

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE
MESTRADO EM SAÚDE E AMBIENTE

ANA LÍVIA PONTES DE LIMA

**FATORES INDIVIDUAIS E AMBIENTAIS NAS PRÁTICAS PREVENTIVAS DO
CÂNCER DE MAMA EM MULHERES**

São Luís

2014

ANA LÍVIA PONTES DE LIMA

**FATORES INDIVIDUAIS E AMBIENTAIS NAS PRÁTICAS PREVENTIVAS DO
CÂNCER DE MAMA EM MULHERES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Saúde e Ambiente.

Orientador: Prof. Dr. István van Deursen
Varga

São Luís

2014

Lima, Ana Livia Pontes de

Fatores individuais e ambientais nas práticas preventivas do câncer de mama em mulheres / Ana Livia Pontes de Lima. _ São Luís, 2014.

70 f.

Orientador: Prof. Dr. István van Deursen Varga.

Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) – Universidade Federal do Maranhão, 2014.

1. Câncer de mama. 2. Promoção da saúde. 3. Saúde pública. I. Título.

CDU 618.19-006:614.2(812.1)

ANA LÍVIA PONTES DE LIMA

**FATORES INDIVIDUAIS E AMBIENTAIS NAS PRÁTICAS PREVENTIVAS DO
CÂNCER DE MAMA EM MULHERES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Saúde e Ambiente.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. István van Deursen Varga (Orientador)
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Dr.^a Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Dr.^a Ana Hélia de Lima Sardinha
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Luís Eduardo Batista
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Ao meu filho João Gabriel, presente de Deus, guerreiro, que me ensinou a mais linda lição de vida: lutar, ter fé e nunca desistir dos sonhos.

AGRADECIMENTOS

Início meus agradecimentos a DEUS, já que Ele colocou pessoas tão especiais ao meu lado, sem as quais certamente não teria conseguido elaborar este trabalho!

A Universidade Federal do Maranhão, minha segunda casa desde a época de graduação, em especial a todos os professores e funcionários do Programa de Pós Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade por abrir as portas para que eu pudesse realizar o sonho de ser Mestre em Saúde e Ambiente.

Ao Prof. Dr. István van Deursen Varga pela orientação, sensibilidade, mas principalmente pela sabedoria e incentivo para o término do trabalho.

Ao professor Luís Eduardo Batista pela disciplina ministrada no Mestrado em Saúde e Ambiente que ampliou os meus conhecimentos possibilitando uma nova abordagem para o desenvolvimento desta dissertação.

As professoras Ana Hélia de Lima Sardinha e Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues pelas contribuições maravilhosas durante a etapa da qualificação.

A equipe de saúde que compõe a Unidade Básica de Saúde Guanaré, em especial a Enfermeira Antonilde e as Agentes Comunitárias de Saúde: Joilza, Ana Márcia, Rosilene e Raimunda.

As mulheres moradoras da Vila dos Frades no Coroadinho pela participação na pesquisa, sem as quais esse trabalho não poderia ser realizado.

Aos colegas de curso pela maravilhosa convivência nestes dois últimos anos, em especial a Rosely Brito, Iramar Borba, Joslea Rodrigues e Antonilde Ribeiro que compartilharam momentos agradáveis em sala de aula, congressos e viagens. Além dos almoços regados a risadas no restaurante “La madre”.

A minha amiga Adriana Guimarães Sá pela dedicação e paciência durante a análise dos dados.

A todos aqueles que participaram direta ou indiretamente das etapas deste trabalho.

A minha mãe Gloria Pontes, minha rainha, pelo seu apoio incondicional, pelos cuidados dispensados ao nosso tesouro João Gabriel, enquanto eu me dedicava às atividades da pesquisa. Você sempre acreditou em mim e incentivou a concluir este trabalho mesmo diante de todas as dificuldades.

Ao meu papai João Alves por tudo que você me ensinou. Sua generosidade, simplicidade, seu amor incondicional, carinho e afeto me fizeram ser uma pessoa melhor.

Aos meus irmãos Ana Lidia Mendes e Rogério Lima por estarem ao meu lado em todos os momentos. Vocês são tudo em minha vida!

Por fim, agradeço ao meu esposo, Alysson Gabriel Ferreira de Queiroz, por ter me dado o maior presente do mundo o nosso guerreiro João Gabriel. Você foi meu alicerce, meu suporte emocional nos momentos turbulentos e de incertezas durante o período de internação do nosso filho. Não encontro palavras que consigam te agradecer, simplesmente fico completamente envolvida por um enorme sentimento: gratidão. Muito obrigada.

"O prazer do trabalho aperfeiçoa a obra."

Aristóteles

RESUMO

O câncer de mama é um problema de saúde pública cuja incidência vem aumentando vertiginosamente em praticamente todo o mundo. Atualmente 45,3% dos casos diagnosticados no Brasil já estão em estágio avançado, piorando os prognósticos. Portanto, o controle de câncer de mama deve priorizar ações de prevenção e detecção precoce através dos exames preconizados: o autoexame (favorecendo o autoconhecimento corporal), o exame clínico e a mamografia, além do monitoramento dos fatores de risco dessa patologia. Devido à estreita relação entre diagnóstico precoce e melhora no prognóstico da doença, o presente estudo visa estudar as práticas de prevenção do câncer de mama em mulheres na faixa etária de 40 a 69 anos, residentes em uma comunidade de São Luís - MA. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado no período de abril a agosto de 2014, com 265 mulheres na faixa etária de 40 a 69 anos residentes na Vila dos Frades no Coroadinho, em São Luís- Maranhão. Os resultados revelam que a maioria das mulheres entrevistadas tem idade entre 40 a 44 anos (28,3%), ensino fundamental incompleto (40,4%), são casadas ou em união estável (52,5%), pardas (57,7%), desempregadas (49,8%), com a renda familiar menor que um salário mínimo (55,5%). Não foi evidenciado fatores de risco individuais para câncer de mama como menarca precoce (22,6%), uso de anticoncepcional oral, injetável ou adesivo (20%), nuliparidade (2,6%), menopausa tardia (42,7%), faz TRH (20,6%). Na análise dos fatores de risco ambientais observaram-se baixos percentuais de etilismo (35,1%) e tabagismo (21,1%), por outro lado, prevalece o sedentarismo (78,9%). As entrevistadas estavam com sobrepeso (44,9%) e a circunferência abdominal acima de 88 centímetros (61,9%). Quanto à prática preventiva para detecção precoce do câncer de mama, considerando a faixa etária preconizada para cada exame, observou-se a na faixa etária de 40 a 49 anos 73,1% realizaram o exame clínico seguido do autoexame, enquanto que em mulheres entre 50 e 69 anos a mamografia foi o exame preferencial (68,3%). Das mulheres entrevistadas, 53,2% relataram adoecimento no último ano, a maioria procurou espontaneamente assistência médica (87,6%), sendo o SUS o principal serviço de saúde referido (74,5%). Conclui-se que apesar de boa adesão às práticas preventivas do câncer de mama, há necessidade de mudança nos padrões comportamentais que podem ser estimulados através da implementação de medidas abrangentes e intersetoriais, como a maior divulgação de projetos públicos existentes na área, visando estimular a prática de atividade física, pois essa medida é prioritária no controle de doenças crônicas não transmissíveis, a exemplo do câncer de mama.

Palavras-chave: Câncer de mama. Exames. Prevenção.

ABSTRACT

Breast cancer is a public health problem whose incidence has risen dramatically in virtually all the world. Currently 45.3% of cases diagnosed in Brazil are in an advanced stage worsening the prognosis. Therefore, the control of breast cancer should prioritize prevention and early detection through recommended tests: self examination (favoring corporal self) clinical examination and mammography as well as monitoring of the risk factors of this disease. Due to the close relationship between early diagnosis and improved prognosis this study aims to examine the practices of prevention of breast cancer in women aged 40-69 years living in a community of São Luís - MA. This is a descriptive cross-sectional study with a quantitative approach performed in the period April to August 2014 with 265 women aged 40-69 years residing in the Town of Friars in Coroadinho in Maranhão São Luís. The results reveal that most of the women interviewed were aged 40-44 years (28.3%) incomplete primary education (40.4%) are married or in a stable relationship (52.5%), brown (57, 7%) unemployed (49.8%) with family income less than minimum wage (55.5%). It was evidenced individual risk factors for breast cancer such as early menarche (22.6%) use of oral injectable or patch contraceptives (20%) nulliparity (2.6%) and late menopause (42.7%) makes TRH (20.6%). In the analysis of the environmental risk factors observed lower percentages of alcohol consumption (35.1%) and smoking (21.1%) on the other hand the prevailing sedentary lifestyle (78.9%). The interviewees were overweight (44.9%) and abdominal circumference greater than 88 cm (61.9%). Regarding preventive practice for early detection of breast cancer, considering the age range recommended for each examination, we observed the aged 40 to 49 years 73.1% underwent clinical examination followed by self-examination, while in women 50 and 69 years was the preferred mammography examination (68.3%). Women interviewed 53.2% reported illness in the last year most spontaneously sought medical care (87.6%) with the SUS primary health service referred (74.5%). We conclude that although there is good adherence to preventive practices for breast cancer the need for change in behavioral patterns that can be stimulated through the implementation of comprehensive and intersectoral measures, such as greater public disclosure of existing projects in the area aiming to stimulate physical activity, as this measure is a priority in the control of non-communicable chronic diseases such as breast cancer.

Keywords: Breast cancer. Examinations. Prevention.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Taxas de mortalidade por câncer de mama feminina, específicas por faixas etárias, por 100.000 mulheres Brasil, 1980 – 2011	23
Figura 2 –	Mortalidade proporcional não ajustada por câncer de mama em mulheres da Região Nordeste, entre os anos de 2000 a 2012.....	23
Figura 3 –	Taxas de mortalidade das cinco localizações mais frequentes em 2012, ajustadas por idade, pela população mundial, por 100.000mulheres, São Luís-MA, entre 2000 e 2012.....	24
Figura 4 –	Pirâmides etárias do Brasil de 2000 e 2005 e projeções para 2040 e 2045.....	27
Figura 5 –	Divisão do município de São Luís em Distritos Sanitários.....	50

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Condições sanitárias e de moradia das 265 mulheres entrevistadas na Vila dos Frades, Coroadinho, São Luís-MA, 2014.....	40
Gráfico 2 –	Percentual de mulheres entrevistadas segundo fatores de risco individuais do câncer de mama da Vila dos Frades no Coroadinho, São Luís-MA, 2014.....	41
Gráfico 3 –	Distribuição percentual do relato de fatores de risco ambientais relacionados ao câncer de mama, Coroadinho, São Luís-MA, 2014.....	42
Gráfico 4 –	Distribuição numérica das mulheres entrevistadas segundo relato de adoecimento no último ano e busca espontânea de serviços de saúde, Coroadinho, São Luís-MA, 2014.....	45
Gráfico 5 –	Distribuição numérica das 106 mulheres do Coroadinho segundo local de consulta no serviço de saúde, São Luís-MA, 2014.....	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição numérica e percentual das 265 mulheres entrevistadas de acordo com as características socioeconômicas, Coroadinho - São Luís 2014.....	38
Tabela 2 –	Distribuição numérica e percentual das mulheres segundo avaliação da circunferência abdominal e cálculo de Índice de Massa Corpórea, Coroadinho - São Luís, 2014.....	43
Tabela 3 –	Distribuição numérica e percentual do relato de realização e periodicidade dos exames preventivos de câncer de mama segundo faixa etária das mulheres entrevistadas na Vila dos Frades no Coroadinho, São Luís-MA, 2014.....	44

LISTA DE SIGLAS

ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AEM	Autoexame das mamas
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DS	Distritos Sanitários
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corpórea
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRH	Terapia de Reposição Hormonal
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
2.1	Histórico do câncer no Brasil	16
2.2	Epidemiologia	22
2.3	Câncer e o ambiente	25
2.4	Práticas preventivas	29
3	OBJETIVOS	
3.1	Geral	33
3.2	Específicos	33
4	METODOLOGIA	
4.1	Tipo de estudo	34
4.2	Local de estudo e sujeitos da pesquisa	34
4.3	Instrumento da pesquisa e coleta de dados	35
4.4	Processamento e análise estatística dos dados	37
4.5	Aspectos éticos e legais	37
5	RESULTADOS	38
6	DISCUSSÃO	46
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
	REFERÊNCIAS	56
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	62
	APÊNDICE B – MODELO DE QUESTIONÁRIO APLICADO À MULHER .	
	APÊNDICE C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é um grupo heterogêneo de doenças que apresentam comportamentos distintos. A heterogeneidade pode ser identificada nas diversas manifestações clínicas e morfológicas, diferentes assinaturas genéticas e consequentes diversas respostas terapêuticas. Apesar dos importantes avanços ocorridos nas últimas décadas continua sendo um desafio para a saúde pública mundial (INCA, 2014a).

Essa patologia está associada à alteração da imagem corporal da mulher o que pode repercutir na vida sexual e conjugal, afetando as relações sociais, a autoestima e o sentimento de feminilidade produzindo efeitos nocivos em sua qualidade de vida e podendo desencadear sintomas de ansiedade e depressão (ALMEIDA; GUERRA; FILGUEIRAS, 2012).

É a principal causa de mortalidade em mulheres no Brasil tendo origem multifatorial provocada por mutações nas células mamárias e que não apresenta uma causa definida. Devido a sua complexidade e aumento do número de casos de câncer de mama no país registrados nos últimos 20 anos tornou-se um problema de saúde pública, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a situá-la entre as seis prioridades de sua gestão (BRASIL, 2006a).

O câncer de mama tem sido abordado amplamente na literatura técnico-científica principalmente em razão da alta incidência, prevalência e mortalidade. No entanto, apesar dos índices elevados, um terço das mortes poderia ser evitado se o conhecimento e os recursos atuais de diagnóstico e tratamento fossem disponibilizados precocemente (MELO; SOUSA, 2012; TRUFELLI et al., 2008).

Diante das limitações da etiologia da doença as estratégias efetivas para a prevenção do câncer de mama do ponto de vista da Saúde Pública passam a ser direcionadas à detecção precoce a partir da identificação precoce dos fatores de risco. O fator de risco é definido como algo capaz de aumentar a chance de adquirir uma determinada patologia podendo ser modificados, ou não, por hábitos de vida (INCA, 2010).

Os principais fatores de riscos estão ligados a fatores individuais como os relacionados à idade, aspectos endócrinos e genéticos. Entre os fatores endócrinos cita-se menarca precoce, menopausa tardia, primigesta após os 30 anos, nuliparidade e terapia de reposição hormonal pós-menopausa. Outros fatores são

ambientais associados às possíveis mudanças comportamentais como o etilismo, mesmo em quantidade moderada (30g/dia), a obesidade e o sedentarismo. A prática de atividade física e o aleitamento materno são considerados fatores de proteção. A predisposição genética está associada à presença de mutações em determinados genes. Entretanto, o câncer de mama de caráter hereditário corresponde a cerca de 5-10% do total de casos (INCA, 2014).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) reconhecendo a detecção precoce do câncer de mama como parte essencial para o prognóstico da doença estabeleceu em seu Documento de Consenso para o controle do câncer de mama que mulheres a partir de 40 anos devem realizar anualmente o Exame Clínico das Mamas (ECM). As mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos devem submeter-se a mamografia bianual, já nas mulheres acima dos 35 anos que tenham risco aumentando para o desenvolvimento da patologia o procedimento deve ser realizado anualmente.

