the high risk group do not usually receive a mammography request. **Conclusion:** It was observed a need to qualify these professionals to consolidate the National Program for Permanent Health Education, increase the offer of mammograms and promote health education for the general public.

Key words: Breast Neoplasms; Health Knowledge; Attitudes Practice; Physicians; Nurses; Unified Health System; Mossoró City

Resumen

Introducción: El cáncer de mama es una enfermedad heterogénea y compleja, observada por las múltiples formas de presentación clínica y la morfología, el grado de agresividad del tumor y el significado metastático. En este sentido para cumplir con los principios del Sistema de Salud, el Ministerio de Salud ha dado prioridad a la familia como elemento básico para la asistencia. **Objetivo:** Investigar el conocimiento, actitud y prácticas de los médicos y enfermeros en la Estrategia de la Salud de la Familia en Mossoró (RN) con respecto a la detección temprana del cáncer de mama.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal e inferencial, en que la recogida de datos tuvo lugar en marzo de 2008, fue utilizado cuestionario auto aplicable. Participaron 33 médicos y 47 enfermeros, con edad media de 42 años.

Resultados: El tiempo de trabajo y el volumen de actuación en la atención básica entre los profesionales de la salud en el servicio, dificulta su formación. Hay una valorización del examen clínico de la mama, en lugar de la solicitud de la mamografía en busca del diagnóstico precoz del cáncer de mama. La escasez de profesionales de salud cualificados y el desconocimiento de la población son factores limitantes para el rastreamiento del cáncer de mama. Hay poca práctica de se hacer la mamografía en las mujeres jóvenes en alto riesgo. **Conclusión:** Hay una necesidad de profesionales cualificados para fortalecer el Programa Nacional de Educación Continua en Salud, aumentar la oferta de exámenes de mamografía y de promover la educación para la salud de la población.

Palabras clave: Neoplasias de la Mama; Conocimientos; Actitudes y Práctica en Salud; Médicos; Enfermeros; Sistema Único de Salud; Mossoró (RN)