A ampliação das ações de rastreamento do câncer de mama conforme as faixas etárias preconizadas possibilitará maior identificação da doença por imagem e menos por sintoma, ampliando as possibilidades de intervenção conservadora e prognóstico favorável.

No entanto, destaca-se que mesmo em países com boa organização e cobertura nos serviços de rastreamento aproximadamente metade dos casos detectados estão na fase sintomática da doença, o que reforça a necessidade de valorização do diagnóstico precoce (INCA, 2014).

Percebe-se, portanto a importância do monitoramento das ações preventivas e da identificação de fatores de risco do câncer de mama, pois a análise de ambos são essenciais para minimizar a exposição das mulheres a essa patologia. Esse tema tem maior relevância quando associado ao crescimento sem planejamento das cidades, pois estas áreas geralmente possuem elevada densidade populacional e deficiência em diversas escalas de análise. Neste contexto, o sistema urbano adquire um elevado grau de complexidade, cujos elementos e funções estão estreitamente relacionados aos riscos à saúde da população.

Dessa forma, objetiva-se com este trabalho estudar as práticas de prevenção do câncer de mama em mulheres na faixa etária de 40 a 69 anos, residentes em uma comunidade de São Luís-MA. Essas informações serão de extrema utilidade para subsidiar a atuação dos profissionais de saúde e gestores no planejamento de estratégias específicas.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Histórico do câncer no Brasil

A maioria dos dados contidos nesse capítulo foi extraída da publicação do INCA feita no ano de 2006, intitulada “Situação do câncer no Brasil”, onde foi abordado o histórico do controle do câncer no Brasil.

No início do século passado, as endemias ocupavam a atenção das políticas de saúde no Brasil, enquanto o câncer despontava entre as doenças de maior taxa de mortalidade nos países desenvolvidos. O crescente número de casos na Europa e nos Estados Unidos resultou na inclusão de propostas para uma política anticâncer no Brasil, em 1920 no governo de Epitácio Pessoa. Através do Decreto nº 14.354 foi proposto por Carlos Chagas a inclusão de uma rubrica específica para o câncer nos impressos de óbito distribuídos em inspetorias, delegacias de saúde e farmácias, assim como a notificação compulsória, no intuito de produzir medidas sanitárias eficientes (BRASIL, 2006d).

Assim, o primeiro plano anticâncer brasileiro foi apresentado pelo obstetra Fernando Magalhães no Primeiro Congresso Nacional dos Práticos, em setembro de 1922 a partir de dados referentes à população do então Distrito Federal. Além de constatar de maneira pioneira em operários a relação entre câncer e substâncias como alcatrão, resinas, parafinas, anilinas primeiros números, a partir de dados colhidos nas Casas de Misericórdia, ainda que precários. Essa patologia ficou conhecida como “mal universal”, sendo um dos desafios a serem enfrentados pela agenda republicana, segundo a qual os dilemas que atingiam a nação só poderiam ser respondidos com um saber próprio sobre o país. Sendo assim, o câncer começaria a migrar de encargo exclusivo da área médica para um problema de saúde pública (BRASIL, 2006d).

Diante dessa situação, novas tecnologias foram incorporadas no combate às neoplasias como a eletrocirurgia, Raios-X e radium, impulsionando as políticas de profilaxia do câncer no Brasil, modificando ainda que lentamente o paradigma de “incurável” para “recuperável”. Em 1922, a iniciativa privada fundou o Instituto de Radium, em Belo Horizonte que foi o primeiro centro destinado à luta contra o câncer no país, exequível pela persistência de Borges da Costa e o orçamento do governo Arthur Bernardes.

A partir da década de 20, a influência das políticas anticâncer positivas em países desenvolvidos, principalmente França e Alemanha, incentivaram os pesquisadores Eduardo Rabello, Mario Kroeff e Sérgio Barros de Azevedo a analisar o câncer como um processo sanitário gerenciado pelo Estado.

No entanto, os investimentos na construção de um aparato hospitalar para tratamento e estudo do câncer viriam somente no início da década de 30, no Governo Provisório de Getúlio Vargas com o Decreto-Lei nº 378 que criou o Centro de Cancerologia, no Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal, no Rio de Janeiro, embrião do Instituto Nacional de Câncer, que seria inaugurado no ano seguinte pelo próprio Getúlio Vargas e Mario Kroeff, já no período do Estado Novo (BRASIL, 2006d).

O projeto anticâncer destacou-se em caráter nacional em 23 de setembro de 1941, com a criação do Serviço Nacional de Câncer (SNC), destinado a organizar, orientar e controlar a campanha de câncer em todo o país, como previa o Decreto-Lei nº 3.643. Sendo responsável pela coordenação das ações em estados e municípios, e pelo incentivo à criação de organizações privadas que se estenderiam, com o passar dos anos, a todo o território. No entanto, no ano de 1943 o SNC passou por um processo de descontinuidade em virtude do despejo de sua sede pela Polícia Militar, como parte do esforço de guerra, e realocação em espaço inadequado, na Lapa. Em seguida no ano de 1946 enquanto negociava a construção de uma sede central, também no Distrito Federal, o SNC ocuparia parte das dependências do Hospital Graff ré e Guinle (BRASIL, 2006d).

No mesmo ano, o SNC voltou-se para a estratégia da prevenção e do diagnóstico precoce da doença, embasado no contexto da nova definição de saúde, como o completo bem-estar físico, social e mental, e não apenas ausência de doença – conforme proposta da então recém fundada Organização Mundial de Saúde (OMS), com participação do Brasil. Com a mudança de foco as políticas de câncer, a partir de 1951, ganharam maior visibilidade entre a população, e em consequência, entre os legisladores, garantindo suporte orçamentário adequado para a expansão da campanha anticâncer no Brasil e a conclusão do Hospital Instituto Central (INCA), sede do SNC, no Rio de Janeiro, inaugurado em agosto de 1957 por Juscelino Kubitschek e Ugo Pinheiro Guimarães (BRASIL, 2006d).

Essa ação ousada levou a União Internacional de Controle do Câncer (UICC) a convocar no ano de 1954 o 6º Congresso Internacional de Câncer, no

Brasil que foi organizado em São Paulo por um dos integrantes de sua diretoria executiva, então diretor do SNC, Antônio Prudente. Tendo as seguintes resoluções: a adoção pela OMS do conceito de controle – consistindo em meios práticos aplicados às coletividades capazes de influenciar a mortalidade por câncer; e uma nomenclatura de neoplasmas para uso internacional, que posteriormente foi aprimorada para Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O).

Com o fortalecimento do papel do SNC e o aprimoramento dos conceitos houve uma mudança de pensamento na política anticâncer, considerando a epidemiologia no câncer observando as condições ambientais, a extensão territorial e os contrastes do país. Ao mesmo tempo, evidenciava-se entre os especialistas que a manifestação dos sintomas era na fase tardia da patologia, o que fundamentaria a discussão para a difusão de práticas preventivas e diagnóstico. Assim, a contribuição do período desenvolvimentista às políticas de controle do câncer foi o reconhecimento de que os programas sanitários onerosos estavam em desacordo com a realidade do país, além da necessidade de uma relação mais harmoniosa entre investimentos em saúde e desenvolvimento econômico. Influenciado pelo sucesso das iniciativas do SNC e do INCA, a partir de 1965 houve o planejamento de reuniões anuais de representantes das organizações vinculadas à campanha anticâncer visando uma política unificada, com bases sólidas em todo o país, resultando na criação do Decreto nº 61.968, de dezembro de 1967, da Campanha Nacional de Combate ao Câncer (BRASIL, 2006d).

Na contramão dos avanços, no fim dos anos 60 surgiram os conceitos da medicina liberal que relacionavam o câncer a problemas individuais. Além disso, o Plano Nacional de Saúde formulado pelo ministro Leonel Miranda transferiria o INCA, braço executivo do SNC, para o Ministério da Educação. Essa nova dinâmica propiciou um rentável campo de incursão médico-cirúrgica para a iniciativa privada, o esvaziamento gradual do vocábulo *câncer*, que estaria associado à morbidez, em favor de terminologia menos comprometida, como “doenças crônico-degenerativas”. Com a interrupção das políticas anticâncer e o fortalecimento do privado em detrimento do público houve em 1970 a decadência do INCA e a extinção do SNC, transformado pelo Decreto nº 66.623 em Divisão Nacional de Câncer, de caráter técnico-normativo, administrada de Brasília e vinculada à Secretaria de Assistência Médica.

Porém em 1980, surge uma ação administrativa inédita, denominada co gestão que aprimoraria, com agilidade e flexibilidade, o controle do câncer no Brasil. Tratava-se de uma combinação administrativo-financeira entre os Ministérios da Saúde e da Previdência Social para implementação de programas da Campanha Nacional de Combate ao Câncer, entre eles o Programa de Oncologia (Pro-Onco) que foi originado a partir da necessidade da unificação da produção de informações em câncer, o que estruturaria e ampliaria as bases técnicas em âmbito nacional nas áreas de educação, informação e controle do câncer (BRASIL, 2006d).

A Constituição Federal de 1988 mudaria significativamente a estrutura sanitária brasileira, destacando-se a caracterização dos serviços e das ações de saúde como de relevância pública e seu referencial político básico. Esta diretriz seria regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, em 1990. No conjunto das demandas do SUS em relação ao câncer coube ao INCA o papel diretivo da política nacional no controle de câncer no Brasil.

A Política de Saúde do Brasil impulsionada pela mobilização de diversos setores da sociedade brasileira concretizou-se através do SUS, com seu marco legal consolidado na Constituição Federal de 1988, como um sistema de direito universal, descentralizado e participativo, caracterizado principalmente por ações preventivas (BRASIL, 2006b).

Essa mudança na saúde proporcionou uma reestruturação dos serviços de saúde, com destaque para o acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção básica referentes à prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde. Dessa forma, algumas patologias que necessitavam de rastreamento oportunístico se beneficiaram, pois, a medicina curativa dos serviços de saúde que pouco favorecia o tratamento perdeu espaço, sendo substituída por ações de prevenção e promoção da saúde, com a vigilância de fatores de risco que as desenvolvem. Sendo assim, as políticas públicas relacionadas ao câncer passaram a enfatizar prioritariamente as ações preventivas (BRASIL, 2006c).

O governo brasileiro incentivado pela Conferência Mundial das Mulheres que ocorreu na China em 1995 e alicerçado no quadro epidemiológico e histórico do câncer decidiu por intermédio do INCA/MS desenvolver um programa voltado para prevenção. Surge então um programa voltado para saúde da mulher intitulado Programa Viva Mulher destinado a realização do rastreamento do câncer de colo uterino (INCA, 2014).

Em 1998, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero, por meio da Portaria GM/MS nº 3040/98, e foram iniciadas ações para formulação de diretrizes e estruturação da rede assistencial na detecção precoce do câncer de mama.

A prevenção e detecção precoce desses cânceres exigem monitoramento e avaliação constantes das ações de saúde visando à redução dos indicadores de mortalidade por essas neoplasias. Por isso, concebe-se que os sistemas de informação são ferramentas indispensáveis à gestão dos programas de saúde, capazes de subsidiarem tomadas de decisão embasadas no perfil epidemiológico e na capacidade instalada de cada localidade.

O Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) foi implantado em 1999, pela Portaria nº 408, de 30/08/1999 sofrendo alteração em 2006 visando incorporar a atualização da Nomenclatura Brasileira de Laudos Citopatológicos.

O Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA) foi instituído no ano de 2008 pela Portaria SAS nº 779 entrando em vigor em junho de 2009 tornando-se uma ferramenta de gerenciamento das ações de detecção precoce do câncer de mama capaz de estimar a cobertura da população-alvo e qualidade dos exames, a distribuição dos diagnósticos, a situação do seguimento das mulheres com exames alterados, dentre outras informações relevantes ao acompanhamento e melhoria das ações de rastreamento, diagnóstico e tratamento (INCA, 2014c).

Em março de 2011 a Presidente Dilma Rousseff lançou o Plano de Fortalecimento das Ações de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer do Colo do Útero e de Mama. A vigilância do câncer e a melhoria dos sistemas de informação fazem parte dos eixos de ação desse plano, o que possibilitou o desenvolvimento do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), instituído pela Portaria nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013. Esse sistema de informações integra e substitui os sistemas oficiais de informação dos Programas Nacionais de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama (SISCOLO e SISMAMA) (INCA, 2013a).

Entre outros avanços que abordam o câncer cita-se a Portaria nº 252 de 19 de fevereiro de 2013 que institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS tendo como objetivo a realização da atenção de forma integral aos usuários com doenças crônicas, nos diversos pontos de atenção, através de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção

de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.

Logo em seguida foi criada a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Portaria nº 874 de 16 de maio de 2013. O principal objetivo é a redução da mortalidade, de incapacidades decorrentes da patologia e a diminuição da incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos.

2.2 Epidemiologia

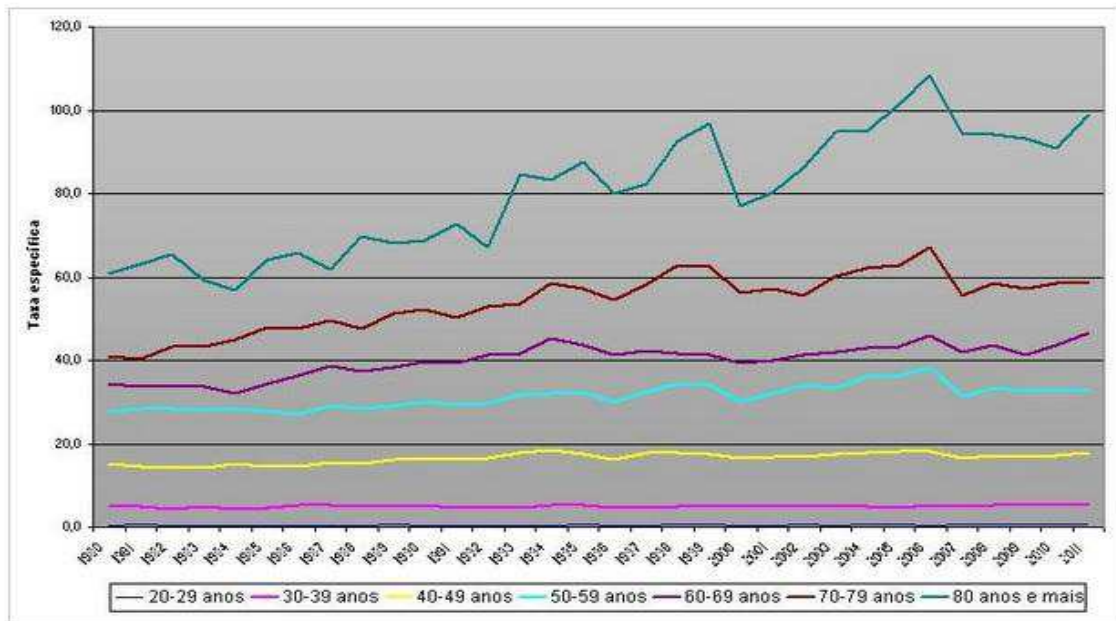
O tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo mundo tanto nos países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos é o câncer de mama. Cerca de 1,67 milhões de novos casos dessa neoplasia foram esperados no mundo em 2012, o que representou 25% dos demais diagnosticados em mulheres. As taxas de incidência variam entre as diferentes regiões do mundo. No ano de 2012 os maiores registros foram na Europa Ocidental (96/100mil) e os menores na África Central e na Ásia Oriental (27/100mil). A sobrevivência das mulheres aumentou nos últimos 40 anos, nos países desenvolvidos atualmente é de 85% em cinco anos, enquanto nos países em desenvolvimento permanecem os valores entre 50% e 60% (INCA, 2014a).

Em 2030, a carga global será de 21,4 milhões de casos novos de câncer e de 13,2 milhões de mortes por câncer, em consequência do crescimento e do envelhecimento da população, bem como da redução na mortalidade infantil e das mortes por doenças infecciosas em países em desenvolvimento (INCA, 2014a).

No Brasil, o câncer de mama é a segunda maior causa de óbitos entre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DNCT), a estimativa para o ano de 2014, válida para o ano de 2015, aponta a ocorrência de aproximadamente 576 mil novos casos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. O câncer de mama feminina será o terceiro mais incidente na população brasileira com 57.120 novos casos e risco estimado de 56,09 casos a cada 100mil mulheres (INCA, 2014a).

A taxa de mortalidade dessa patologia aumenta progressivamente com a idade. Na população feminina abaixo de 40 anos é menor que 20 óbitos a cada 100 mil mulheres, enquanto na faixa etária a partir de 60 anos o risco é mais do que o dobro (Figura 1).

Figura 1 – Taxas de mortalidade por câncer de mama feminina, específicas por faixas etárias, por 100.000 mulheres. Brasil, 1980 - 2011



Fonte: INCA (2014b)

Na região nordeste o câncer de mama é o primeiro entre os demais tipos de câncer mais incidentes, excluído o de pele não melanoma (INCA, 2014b). Nessa região a taxa de mortalidade proporcional não ajustada por câncer de mama variou entre os anos de 2000 a 2012, respectivamente, de 1,28 para 2,18 (Figura 2).

Figura 2 – Mortalidade proporcional não ajustada por câncer de mama em mulheres da Região Nordeste, entre os anos de 2000 a 2012

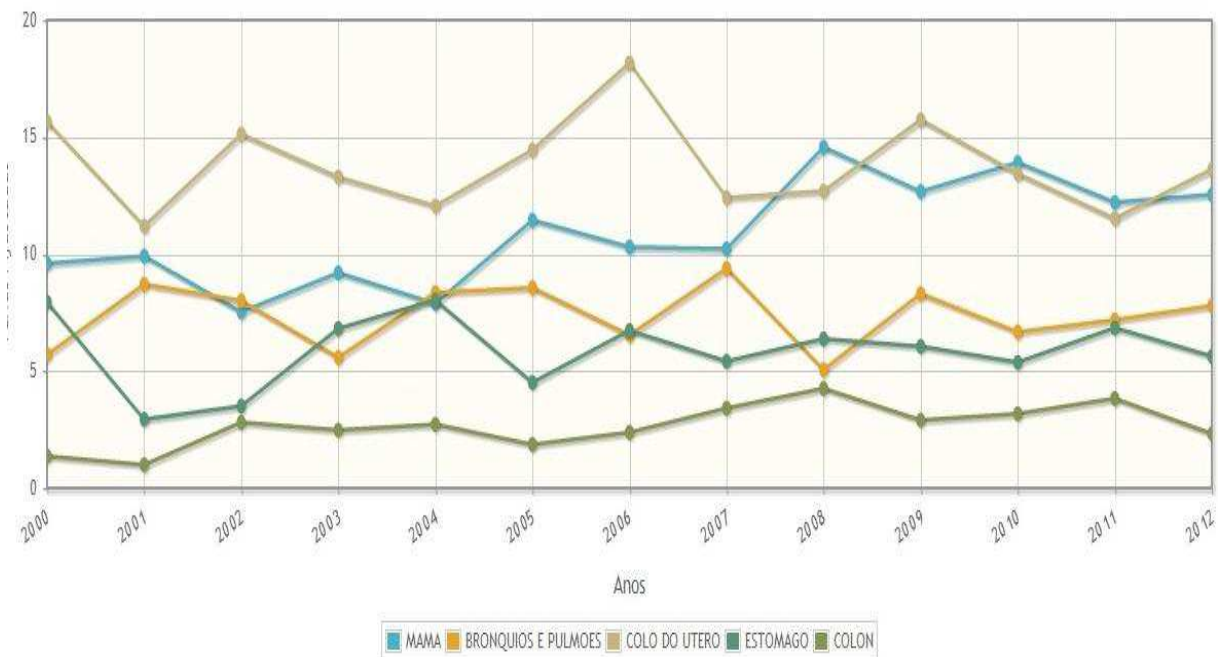


Fonte: INCA (2014b).

No Maranhão o câncer de mama é o segundo tipo mais incidente entre os demais. Segundo estimativas do INCA para o ano de 2014 são esperados 570 novos casos, destes 250 concentrados na capital representando uma taxa bruta de 46,55% (INCA, 2014b).

Em São Luís-MA os três tipos de cânceres mais frequentes nas mulheres são: colo uterino, mama e brônquios/pulmões. As taxas de mortalidade em 2012 foram respectivamente 13,62, 12,54 e 7,79 para cada 100.000 mulheres. Sendo que no período de 2000 a 2012 a taxa de mortalidade por câncer de mama aumentou 2,94 na capital maranhense (Figura 3). No mesmo período 387 mulheres na faixa etária de 40 a 69 anos evoluíram ao óbito, totalizando 87,9% dos casos da Regional de Saúde São Luís¹-MA.

Figura 3 – Taxas de mortalidade das 5 localizações mais frequentes em 2012, ajustadas por idade, pela população mundial, por 100.000mulheres, São Luís-MA, entre 2000 e 2012.



Fonte: INCA (2014b).

Segundo a American Cancer Society (2008) o desenvolvimento ao longo

¹A regional de saúde de São Luís é composta por 4 (quatro) municípios, a saber: Alcântara, São José de Ribamar, São Luís e Raposa.

dos anos de pesquisas experimentais ou de base populacional foi fundamental para a elucidação de fatores associados a um maior risco de desenvolvimento do câncer, possibilitando a classificação de alguns fatores externos como: o fumo, produtos químicos, radiação e agentes infecciosos; e fatores internos como interações hormonais, condições imunológicas e mutações no metabolismo e genéticas. Além do estabelecimento de possíveis associações tendo em vista que tais fatores podem agir de maneira isolada ou combinada.

2.3 Câncer e o ambiente

A ocorrência das doenças evidencia o modo de vida dos indivíduos, suas condições sociais, econômicas, culturais e ambientais. Ao ser criada uma relação, eminentemente concreta, entre a saúde e o ambiente, observa-se que a influência desse último pode ser positiva ou negativa, na medida em que promove condições que propiciam o bem estar e a plena realização das capacidades humanas para todas as populações, ou por outro lado, contribuem para o aparecimento e manutenção de doenças e agravos.

No ambiente, o nível socioeconômico interfere nas relações e hábitos de vida, que por sua vez determinam e/ou contribuem para a existência de condições ou situações de risco que influenciam o padrão e o nível de saúde das populações alterando o perfil de morbimortalidade das patologias.

No contexto dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) existem diversas abordagens para o estudo dos mecanismos através dos quais ocasionam as iniquidades em saúde. Uma delas aborda os “aspectos físicos materiais” na produção da saúde e da doença concebendo que as diferentes rendas influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela inexistência de investimentos em infraestrutura comunitária como saneamento, educação, habitação, serviços de saúde etc., em virtude de processos econômicos e decisões políticas (BUSS; ALBERTO FILHO, 2007).

Nota-se, portanto a relação direta entre o homem e ambiente que reflete o risco de desencadear um processo patológico. O conceito de risco ampliou-se abrangendo as condições de vida e saúde, assumindo significado mais geral e englobando, em sua definição, várias condições que podem ameaçar os níveis de saúde de uma população ou mesmo sua qualidade de vida (BRASIL, 2006d).

O câncer de mama é considerado um problema de saúde pública devido sua alta frequência em todo o mundo, o elevado número de mulheres com diagnósticos tardios e com isso prognósticos são piores o que refletirá no aumento dos gastos com medidas terapêuticas. Situação vivenciada não só em países em desenvolvimento como o Brasil, mas também em países desenvolvidos como Estados Unidos e países da Europa Ocidental. Tal situação deve-se à dificuldade de prevenção primária (eliminar fatores de risco ou diagnosticar e tratar lesões precursoras), observando-se com consequência aumento significativo na incidência e mortalidade decorrentes desta neoplasia (GEBRIM; QUADROS, 2006).

De acordo com Pinotti e Teixeira (2000) a história da epidemiologia de câncer de mama vem do século passado, sendo o estudo epidemiológico do câncer de mama um dos métodos que mais tem ajudado no controle da doença, indica os fatores fisiológicos que podem contribuir para a etiopatogenia da doença, ajudando a determinar os fatores de risco que podem ser modificados para se evitar o desenvolvimento do tumor e permite a identificação das mulheres de maior risco.

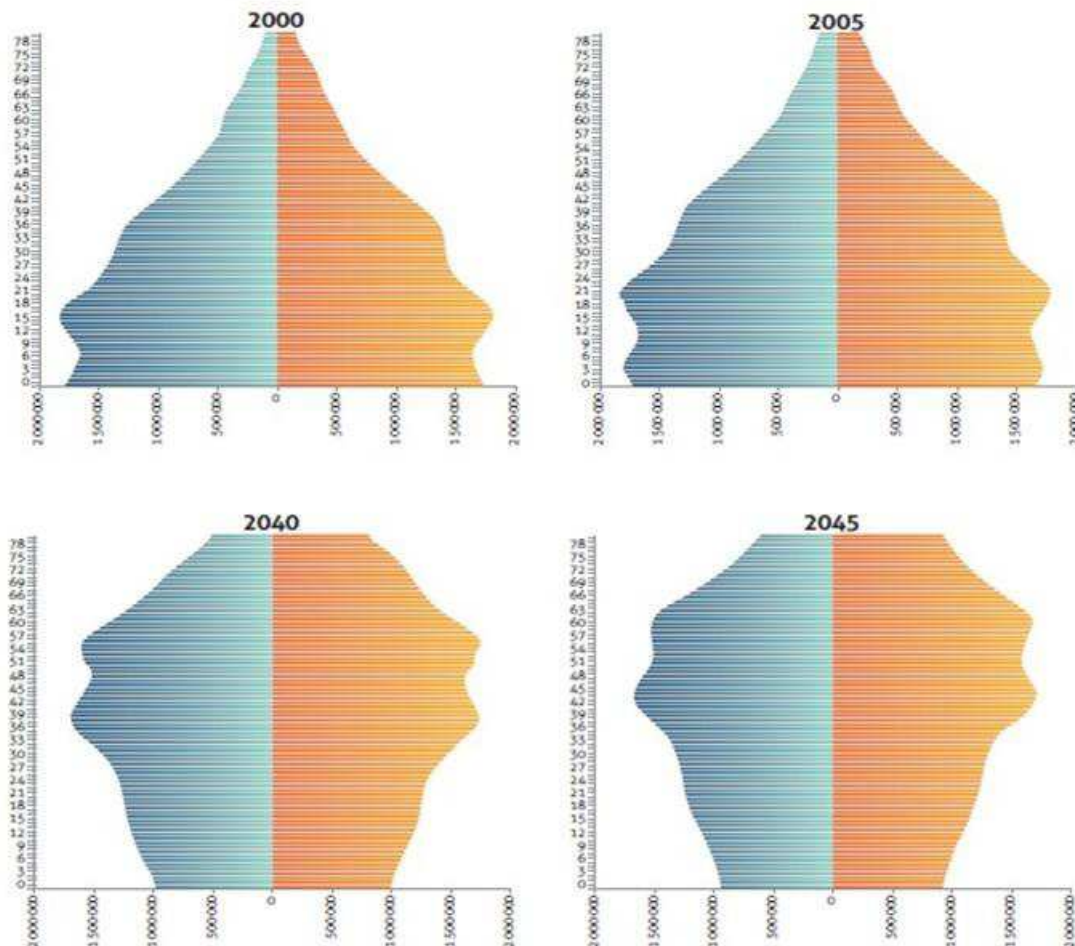
O desenvolvimento deste tipo de câncer decorre de múltiplos fatores associados, dentre os quais se destacam os genéticos, os ambientais e os comportamentais. Estes podem ser considerados não modificáveis, potencialmente modificáveis e modificáveis, respectivamente (INCA, 2011).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (2014) os principais fatores de risco para o câncer de mama estão ligados à idade, fatores endócrinos (relacionados à vida reprodutiva da mulher), genéticos (história familiar de câncer de mama) e hábitos sociais como o consumo de álcool, excesso de peso e o sedentarismo. Além da exposição à radiação ionizante e alta densidade do tecido mamário (razão entre o tecido glandular e o tecido adiposo).

A idade é considerada um dos mais importantes fatores de risco, pois as taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos. Após essa idade ocorre de forma mais lenta, o que reforça a participação dos hormônios femininos na etiologia da doença (INCA, 2014a).

O Brasil está mudando muito rapidamente a sua estrutura etária, reduzindo a proporção de crianças e jovens e aumentando a proporção de idosos e sua expectativa de vida. Essa mudança se faz de forma acelerada e, em breve, teremos pirâmides etárias semelhantes às dos países europeus, conforme disposto na figura 4 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010a).

Figura 4 – Pirâmides etárias do Brasil de 2000 e 2005 e projeções para 2040 e 2045



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010a).

Essas transformações refletem novos desafios para todos os setores, em especial os de saúde, impondo à necessidade de repensar os serviços necessários para as próximas décadas. O aumento de idosos na população acarreta aumento da carga de doenças, em especial as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) uma vez que são as principais causas de mortes no mundo e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza (BRASIL, 2011).

Como nos outros países, no Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis também constituem um problema de saúde de maior magnitude. São

responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%), doença respiratória crônica (5,8%) que atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (BRASIL, 2011).

Outro risco está relacionado a fatores individuais a exemplo dos fatores endócrinos principalmente ao estímulo estrogênico, seja endógeno ou exógeno, com aumento do risco quanto maior for o tempo de exposição. Possuem risco aumentado as mulheres com história de menarca precoce (idade da primeira menstruação menor que 12 anos), menopausa tardia (instalada após os 50 anos de idade), primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade e terapia de reposição hormonal pós menopausa, principalmente se prolongada por mais de cinco anos. Destaca-se a amamentação como fator de proteção.

A história familiar de câncer de mama está associada a um incremento no risco de cerca de duas a três vezes para o desenvolvimento desse tipo de neoplasia, principalmente em parentes de primeiro grau antes dos 50 anos, é importante fator de risco e pode indicar predisposição genética associada à presença de mutações em determinados genes, por exemplo BRCA 1 e BRCA2. Entretanto, o câncer de mama de caráter hereditário (predisposição genética) corresponde a cerca de 5-10% do total de casos. Cerca de nove em cada 10 casos ocorrem em mulheres sem história familiar (INCA, 2011, 2014a).

Apesar da maioria dos casos ocorrerem em mulheres sem histórico familiar, Nelson (2008), em um artigo apresentado na Sétima Conferência Internacional Anual da Associação Americana de Pesquisa de Câncer, afirma que ter dois ou mais casos desta neoplasia entre parentes próximos de quaisquer idades associam-se a um risco de câncer mamário quatro vezes maior do que o evidenciado na população em geral. Assim, mulheres com histórias familiares significativas desta patologia, mesmo sendo negativas para essas mutações, permanecem sob maior risco de desenvolver a doença do que a maioria da população. A partir disso, os especialistas se colocam em alerta a respeito da história clínica familiar de suas pacientes, com objetivo de colher informações sobre o estado de saúde ou a causa da morte de todos os parentes de primeiro grau (pais, irmãos, filhos) e de segundo grau (tias, tios, avós), na tentativa de construir assim, uma árvore genealógica, mais conhecida como heredograma.

De acordo com a OMS, um pequeno conjunto de fatores de risco modificáveis responde pela grande maioria das mortes e por fração importante da carga de doenças devida às Doenças e Agravos Crônicos não Transmissíveis (DANT). Dentre esses fatores, encontram-se o tabagismo, a inatividade física e as dislipidemias (MUNIZ et al., 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Além desses fatores o INCA acrescenta como fator de risco para o câncer de mama a ingestão regular de bebida alcoólica ainda que seja consumida em quantidade moderada (30g/dia), a obesidade, principalmente quando o aumento de peso se dá após a menopausa. A alimentação saudável com a manutenção do peso corporal está associada a um menor risco de desenvolvimento desse tipo de câncer sendo considerada um fator de proteção (INCA, 2014a).

2.4 Práticas preventivas

É provavelmente o mais temido entre as mulheres pelas alterações psicológicas que prejudicam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal. Principalmente por ser uma doença progressiva, representando, em sua trajetória, diferentes situações de ameaça aos seus portadores, como aquelas relacionadas à integridade psicossocial, à incerteza do sucesso no tratamento, à possibilidade de recorrência, à morte, entre outros (ALMEIDA et al., 2001; GEBRIM; QUADROS, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece alguns critérios a serem observados para que uma enfermidade seja foco de rastreamento em massa: a doença deve representar um sério problema de saúde pública, tanto pela sua frequência como pela mortalidade; Deve haver tratamentos disponíveis aos pacientes nos quais a doença foi detectada; Os exames utilizados devem ser aceitos pela população; Deve estar estabelecida a eficácia da detecção na morbidade e na mortalidade (GODINHO; KOCH, 2004).

O câncer de mama atende tais condições e tornou-se uma questão de grande relevância na área da Saúde da Mulher, visto ser a maior causa de óbitos na população feminina principalmente na faixa etária entre os 40 e 69 anos. De acordo com dados apresentados pelo Ministério da saúde com base na Organização Mundial de Saúde registrou-se na década de 60 e 70 um aumento de 10 vezes em suas taxas de incidência (INCA, 2007).

A prevenção do câncer de mama (CM) é bastante complexa porque muitos dos fatores associados a ele são endógenos e, portanto, difíceis de serem controlados. Classicamente a prevenção é dividida em primária e secundária. A prevenção primária busca eliminar ou modificar os fatores de risco para a neoplasia, enquanto a secundária tem como objetivo identificar e tratar os cânceres iniciais. Dentro da prevenção secundária enquadra-se o rastreamento oportunístico. Em última instância, o objetivo do rastreamento do CM é reduzir a mortalidade por esta neoplasia através da identificação e tratamento dos cânceres em estágios mais precoces do que seria feito sem o rastreamento (GODINHO; KOCH, 2004).

Devido às limitações da etiologia da doença uma vez que não se conhece as lesões verdadeiramente precursoras, as práticas para a implementação, junto à população, de estratégias efetivas para a prevenção do câncer de mama, as intervenções, do ponto de vista da Saúde Pública, passam a ser direcionadas à sua detecção precoce a partir dos fatores de risco previamente conhecidos dessa patologia (INCA, 2010).

Nesse contexto, o INCA elaborou em seu Documento de Consenso as recomendações para a prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos no câncer de mama e apontou possíveis estratégias que devem ser utilizadas para a sua implementação no Sistema Único de Saúde e deve basear-se na realização do autoexame das mamas, exame clínico das mamas e da mamografia (INCA, 2010).

No Brasil, a recomendação para o rastreamento de mulheres com risco elevado de câncer de mama, cuja rotina de exames deve se iniciar aos 35 anos, com exame clínico das mamas e mamografia anuais (INCA, 2004). As mulheres na faixa etária entre 40 e 49 anos devem ter as mamas examinadas por profissionais da saúde, através do exame clínico anual e realizar a mamografia diagnóstica em caso de resultado alterado (INCA, 2011). Para a OMS esse grupo não foi incluído no rastreamento mamográfico por tem evidência limitada de redução da mortalidade. Uma das razões é a menor sensibilidade do exame de mamografia em mulheres na pré-menopausa pela maior densidade mamária (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

A mamografia deve ser realizada a cada dois anos e o exame clínico das mamas anual na faixa etária de 50 a 69 anos. Essa periodicidade bienal é a rotina adotada na maioria dos países que implantaram rastreamento organizado do câncer

de mama e baseia-se na evidência científica do benefício desta estratégia na redução da mortalidade neste grupo (INCA, 2011).

Segundo Monteiro et al. (2003) as pesquisas indicam impacto significativo do autoexame das mamas (AEM) na detecção precoce do câncer de mama, registrando-se tumores primários menores e menor número de linfonodos axilares invadidos pelo tumor (ou por células neoplásicas) nas mulheres que fazem o exame regularmente, além de haver também detecção de pequenas mudanças nas propriedades físicas das mamas, diminuindo assim a probabilidade de metástase e aumentando a sobrevida. Estudos demonstram que a sobrevida em cinco anos tem sido de 75% entre as praticantes do AEM contra 57% das não praticantes.

A realização do autoexame não reduz a mortalidade por câncer de mama, porém há evidências de que as medidas destinadas à redução do estadiamento ao diagnóstico tendem a produzir um grande benefício generalizado em termos da sobrevida das pacientes e dos custos do tratamento (FREITAS et al., 2006).

O Ministério da Saúde reforça que as ações para o aperfeiçoamento do rastreamento do câncer de mama, devem ser voltadas para o cuidado integral da mulher, a universalização desses exames, independentemente de renda, raça/cor, reduzindo desigualdades, e garantia de 100% de acesso ao tratamento de lesões precursoras de câncer (BRASIL, 2011).

A Unidade Básica de Saúde tem papel fundamental na orientação das mulheres por meio da equipe de saúde, quanto ao câncer de mama, educando para prevenção e diagnóstico precoce do mesmo, não estando centrada apenas na assistência, esta é importante, mas a prevenção e o diagnóstico precoce têm um baixo custo para o SUS, se for relacionado com o diagnóstico da doença em estágio avançado (BOFF; SCHAPPO; KOLHS, 2010).

Destaca-se que o impacto pode ser revertido por meio de intervenções amplas e custo efetivo de promoção de saúde para redução de seus fatores de risco, além de melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno. Diante disso, o Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 estabelece três componentes essenciais da vigilância dessas doenças:

- a) monitoramento dos fatores de risco;
- b) monitoramento da morbidade e mortalidade específica das doenças;

- c) respostas dos sistemas de saúde, que também incluem gestão, políticas, planos, infraestrutura, recursos humanos e acesso a serviços de saúde essenciais, inclusive a medicamentos (BRASIL, 2011).

Percebe-se com isso a importância do monitoramento das ações preventivas e a identificação dos de fatores de risco do câncer de mama, a análise de ambos são fundamentais para minimizar a exposição das mulheres a essa patologia. Justifica-se, portanto a realização deste estudo, pois o crescimento sem planejamento das cidades criou regiões com elevada densidade populacional e com grande deficiência em diversas escalas de análise. Neste contexto, o sistema urbano adquire um elevado grau de complexidade, cujos elementos e funções estão estreitamente relacionados aos riscos à saúde da população.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Estudar as práticas de prevenção do câncer de mama em mulheres na faixa etária de 40 a 69 anos, residentes em uma comunidade de São Luís - MA.

3.2 Específicos

- a) caracterizar a população de estudo quanto a variáveis demográficas e socioeconômicas;
- b) descrever os fatores de riscos ambientais e individuais do câncer de mama aos quais as mulheres estão expostas;
- c) identificar a realização e periodicidade da prática preventiva do câncer de mama adotadas pelas mulheres.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. A realização de estudos transversais provê informações a respeito das coberturas alcançadas, além de auxiliar na reorganização do modelo de atenção local com fortalecimento da Estratégia Saúde da Família.

4.2 Local de estudo e sujeitos da pesquisa

O Estado do Maranhão apresenta uma área de 331.935,507 Km², divididos em 05 mesorregiões, 21 microrregiões e 217 municípios e uma população estimada em 6.574.789 pessoas.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou em dezembro de 2011 os dados referentes aos aglomerados subnormais do país, contemplando informações sobre população, domicílios, serviços e alguns indicadores sociais (composição da população por sexo e idade, analfabetismo, rendimento) e base gráfica. De acordo com esses dados, em 2010 o país possuía 6.329 aglomerados subnormais, destes 87 encontravam-se no Maranhão, distribuídos em cinco municípios: São Luís (39), São José de Ribamar (27), Timon (8), Paço do Lumiar (7) e Raposa. Segundo o IBGE há tendência nacional de concentração de aglomerados subnormais em regiões metropolitanas e a região de São Luís ocupa o terceiro lugar em proporções de domicílios ocupados (23,9%), ficando atrás de Belém-PA (52,5%) e Salvador-BA (25,7%) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Encontra-se também em São Luís, o quinto aglomerado subnormal do Brasil, o Coroadinho (MAZULLO; NASCIMENTO; CARVALHO, 2013).

O bairro do Coroadinho ocupa o quinto lugar no ranking dos aglomerados subnormais do Brasil sendo o primeiro, por domicílios particulares ocupados, da região metropolitana de São Luis – MA. Situa-se em uma área de 338,88 hectares denominada Chácara Timbira, com 53.945 habitantes totalizando 14.278 domicílios ocupados (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

A pesquisa foi desenvolvida na Vila dos Frades, no Coroadinho, que segundo dados da Estratégia Saúde da Família (ESF) possui 1.043 famílias cadastradas, totalizando 6.950 pessoas, sendo 727 mulheres na faixa etária de 40 a 69 anos. É composta, segundo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) por 01 médico generalista, 01 enfermeira especialista, 01 dentista especialista, 01 ACD, 01 técnica de enfermagem e 10 ACSs, sendo cada um responsável por uma microarea, numerada de 0 a 10 e de território definido.

O cálculo do tamanho de amostra levou em consideração um erro alfa de 5%, poder de 95%, o que resultou num tamanho de amostra inicial de 252 mulheres. Esse valor foi acrescido de 10% para perdas e recusas resultando em amostra de 277 mulheres. Não foram incluídos doze questionários (4,3%) por apresentarem dados incompletos o que não configurou perda, tendo em vista o acréscimo de 10% no cálculo amostral.

O critério de inclusão para as entrevistas foi mulheres na faixa etária de 40 a 69 anos cadastradas na Estratégia Saúde da Família que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), será considerado critério de exclusão gestantes, devido as modificações do ciclo gravídico, visando evitar viés corporais na avaliação física e/ou aquelas mulheres que não apresentarem condições cognitivas de responder às perguntas.

4.3 Instrumento da pesquisa e coleta de dados

Para realização da pesquisa realizou-se duas visitas de campo antes do início da coleta de dados, visando identificar os membros que atuam na Estratégia Saúde da Família, explicar a comunidade sobre a realização da pesquisa solicitando sua participação e validação do questionário (teste piloto).

Inicialmente foi confeccionada uma lista com os nomes das 727 mulheres, na faixa etária da pesquisa, cadastradas pela ESF da Vila dos Frades. Tal lista, para efeito de sistematização foi dividida por área coberta por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) visando maior abrangência dos dados. A partir daí as mulheres foram visitadas aleatoriamente e se iniciou o processo de coleta de dados nos meses de abril a agosto de 2014. Sendo este dividido em dois momentos: a aplicação de questionário e realização do exame antropométrico.

No primeiro momento aplicou-se um questionário (APÊNDICE B) contendo perguntas fechadas acerca da prática de prevenção do câncer de mama nas mulheres e abordando entre outros:

- a) condições socioeconômicas demográficas;
- b) antecedentes ginecoobstétricos: idade da menarca, da primeira gravidez, amamentação, paridade, menopausa, uso de tratamentos hormonais, anticoncepcionais;
- c) fatores ambientais e comportamentais: exposição à radiação ionizante, etilismo, tabagismo, prática de atividade física;
- d) conhecimento, atitude e prática dos exames preventivos de câncer de mama: autoexame, exame clínico e mamografia, bem como utilização do serviço de saúde local.

Tais questionários foram elaborados a partir de dados de literatura de estudos semelhantes. Os dados socioeconômicos foram estudados a partir da renda mensal familiar em salários mínimos, sendo considerado o valor do ano vigente (R\$ 724), trabalho, ocupação, condições de moradia, existência de água encanada e condições de saneamento básico.

A avaliação das práticas preventivas de câncer de mama considerou o preconizado pelo Ministério da Saúde através das diretrizes do Instituto Nacional do Câncer, considerando a faixa etária preconizada para cada exame. A avaliação da frequência e periodicidade dos exames considerou o ambiente local, através da busca espontânea por serviços de saúde.

O exame antropométrico das entrevistadas consistiu em aferição do peso, altura e circunferência abdominal na altura da cicatriz umbilical. O peso foi em quilogramas em local plano e aferido em balanças digitais portáteis, marca DLK Sports, modelo Sf 751, com capacidade máxima de 180 kg e sensibilidade de 0,1 kg. Em campo foram levadas sempre quatro balanças às quais eram aferidas diariamente, e no caso de apresentarem problemas de medição seriam substituídas. Durante a pesquisa apenas uma balança foi substituída. A estatura foi verificada na posição ortostática, descalças com as pernas e calcanhares juntos, os braços ao longo do corpo e olhar para frente, sem hiperextensão da coluna. Sendo utilizada para mensuração da altura fita métrica com marcações em milímetros, afixada em uma superfície plana, em ângulo de 90° com o chão.

Com base nestes dois parâmetros (peso e altura), determinou-se o Índice de Massa Corpórea (IMC) ou Quetelet (P/A^2). O estado nutricional foi classificado segundo os critérios preconizados pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade (ABESO), ou seja, baixo peso (IMC abaixo de 18,5), peso normal (IMC 18,5 a 24,9), sobrepeso (IMC de 25 a 29,9), obesidade grau I (IMC 30 a 34,9), obesidade grau II (IMC 35 a 39,9) e obesidade grau III (IMC de 40 ou mais). Posteriormente, reagrupou-se os dados em: baixo peso, normal e obesidade para avaliação de fatores de risco e proteção da patologia.

4.4 Processamento e análise estatística dos dados

Os resultados foram analisados considerando-se as frequências absolutas e percentuais. Para o gerenciamento e análise utilizou-se o programa Epi-Info, versão 7.0 do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) - Atlanta-EUA.

4.5 Aspectos éticos e legais

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), em São Luís-MA, instituído pela Portaria nº 10 de 23 de janeiro de 2012, conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), aprovado sob número de Protocolo 2014.01.19.02-08 (APÊNDICE C). As mulheres participantes da pesquisa foram esclarecidas quanto aos objetivos e a metodologia do estudo, bem como o seu consentimento por escrito através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou através da impressão digital daquelas não alfabetizadas.

5 RESULTADOS

A maioria das mulheres entrevistadas tem idade entre 40 a 44 anos (28,3%), vive com seus companheiros, casadas ou em união estável (52,5%), ensino fundamental incompleto (40,4%), são pardas (57,7%), estavam desempregadas no momento da pesquisa (49,8%) com renda familiar menor que um salário mínimo (55,5%), conforme disposto na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual das 265 mulheres entrevistadas de acordo com as características socioeconômicas, Coroadinho - São Luís 2014

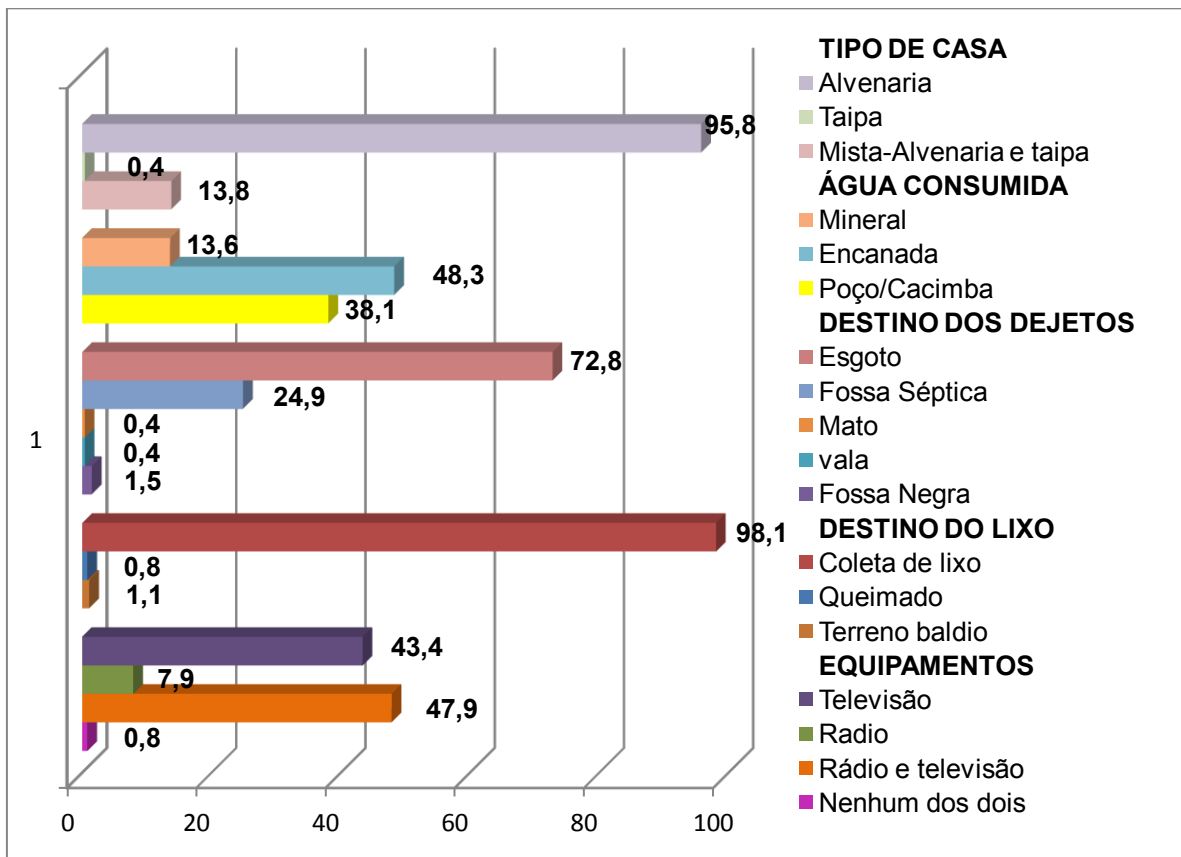
VARIÁVEIS	N	%
Idade		
40 a 44 anos	75	28,3
45 a 49 anos	48	18,1
50 a 54 anos	48	18,1
55 a 59 anos	32	12,1
60 a 64 anos	36	13,6
65 a 69 anos	26	9,8
Total	265	100,0
Estado civil		
Estável/Casado	139	52,5
Solteiro	97	36,6
Divorciado	8	3,0
Viúvo	21	7,9
Total	265	100,0
Escolaridade		
1 a 4 anos	107	40,4
5 a 8 anos	45	17,0
9 a 11 anos	79	29,8
Superior completo	5	1,9
Superior incompleto	17	6,4
Só sabe assinar	2	0,7
Analfabeto/Nunca estudou	10	3,8
Total	265	100,0
Raça/Cor		
Parda	153	57,7
Preta	63	23,8
Branca	48	18,1
Indígena	1	0,4

Total	265	100,0
Emprego		
Não	132	49,8
Sim	101	38,1
Aposentado/pensionista	26	9,8
Outros	6	2,3
Total	265	100,0
Renda familiar		
< 1 salário	147	55,5
1 a 2,9 salários	90	34,0
3 a 4,9 salários	17	6,4
> 5 salários	3	1,1
Não informado	8	3,0
Total	265	100

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto a análise das características demográficas, identificou-se que 95,8,% residem em casa de alvenaria, a água consumida para beber é oriunda do encanamento (48,3%), há rede de esgoto (72,8%), coleta de lixo (98,1%) e a maioria (47,9%) possui televisão e rádio na residência (Gráfico 1).

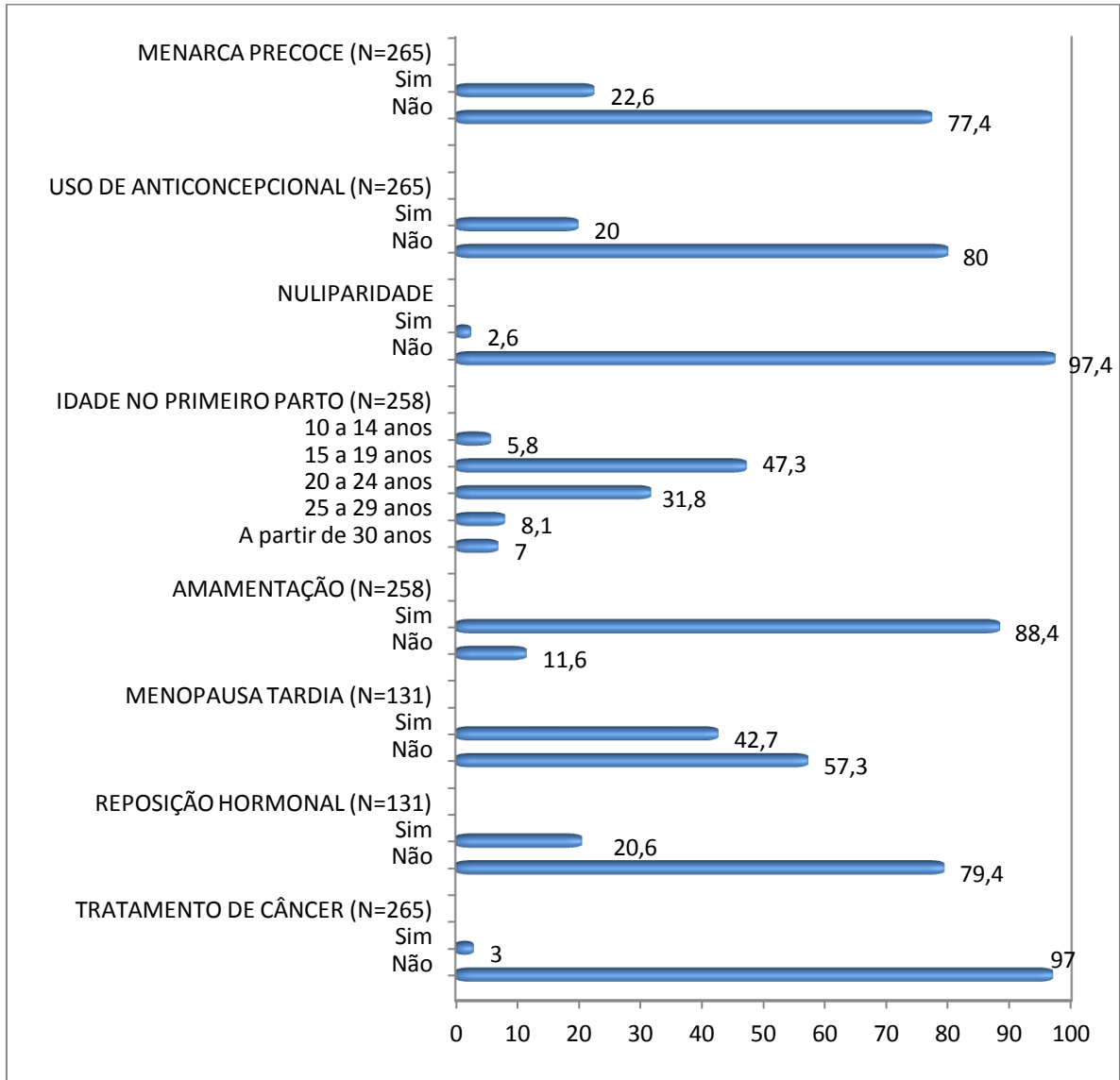
Gráfico 1 – Condições sanitárias e de moradia das 265 mulheres entrevistadas na Vila dos Frades, Coroadinho, São Luís-MA, 2014



Fonte: Elaborada pela autora.

A pesquisa não evidenciou fatores de risco individuais para câncer de mama, pois 22,6% das entrevistadas tiveram menarca precoce (antes dos 12 anos), 20% referiram uso de anticoncepcional oral, injetável ou adesivo e 2,6% são nulíparas. A maioria das entrevistadas teve o primeiro filho na faixa etária de 15 a 19 anos (47,3%) e 88,4% amamentaram, constituindo fator de proteção para o câncer de mama. Entre as entrevistadas houve 131 relatos de menopausa (49,4%) *, destas 56 mulheres apresentaram menopausa tardia (42,7%), ou seja, após os 50 anos, 20,6% faz reposição hormonal e poucas estiveram expostas ao tratamento contra o câncer (3%), conforme se observa no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Percentual de mulheres entrevistadas segundo fatores de risco individuais do câncer de mama da Vila dos Frades no Coroadinho, São Luís-MA, 2014

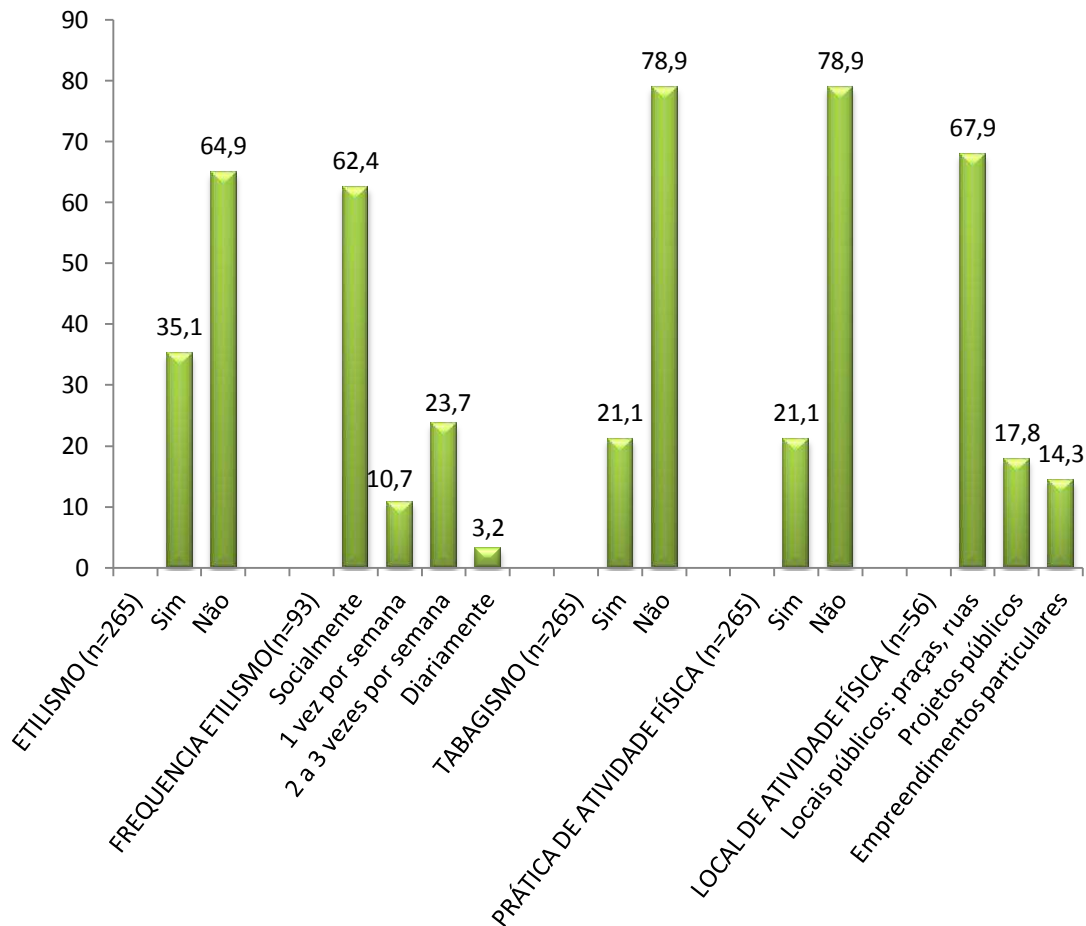


*Dados não apresentados no gráfico

Fonte: Elaborada pela autora.

Na análise observaram-se baixos percentuais no relato de fatores de risco ambientais para o desenvolvimento do câncer de mama, sendo que 35,1% das entrevistadas são etilistas, das quais 62,4% consomem bebidas socialmente, 21,1 % são tabagistas e poucas têm o hábito de praticar uma atividade física 21,1% (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Distribuição percentual do relato de fatores de risco ambientais relacionados ao câncer de mama, Coroadinho, São Luís-MA, 2014



Fonte: Elaborada pela autora.

No exame antropométrico das entrevistadas foi realizada a aferição do peso e altura visando o cálculo do Índice de Massa Corpórea e verificação da circunferência abdominal na altura da cicatriz umbilical. Após a avaliação constatou-se que a maioria das mulheres apresenta circunferência abdominal acima de 88 centímetros (61,9%) e de acordo com resultados do cálculo de Índice de Massa Corpórea foram classificadas no grupo com sobrepeso (44,9%) considerando a classificação² da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade (ABESO),

²A classificação da ABESO para o Índice de Massa Corpóreo: baixo peso (IMC abaixo de 18,5), peso normal (IMC entre 18,5 e 24,9), sobrepeso (IMC entre 25 a 29,9), obesidade grau I (IMC entre 30 e 34,9), obesidade grau II (IMC entre 35 e 39,9) e obesidade grau III (IMC acima de 40 ou mais). O estudo não houve a classificação obesidade grau III.

ambos são considerados fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, dados apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual das mulheres segundo avaliação da circunferência abdominal e cálculo de Índice de Massa Corpórea, Coroadinho - São Luís 2014

VARIÁVEIS	N	%
AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA		
CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL		
< 80cm	35	13,2
80 a 88 cm	66	24,9
>88 cm	164	61,9
Total	265	100,0
IMC		
Baixo peso	6	2,3
Normal	67	25,3
Sobrepeso	119	44,9
Obesidade I	57	21,5
Obesidade II	16	6,0
Total	265	100,0

Fonte: Elaborada pela autora.

Ao analisar as práticas preventivas para detecção precoce do câncer de mama, considerando a faixa etária preconizada para cada exame, observou-se a adesão favorável nos dois grupos etários. Sendo que no primeiro (40 a 49 anos) 73,1% realizam o exame clínico seguido do autoexame (69,9%) enquanto que no segundo grupo (50 a 69 anos) a mamografia foi o exame preferencial entre as mulheres (68,3%). Destaca-se a realização anual dos exames clínico e da mamografia pelas mulheres entrevistadas, reforçando o que é preconizado pelo Ministério da Saúde (Tabela 3).

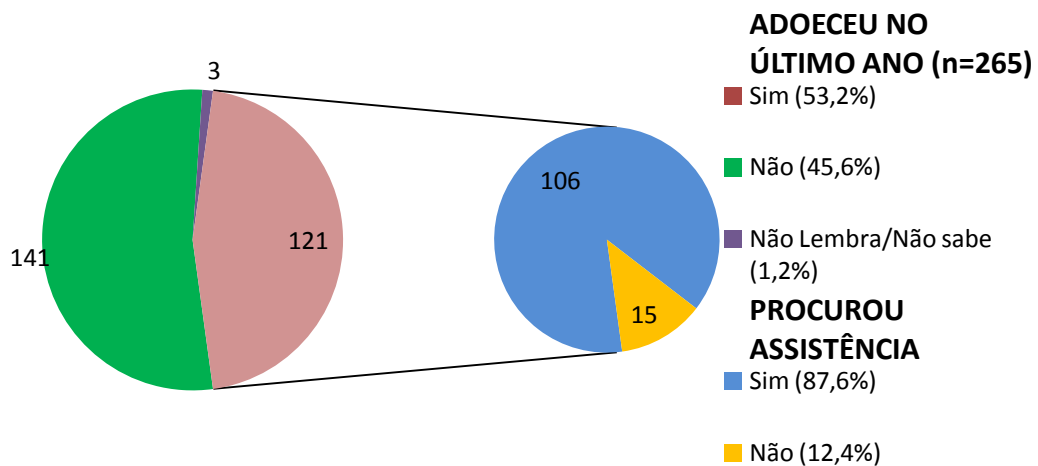
Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual do relato de realização e periodicidade dos exames preventivos de câncer de mama segundo faixa etária das mulheres entrevistadas na Vila dos Frades no Coroadinho, São Luís-MA, 2014

EXAMES PREVENTIVOS	IDADE			
	40 a 49 anos		50 a 69 anos	
	n	%	n	%
AUTOEXAME				
Realização				
Sim	86	69,9	89	62,7
Não	23	18,7	33	23,2
Não lembra/Não sabe	14	11,4	20	14,1
Total	123	100	142	100
EXAME CLÍNICO				
Realização				
Sim	88	73,1	84	59,2
Não	35	26,9	56	39,4
Não lembra/Não sabe	-	-	2	1,4
Total	123	100	142	100
Periodicidade				
Anualmente	48	39,0	63	44,4
A cada 2 anos	30	24,4	10	7,0
>2anos	10	8,1	13	9,2
Não se aplica	35	28,5	56	39,4
Total	123	100	142	100
MAMOGRAFIA				
Realização				
Sim	--	--	97	68,3
Não	--	--	26	18,3
Não lembra/Não sabe	--	--	19	13,4
Total	--	--	142	100
Periodicidade				
Anualmente	--	--	47	33,1
A cada 2 anos	--	--	22	15,5
>2anos	--	--	26	18,3
Não lembra/não sabe	--	--	2	1,4
Não se aplica	--	--	45	31,7
Total	--	--	142	100

Fonte: Elaborada pela autora.

Das mulheres entrevistadas 53,2% relataram adoecimento no último ano, sendo que a maioria procurou espontaneamente assistência médica (98,7%), conforme disposto no Gráfico 4.

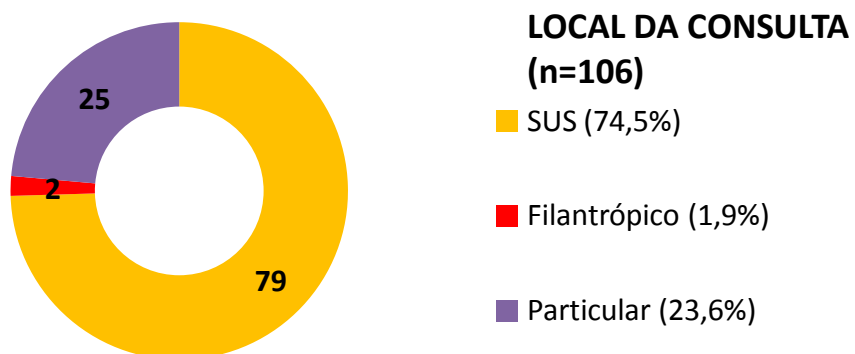
Gráfico 4 – Distribuição numérica das mulheres entrevistadas segundo relato de adoecimento no último ano e busca espontânea de serviços de saúde, Coroadinho, São Luís-MA, 2014



Fonte: Elaborada pela autora.

A busca espontânea do serviço de saúde foi principalmente no Sistema Único de Saúde (74,5%) (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Distribuição numérica das 106 mulheres do Coroadinho segundo local de consulta no serviço de saúde, São Luís-MA, 2014



Fonte: Elaborada pela autora.

6 DISCUSSÃO

O crescimento sem planejamento das cidades ocasionou o surgimento de diversas regiões com elevada densidade populacional e diversas deficiências locais. A segregação espacial é resultado de como a cidade se organiza, produzindo uma forma de ocupação desigual que se expressa por meio de diferenciais na qualidade dos espaços residenciais, refletindo diretamente nas condições de vida da população destas áreas (MAZULLO; NASCIMENTO; CARVALHO, 2013).

Observa-se essa situação em grandes capitais do país, em São Luís-MA o processo desordenado de evolução e expansão urbana nas últimas décadas foi acelerado pelos grandes investimentos instalados na cidade. Segundo Mazullo, Nascimento e Carvalho (2013) os impactos provocados foram significativos na dinâmica socioespacial de toda a região, como a periferização da cidade, bem como a ampliação dos aglomerados subnormais³ e a consequente exclusão de grande parte da população.

A publicação do Censo 2010 - aglomerados subnormais primeiros resultados, estabelece a identificação dos aglomerados subnormais conforme os seguintes critérios, a saber:

- a) Ocupação ilegal da terra, ou seja, construção em terrenos de propriedade alheia (pública ou particular) no momento atual ou em período recente (obtenção do título de propriedade do terreno há 10 anos ou menos); e
- b) Possuírem pelo menos uma das seguintes características:
 - urbanização fora dos padrões vigentes - refletido por vias de circulação estreitas e de alinhamento irregular, lotes de tamanhos e formas desiguais e construções não regularizadas por órgãos públicos; ou
 - precariedade de serviços públicos essenciais. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Os aglomerados subnormais podem se enquadrados nas categorias: invasão, loteamento irregular ou clandestino, e áreas invadidas e loteamentos irregulares e clandestinos regularizados em período recente quando forem observados os critérios de padrões de urbanização e/ou de precariedade de serviços públicos essenciais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

O bairro do Coroadinho ocupa o quinto lugar no ranking dos aglomerados subnormais do Brasil sendo o primeiro, por domicílios particulares ocupados, da

³É um conjunto constituído de, no mínimo, 51 unidades habitacionais (barracos, casas etc.) carentes, em sua maioria de serviços públicos essenciais, ocupando ou tendo ocupado, até período recente, terreno de propriedade alheia (pública ou particular) e estando dispostas, em geral, de forma desordenada e densa (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

região metropolitana de São Luis-MA (MAZULLO; NASCIMENTO; CARVALHO, 2013).

Entre os anos de 1950 e 1970 houve o aumento no número de habitantes de São Luís (145.701 indivíduos) praticamente dobrando a população em 1970 (265.486 habitantes). Já entre os anos de 1970 a 1991 houve o incremento de 429.713 pessoas na cidade de São Luís atraídas pelos grandes investimentos incentivados pelos poderes federal e estadual (FERREIRA, 2002).

Com essa nova demanda surgiu a necessidade da construção de conjuntos habitacionais, distantes do centro da cidade, como os bairros da Cooperativa Habitacional dos Trabalhadores no Comércio de São Luís (COHATRAC), Cooperativa Habitacional do Maranhão (COHAMA), Conjunto Habitacional do Turu, Vinhais, Angelim, Renascença e a ampliação do Conjunto da COHAB em Cohab Anil II, III, IV. Apesar do avanço nas construções de conjuntos habitacionais a cidade não atendeu à nova demanda populacional contribuindo para a ocupação de áreas impróprias para habitação como as invasões (DINIZ, 1999).

Além da dificuldade de comportar a demanda populacional nos conjuntos habitacionais Diniz (1999) aponta que organização do espaço urbano de São Luís é em função do preço do solo cujos terrenos têm seu preço regulado pela lei da oferta e da procura. As áreas mais valorizadas estão associadas a ofertas e serviços de infraestrutura pública como água encanada, iluminação, linhas telefônicas, sistemas de transporte, acesso a centros comerciais, escolas e hospitais e, conseqüentemente, são inacessíveis para a maior parte da população.

Entre as dificuldades mais frequentes encontram-se aquelas relacionadas à saúde. Entre os anos de 1983 e 1993 em São Luís-MA houve o incremento de 15,3% da mortalidade proporcional de indivíduos acima de 50 anos. Analisando-se a mortalidade proporcional no grupo etário acima de 30 anos evidenciou-se a prevalência de doenças do aparelho circulatório, seguida das neoplasias e causas externas. Segundo Silva (1995) na capital do Maranhão a transição epidemiológica é incompleta e segue um padrão misto, pois, há coexistência de padrões do atraso (doenças infecciosas e nutricionais, doenças diarreicas) com os padrões da modernidade (doenças crônico-degenerativas).

Segundo dados analisados pela REDE Interagencial de Informação para a Saúde (2008) entre os anos de 1993 e 2005 houve redução da taxa de analfabetismo no país, em todas as regiões, com pequenas diferenças na

distribuição por sexo. Observa-se, contudo, que uma parcela significativa da população adulta brasileira (11,1%) ainda era analfabeta em 2005. Na região Nordeste, a proporção de analfabetos correspondia a mais de um quinto da população com 15 e mais anos de idade (21,9%). Quando se analisa o analfabetismo em áreas urbanas/rurais por regiões esses percentuais aumentam consideravelmente. No nordeste na área urbana a taxa de analfabetismo para 2005 variou de 16,4%, a 5,1% no Sul. Enquanto no meio rural destas mesmas regiões oscilou entre 36,4% e 9,8%, respectivamente.

No Brasil em 2005 as pessoas situadas nos 20% superiores da distribuição da renda (os mais ricos) apresentavam, em média, rendimentos 22 vezes mais elevados do que aqueles situados nos 20% inferiores (os mais pobres). Em termos regionais, as disparidades de renda são mais acentuadas nas regiões Nordeste e Centro-Oeste. Apesar de uma discreta diminuição do valor deste indicador ao longo dos anos, em todas as regiões, mais acentuadamente na região Nordeste (REDE..., 2008).

Os precários indicadores como a baixa escolaridade, o elevado percentual de desemprego e a baixa renda familiar associam-se frequentemente com a pouca adoção de métodos preventivos contra o câncer de mama (BEZERRA et al., 2013; REGIS; SIMOES, 2005; TAVARES; TRAD, 2005).

Ao contrário do esperado tanto os fatores de riscos individuais como menarca precoce, nuliparidade, primigesta após 30 anos e menopausa tardia relevaram-se como fatores de proteção do câncer de mama nas mulheres entrevistadas e os fatores de risco ambientais relacionados aos hábitos de vida como tabagismo e etilismo foram pouco relatados.

Os dados referentes ao tabagismo apresentados nesta pesquisa acompanham a tendência nacional, pois no Brasil a prevalência de tabagismo em 2010 foi 15,1% e demonstram um discreto aumento quando comparados ao do município de São Luís-MA (9,6%), considerando-se fumante todo indivíduo independentemente da frequência e intensidade (BRASIL, 2011b).

Diversas medidas antitabagistas adotadas no Brasil na última década como a regulação de propagandas, controle dos pontos de venda, taxaço de produtos do cigarro, dentre outras, auxiliaram na redução de tabagistas no país (MALTA; DUARTE, 2007; MONTEIRO et al., 2007).

Por outro lado, a avaliação antropométrica apontou como fator de risco do

câncer de mama nas mulheres do Coroadinho a circunferência abdominal acima de 88 centímetros e o sobrepeso. Esses resultados configuram-se em risco a saúde a mulher, em especial para o câncer de mama, e são agravados pela à baixa adesão às atividades físicas. Por outro lado, destaca-se que a maioria das que praticam algum tipo de atividade física utilizam locais públicos para exercitar-se.

No Brasil, a frequência de adultos que praticam atividade física no lazer (prática de atividades de intensidade leve ou moderada por pelo menos 30 minutos diários em cinco ou mais dias da semana ou atividades de intensidade vigorosa por pelo menos 20 minutos diários em três ou mais dias da semana) foi 14,9% em 2010. Em São Luis, a frequência de adultos ativos no lazer foi 14,0%. Foi considerado com excesso de peso o indivíduo com o Índice de Massa Corporal (IMC) $\geq 30 \text{kg/m}^2$. No Brasil, a prevalência de adultos com excesso de peso foi 48,1% em 2010. Em São Luís, a frequência de excesso de peso foi 40,8%. (BRASIL, 2011b).

A vida estressante dos centros urbanos, muitas vezes relacionada à falta de atividades físicas e à má alimentação, é apontada como fator para o alto risco do câncer de mama (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005).

Nesse sentido estratégias para reverter essa situação dever ser tomadas para a prevenção do câncer de mama que considerem as especificidades locoregionais, principalmente por conta da associação com os demais indicadores socioeconômicos ruins, como baixa renda, escolaridade fundamental incompleto.

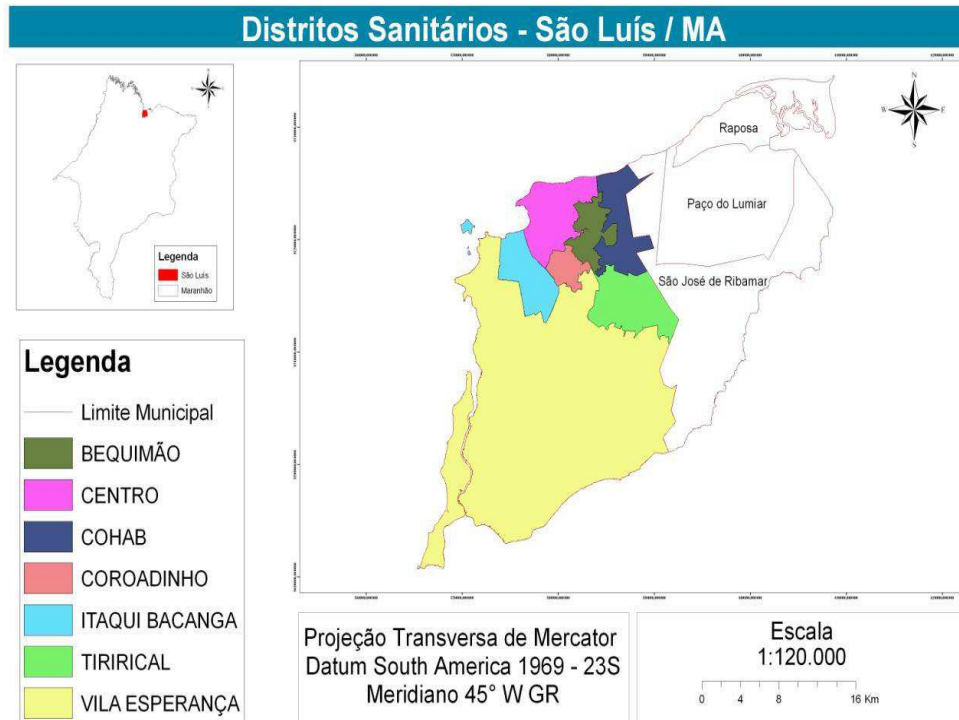
O estímulo à atividade física é prioritário no controle de doenças crônicas não transmissíveis, como o câncer de mama, e a incorporação de mudança nos padrões comportamentais requerem medidas abrangentes e intersetoriais, dessa forma o município de São Luís através da Vigilância Epidemiológica (VE) da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) elaborou o Projeto Municipal de Estratégia Global para a Atividade Física e Alimentação Saudável – Projeto São Luís em Movimento - tendo como principal objetivo:

Contribuir para melhoria da qualidade de vida da população em relação ao combate do sedentarismo e controle das DCNT possibilitando modos de vida mais saudável com as práticas corporais e atividade física associada a promoções relativas à alimentação saudável visando à promoção da saúde, segurança alimentar e nutricional. (SÃO LUÍS, 2006 *apud* MIRANDA, 2013).

Em São Luís existem quatro polos dispostos no Parque do Bom Menino, polo do Coroadó situado no bairro Sacavém, Polo Josué de Castro no bairro Vinhais e o Polo da Cohab localizado no Centro de Saúde Cohab Anil. Contemplando

quatro Distritos Sanitários⁴ (DS) (Figura 5) que compõem São Luís sendo estes: DS-Centro, DS-Coroadinho, DS-Bequimão e DS-COHAB (MIRANDA, 2013).

Figura 5 – Divisão do município de São Luís em Distritos Sanitários



Fonte: Carvalho *apud* Miranda (2013).

O polo do Coroado contempla o bairro do Coroadinho foi implantado em junho de 2008 utilizando as dependências do Centro de Saúde Dr. José Carlos Macieira e a quadra esportiva pertencente à Unidade Básica de Educação Darcy Ribeiro. Os profissionais do Programa São Luís em Movimento que atuam nas atividades são: um professor de Educação Física e uma técnica de Enfermagem. Há uma parceria a oferta de outros serviços pelos profissionais de saúde do próprio Centro de Saúde que ao realizarem seus atendimentos, referenciavam os serviços do programa quanto à orientação e acompanhamento da prática para realização dos exercícios físicos (MIRANDA, 2013).

Entretanto, no ano de 2011 a adesão de novas pessoas a esse polo sofreu considerável redução após desativação deste Centro, em função do

⁴A construção dos Distritos Sanitários considera quatro elementos essenciais, a saber: território, problemas, práticas sanitárias e recursos de saúde. O município de São Luís está dividido em sete Distritos Sanitários: DS Bequimão, DS Coroadinho, DS Centro, DS Tirirical, DS Itaqui, DS Cohab, DS Vila Esperança.

desabamento de uma viga de madeira em um dos setores de atendimento, fato que impossibilitou a continuidade de todos os serviços oferecidos.

Destaca-se a necessidade de articulação na elaboração de políticas públicas e a interação de diversos atores no processo de construção envolvendo os gestores públicos, trabalhadores de saúde e usuários. Segundo Moysés e Franco de Sá (2014) as ações devem incentivar a construção de autonomias, dando voz aos diferentes atores e fazendo emergir novas soluções visando ultrapassar as respostas setorializadas. Dessa forma as propostas de ações de apoio/desenvolvimento comunitário ou intervenções governamentais e profissionais planejadas em bloco, serão cada vez menores no contexto das ações de saúde nas comunidades.

Os planos locais devem ser capazes de modificar a mentalidade em direção à autonomia refletindo nas diversas ações intersetoriais, relações humanas de apoio, relações profissionais e institucionais. Há a necessidade de inclusão dos valores que fazem do espaço um território e das relações de poder, incluindo o poder simbólico, que reforçam o pertencimento das pessoas a um determinado local (WIMMER; FIGUEIREDO, 2006).

Segundo Zúñiga *apud* Moysés e Franco de Sá (2014) deve-se atentar para a elaboração desses planos evitando três tendências perigosas: a não direcionalidade da ação em si, a ajuda-pela-ajuda e a ação planejada – na qual a participação do ator local é somente a "validação faz-de-conta" do que já foi previamente decidido "em gabinete". Neste caso, a ação apesar de parecer interativa, tomada em consenso entre planejadores/tomadores de decisão do nível central e atores locais, na verdade não passa de uma ação instrumental, na qual o nível local é apenas utilizado para validar o que foi decidido em nível central.

A participação do ator local é essencial no processo de construção de ações e programas de saúde, pois o reconhecimento dos seus valores e desejos individuais e coletivos motiva a formação de grupos e redes. O reconhecimento das especificidades locais é fator essencial na resolução dos problemas complexos de cada território.

Além disso, a adoção de medidas essenciais para o aumento dos níveis de atividade física na população, como: a criação e manutenção de espaços públicos adequados e seguros, o incentivo e divulgação de projetos para a prática de atividade corporal, a organização do espaço urbano quanto às possibilidades de

deslocamento a pé e/ou em bicicletas, o investimento em segurança pública, melhoria na iluminação, dentre outros aspectos do planejamento urbano auxiliam na redução do sedentarismo. Desta forma, desloca-se do foco exclusivo no desejo e decisão individuais de envolver-se em práticas corporais para a análise das condições que facilitam ou não a eleição de um modo de viver mais ou menos sedentário (MALTA et al., 2009).

Segundo Miranda (2013) o aumento da violência urbana também interfere na prática das atividades físicas, pois as pessoas tendem a permanecer nas suas residências e, como consequência, em algumas cidades brasileiras, atividades físicas como caminhada ou andar de bicicleta, além de se tornarem práticas dificultadas pela ausência de estrutura adequada, como ausência de ciclovias, passam a ser evitadas. Outro fator aspecto apontado pela pesquisadora é a redução de áreas verdes e a dependência da administração pública na manutenção dos espaços públicos que poderiam ser destinados à realização de atividades físicas.

As ações que atuem sobre os determinantes sociais propiciando oportunidades para controle do peso corporal e a prática regular de atividade física interferindo no processo saúde-doença e melhorando a qualidade de vida são fundamentais para a saúde da população e o controle de doenças e agravos. Essas ações são o alicerce para o controle de doenças como o câncer de mama.

A redução das dificuldades de acesso aos serviços de saúde para o alcance da cobertura adequada da população-alvo no rastreamento é também componente estratégico que requer a qualificação contínua do Sistema Único de Saúde.

A maioria das entrevistas possui meios de comunicação na residência, rádio e televisão, o que pode ter favorecido acesso à informação aos métodos preventivos do câncer de mama demonstrados a partir dos dados de realização e periodicidade da realização anual dos exames clínico e da mamografia em conformidade com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

Godinho e Koch (2004) identificaram a televisão (26,5%) como a principal fonte utilizada para obtenção de informações sobre o câncer de mama, independentemente da escolaridade ou da renda familiar. No estudo apesar das entrevistadas com maior escolaridade e maior renda familiar terem atribuído um menor grau de importância a este meio de comunicação, os números, ainda assim, revelam um grande poder de penetração da televisão em todas as camadas sociais,

sugerindo que as campanhas de combate ao câncer de mama devem necessariamente usar este instrumento de comunicação como elemento veiculador. Destaca-se também a melhoria nos últimos anos no conteúdo das matérias sobre detecção precoce e a identificação dos fatores de risco. Ao enfatizar este tema, a imprensa está dando uma importante contribuição para modificar a curva da doença no país (CASTRO, 2009).

No entanto, contrariando estudos Brito et al. (2010) e Freitas Jr. et al. (2006) que reforçam a relação da baixa adesão aos exames preventivos em condições sociais precárias, as mulheres entrevistadas adotaram uma postura de coresponsabilização, atuando como coparticipante em seu processo saúde.

O percentual de mulheres que realizavam o autoexame das mamas foi elevado em ambos os grupos etários estudados. Ainda que atualmente seja de utilidade discutível por sua baixa relação com a redução da mortalidade por câncer de mama, o autoexame apresenta inúmeras vantagens (BRASIL, 2014), sobretudo no contexto do autocuidado da saúde mamária e na diminuição de casos avançados em regiões carentes dos métodos de imagem, pois é de fácil execução, podendo ser realizado por mulheres pertencentes a qualquer segmento sociocultural, e oportuno, podendo ser repetido à vontade, sem custo financeiro (DAVIM et al., 2003).

Em estudo realizado no Maranhão em 2008 houve o incremento dos indicadores de 11% em relação à adesão ao exame clínico das mamas quando comparado aos últimos dez anos no estado. No referido estudo o percentual de mulheres em idade fértil que mencionou a realização de exame clínico das mamas foi de 23,7% (LIMA et al., 2011).

Segundo dados do Datasus de janeiro a abril de 2014 no Maranhão foram realizadas 919 mamografias e 618 exames histopatológicos da mama destes 84% em São Luís. No ano de 2013, São Luís registrou 27,55% do total de mamografias do Estado (27.931).

A utilização dos serviços de saúde pelas mulheres pode ter contribuído com a boa adesão às práticas preventivas, os dados apresentados acompanham os resultados da Pesquisa Nacional por Amostragem por Domicílios (PNAD), onde 52,5% da população feminina referiu o uso regular do serviço de saúde, sendo que 71,2% referiram consulta médica no ano anterior à pesquisa (BRASIL, 2005). A ESF constituiu-se como porta de entrada preferencial de uma complexa rede de Atenção à Saúde, atendendo satisfatoriamente aos critérios de territorialidade, adscrição das

famílias bem como no cadastramento e acompanhamento dos usuários do território de abrangência.

Segundo Malta e Merhy (2010) a obtenção nas respostas aos portadores de DCNT deve ser focalizado na melhoria dos serviços de saúde. Nesta dimensão, abrange os diversos níveis de atenção do sistema de saúde, onde acesso e resolatividade são palavras-chave sendo que a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede. Deve existir algum grau de integralidade “focalizada”, ainda que insuficiente, quando uma equipe, em um serviço de saúde, por meio de uma boa articulação de suas práticas, consegue escutar e atender, da melhor forma possível, as necessidades de saúde.

Assim, cada serviço é um componente fundamental da integralidade do cuidado, o que segundo Malta e Merhy (2010) considera uma “estação” no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita. Sendo o desafio “conectar” essas redes assistências de serviços de saúde.

É essencial acessar a rede “básica”, o acolhimento, a vinculação da uma equipe, o incentivo a participação em grupos que lhes façam sentido, e não preleções que não lhe estimulam a rever nada no seu modo de viver, ou seja, grupos que consigam junto ao usuário operar a criação de novos sentidos para o viver. Além disto, poderá haver a necessidade de apoio diagnóstico, terapêutico e de cuidados especializados, articulados e concatenados de forma a remetê-lo de volta ao cuidador após o percurso em cada “estação de cuidado” (MALTA; MERHY, 2010).

A boa cobertura da Unidade Básica de Saúde pode ter contribuído para o aumento percentual de mulheres submetidas ao exame clínico, pois a inspeção cuidadosa das mamas é parte essencial do atendimento integral a saúde da mulher e deve ser executada nos diferentes níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2004). Além disso, a solicitação da mamografia depende do atendimento do profissional no serviço de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados em estudo destaca-se que a maioria das mulheres está na faixa etária de 40 a 44 anos, casadas e estão em condições socioeconômica demográficas desfavoráveis: baixa escolaridade, renda familiar menor que um salário mínimo e estavam não ocupadas. Apesar disso, apresentaram condições demográficas satisfatórias: residência de alvenaria, coleta de lixo, rede de esgoto e a fonte de água utilizada para o consumo humano é oriunda de encanamento.

Os fatores de risco individuais do câncer de mama não foram evidenciados na pesquisa, por outro lado os fatores comportamentais como a inatividade física e sobrepeso estavam presentes entre as entrevistadas. Evidenciou-se que as mulheres que praticavam algum tipo de exercício físico os realizavam em locais públicos ou através da participação em projetos públicos.

Quanto à análise da realização e periodicidade dos exames preventivos as mulheres praticam e seguem a periodicidade dos exames conforme o que foi preconizado pelo Ministério da Saúde. Destaca-se a necessidade de maior participação da equipe que compõe a Estratégia Saúde da Família (ESF), assim como a do usuário considerando-o sujeito em sua singularidade.

O reconhecimento das características socioeconômicas, ambientais, organizativas, programáticas, bem como as potencialidades e prioridades locais do território são considerados elementos indispensáveis para a atuação sobre os determinantes da saúde e na implementação de estratégias de vigilância em saúde.

Os aglomerados subnormais são espaços não programados e com pouca infraestrutura daí a necessidade de maior divulgação e incentivo aos projetos públicos desenvolvidos. Nesse contexto, destaca-se a necessidade de participação dos atores locais na elaboração de programas voltados para saúde da comunidade, ressaltando sua autonomia e necessidades reais, evitando dessa forma que os programas sejam implementados de maneira “vertical”, ou seja, previamente elaborados “em gabinetes” e validados na comunidade. O processo de prevenção do câncer de mama perpassa pela adoção de medidas preventivas e esta só será efetiva quando o sujeito reconhecer-se como parte do processo. Daí a necessidade da estimulação dos mesmos no processo de discussão e elaboração de planos e projetos locais, respeitando as especificidades regionais e locais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M. et al. Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 9, n. 5, 2001.

ALMEIDA, T. R.; GUERRA, M. R.; FILGUEIRAS, M. S. T. Repercussões do câncer de mama na imagem corporal da mulher: uma revisão sistemática. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, 2012.

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 1 fev. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000300009>.

American Cancer Society. **Cancer facts & figures 2008**. Atlanta: American Cancer Society; 2008. Disponível em <<http://www.cancer.org/downloads/STT/2008CAFFfinalsecured.pdf>>. Acesso em: 1 jul. 2014.

BEZERRA, Karla Barros et al. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama em uma cidade do nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000700008&script=sci_arttext>. Acesso em: 9 jul. 2014.

BOFF, A.; SCHAPPO, C. R.; KOLHS, K. Câncer de mama: perfil demográfico e fatores de risco. **R. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 3, n. 1, jan./jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. (Série B. Textos básicos de saúde).

BRASIL. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. 72 p. (Série A. Normas e manuais técnicos).

_____. **Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **SISMAMA: informação para o avanço das ações de controle do câncer de mama no Brasil**. 2014. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Sismama.pdf>>. Acesso em: 6 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/situacao_cancer_brasil.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema nacional de vigilância em saúde**: relatório de situação: Maranhão. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

BRITO, L. M. O. et al. Conhecimento, prática e atitude sobre o autoexame das mamas de mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 32, n. 5, p. 241-6, 2010.

BUSS, P. M; ALBERTO FILHO, P. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CASTRO, R. Câncer na mídia: uma questão de saúde pública. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 1, 2009.

DAVIM, R. M. B. et al. Auto-exame de mama: conhecimento de usuárias atendidas no ambulatório de uma maternidade escola. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 21-27, 2003.

DINIZ, Juarez Soares. **A dinâmica do processo de segregação socioespacial em São Luís (MA): o caso da "Vila" Cascavel**. 1999. 150 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 1999.

FERREIRA, Antônio José de Araújo. Dinâmica de ocupação espacial/uso do solo em São Luís no período de 1950 a 2000. **Caderno de Pesquisa**, São Luís, v.13, n. 2, p. 25-36, jul./dez. 2002.

FREITAS JR, R. et al. Conhecimento e prática do autoexame de mama. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 52, n. 5, 2006.

GEBRIM, L. H.; QUADROS, L. G. A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n. 6, 2006.

GODINHO, E. R.; KOCH, H. A. Rastreamento do câncer de mama: aspectos relacionados ao médico. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 37, n. 2, 2004.

GUERRA, M.R.; GALLO, C. V. M; MENDONÇA, G. A. S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 3, p. 227-234, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**: acesso e utilização dos serviços de saúde 2003. Rio de Janeiro, 2005.

_____. **Resultados preliminares do universo do censo demográfico 2010**.

Brasília, DF, 2010a. Disponível em:

<www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_preliminares/pr_eliminar_tab_municipio_zip.shtm>. Acesso em: 6 jan. 2012.

_____. **Coordenação de população e indicadores sociais, projeções da população do Brasil por sexo e faixa etária**: revisão 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b.

INCA. **Alimentos, nutrição, atividade física e prevenção do câncer**: uma perspectiva global. Tradução de Athayde Handson. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

_____. Coordenação de Programas de Controle ao Câncer. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil 2010**. Rio de Janeiro, 2010.

_____. **Programa nacional de controle do câncer de mama**. Rio de Janeiro, 2011.

_____. **Sistema de informação do câncer**: manual preliminar para apoio à implantação. Rio de Janeiro, 2013a.

_____. **Controle do câncer de mama**: documento do consenso. Rio de Janeiro, 2004.

_____. **Programa de câncer de mama detecção precoce-SISMA**. Rio de Janeiro, 2014c. Disponível em:

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/deteccao_precoce#SISMAMA>. Acesso em: 20 AGO. 2014.

_____. **Programa de controle do câncer de mama**. Rio de Janeiro, 2014.

Disponível em:

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/conceito_magnitude>. Acesso em: 23 ago. 2014.

_____. **Estimativas 2014**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2014a.

Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultados-comentarios.asp>>. Acesso em: 7 jul. 2014.

_____. **Estimativas 2014**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2014b. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/tabelaestados.asp?UF=MA>>. Acesso em: 7 jul. 2014.

LIMA, A. L. P. et al. Rastreamento oportunístico do câncer de mama entre mulheres jovens no Estado do Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, jul. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000700018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 jul. 2014.

INSTITUTO MARANHENSE DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS E CARTOGRÁFICOS. **Maranhão em dados 2005**. São Luís: IMESC, 2007.

MALTA, D. C.; DUARTE, E. C. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 12, n. 3, p. 319-30, 2007.

MALTA, D. C. et al. A política nacional de promoção da saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 18, n. 1, p. 79-86, 2009.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010.

MAZULLO, YAG; NASCIMENTO, T. S; CARVALHO, D. S. Produção e reprodução do espaço determinando desigualdades e contradições no município de São Luís-MA. **Geografia em questão**, v. 6, n. 1, p. 32-42, 2013.

MELO, Maria Carmen Simões Cardoso de; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. Ambiguidade: modo de ser da mulher na prevenção secundária do câncer de mama. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em : 3 fev. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000100006>.

MIRANDA, Ana Karine Pires. **Prática de exercícios físicos em áreas verdes e ambientes fechados**: percepções de beneficiários e professores dos polos de atividade física de São Luís-MA. 2013. 128 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2013.

MONTEIRO, A. P. S. et al. Autoexame das mamas: frequência do conhecimento, prática e fatores associados. **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia**, v. 25, n. 3, 2003.

MONTEIRO, C. A. et al. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). **Bull. World Health Org.**, v. 85, n. 7, p. 527-34, 2007.

MOYSES, Simone Tetu; FRANCO DE SA, Ronice. Planos locais de promoção da saúde: intersectorialidade(s) construída(s) no território. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, Nov. 2014.

MUNIZ, Ludmila Correa et al. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 jul. 2014.

NELSON, R. Historia familiar aumenta risco de câncer de mama. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL ANUAL DA ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PESQUISA DE CÂNCER, 7., 2008, Washington, DC. **Anais eletrônicos...** Washington, DC: AAPC, 2008. Disponível em: <<http://www.medcenter.com/Medscape/content.aspx?bpid=81...>>. Acesso em: 8 jul. 2014.

OLIVEIRA, M. M. H. N. et al. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de papanicolaou em São Luís, Maranhão. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 9, n. 3, p. 325-34, 2006.

PINOTTI, J. A.; TEIXEIRA, L. C. Câncer da mama: importância, epidemiologia e fatores de risco. In: HALBE, H. W. **Tratado de ginecologia**. São Paulo: Roca, 2000. v. 3, cap. 180.

REDE interagencial de informação para a saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

REGIS, M. F.; SIMOES, M. F. S. Diagnóstico de câncer de mama, sentimentos, comportamentos e expectativas das mulheres. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 1, 2005.

SILVA, A. A. M. da. Transição epidemiológica e os desafios da saúde pública para os anos 90 em São Luís. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 1, n. 1, jan./jun. 1995. Disponível em: <www.revistapoliticaspUBLICAS.ufma.br>. Acesso em: 18 ago. 2014.

TAVARES, J. S. C; TRAD, L. A. B. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 426-435, 2005.

TRUFELLI, D. C. et al. Análise no atraso do diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. **Rev. Assoc. Med Bras.**, v. 54, n. 1, 2008.

Wimmer GF, Figueiredo GO. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersectorialidade. **Cien Saude Colet**, v. 11, n.1, p.145-154, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global recommendations on physical activity for health.** Geneva, 2010.

_____. International Agency for Research on Cancer. **World cancer report 2008.** Lyon, 2008.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora,

Título da pesquisa: **“PRÁTICAS PREVENTIVAS DO CÂNCER DE MAMA EM UMA COMUNIDADE DE SÃO LUIS, MARANHÃO”**.

Venho solicitar sua participação voluntária na pesquisa de Ana Livia Pontes de Lima, aluna de mestrado do Programa de Pós graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão, sob orientação do Prof. Drº. Istvan Van Deursen Varga.

Esta pesquisa busca identificar práticas de prevenção secundárias do câncer de mama nas mulheres residentes na comunidade Vila dos Frades, bairro do Coroadinho em São Luís-MA.

Sua participação é de fundamental importância necessitando que responda algumas perguntas do questionário referentes ao objetivo da pesquisa, contribuindo dessa forma na produção de conhecimento sobre práticas preventivas do câncer de mama, além de gerar subsídios para melhoria de políticas públicas.

Você responderá a perguntas sobre práticas de prevenção de câncer de mama, hábitos e condições de vida e saúde. Além disso, verificaremos seu peso e altura. Sua participação não terá nenhum custo e não haverá nada que afete sua saúde.

Você pode aceitar ou não participar do estudo e é assegurado total sigilo quanto sua identificação ou resposta dada e/ou qualquer dado que possa ferir sua conduta tanto profissional quanto pessoal, não implicando riscos morais, físicos, financeiros ou outro tipo de prejuízo. A qualquer momento a senhora pode se retirar da pesquisa ou deixar de responder qualquer questão.

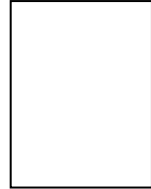
Além disso, você receberá uma cópia desse termo em que constam os contatos dos pesquisadores e do Comitê de Ética em Pesquisa, os quais podem tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação voluntária.

Em caso de dúvidas ou maiores esclarecimentos: Ana Livia Pontes de Lima (98) 8838-9134 e Istvan Van Deursen Varga (98) 3232-3837; no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde- SEMUS, através do telefone (98) 3214

-7303 e/ou endereço: Rua Deputado Raimundo Vieira da Silva, nº 2000, Parque do Bom Menino - Centro.

Após ter lido este termo e esclarecido qualquer dúvida, você assine abaixo se estiver de acordo em participar voluntariamente da pesquisa.

São Luís- MA, ____ de _____ de 2014.



Assinatura da entrevistada ou impressão digital

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B – MODELO DE QUESTIONÁRIO APLICADO À MULHER

I. CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS

1. Data de nascimento ____/____/____	
2. Qual o seu estado civil? (1) solteiro (2) casado ou estável (3) Divorciado (4) viúvo	
3. Quantos anos você estudou? _____ série do ensino _____ (30) Superior incompleto (33) Superior completo (77) Não se aplica	
4. Sabe ler e escrever? (1) Sim (2) Não (3) Só sabe assinar	
5. Qual a sua raça/cor? (1) Branca (2) preta (3) parda (4) amarela (5) indígena (00) outra _____	
6. Você está trabalhando no momento? (1) Sim (2) Desempregado (4) Aposentado (77) não se aplica (00) outra situação _____	
7. Em caso afirmativo. Como você vai ao trabalho? (1) Caminhando (2) carro (3) ônibus/condução (00) outros _____	
8. Quanto tempo você gasta trabalhando? (1) Menos de 1 hora (2) Entre 1 e 6 horas (3) Entre 7 e 12 horas (00) Outros	
9. No mês passado, quanto ganharam as pessoas que trabalham? 1ª pessoa R\$ _____ 2ª pessoa R\$ _____ 3ª pessoa R\$ _____ Outros R\$ _____ A família tem outra renda? R\$ _____	
10. Quantas pessoas residem na casa (incluindo o entrevistado)? _____	

CONDIÇÕES DE MORADIA

11. Tipo de casa: (1) Tijolo (2) Taipa (3) Mista- tijolo e taipa (4) Madeira	
--	--

(5) Palha (6) Adobe (00) Outro _____	
12. De onde vem a água da casa usada para beber? (1) Rede pública – encanada (2) chafariz (3) poço, cacimba (4) Rio, riacho, lagoa (00) Outro _____	
13. Qual o destino dos dejetos? (1) Rede de esgoto (2) fossa séptica (3) fossa negra (4) vala (5) mato (00) outros _____	
14. Onde joga o lixo fora? (1) Carro de lixo da prefeitura (2) terreno baldio (3) queimado (00) Outros _____	
15. A casa tem os seguintes equipamentos? (1) Rádio (2) televisão (3) rádio e televisão (4) nenhum dos dois	

II. FATORES INDIVIDUAIS

16. Qual a idade da primeira menstruação? (1) menos de 12 anos (2) acima de 12 anos (3) Nunca menstruou	
17. Quantas vezes você engravidou? _____ (77) Não se aplica	
18. Qual a idade no primeiro parto? _____ (77) Não se aplica	
19. Você amamentou? (1) Sim (2) Não (77) Não se aplica	
20. Você está na menopausa? (1) Sim (2) Não (77) Não se aplica	
21. Se sim, com que idade entrou na menopausa? _____ (77) Não se aplica	
22. Fez ou faz uso de reposição hormonal(menopausa)? (1) Sim (2) Não (77) Não se aplica Se sim, anotar há quanto tempo _____	
23. Fez ou faz uso de anticoncepcional oral, injetável ou adesivo? (1) Sim (2) Não (77) Não se aplica Se sim, anotar o tempo(meses) _____	

III. FATORES AMBIENTAIS E COMPORTAMENTAIS

<p>24. Você usa bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não (3) Parou, há _____ Se sim, anotar há quanto tempo _____</p>	
<p>25. Caso sim, qual a frequência? (1) Todos os dias (2) 2 a 3 vezes por semana (3) Uma vez por semana (4) Só em festa (00) Outro _____ (77) Não se aplica</p> <p>Quantidade (1) Menos de um copo, taça (2) Mais de um copo, taça</p>	
<p>26. Você fuma? (1) Sim (2) Não (3) Parou, há _____</p>	
<p>27. Caso sim, qual a quantidade? (1) Menos de 1 carteira ao dia (2) mais de 1 carteira ao dia (2) menos de 1 carteira por semana (00) outro _____</p>	
<p>28. Você já esteve exposto a tratamento do câncer? (1) Sim (2) Não</p>	
<p>29. Você pratica alguma atividade física? (1) Sim, _____ (2) Não</p> <p>Caso sim, em que local (1) Locais públicos: praças, ruas etc (2) Projetos públicos (3) Empreendimentos particulares: academias e outros</p>	

IV. UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

<p>30. Você adoeceu no último ano? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/lembra</p>	
<p>31. Caso sim, você procurou assistência médica? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/lembra (77) Não se aplica</p>	
<p>32. Em que lugar foi consultado? (1) SUS publico (2) SUS privado, filantrópico (3) usou convênio (4) particular (77) Não se aplica</p>	

**V. CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DOS EXAMES
PREVENTIVOS/ SERVIÇOS DE SAÚDE**

AUTOEXAME DAS MAMAS

<p>33. Você tem algum parente que teve “caroço” no seio ou câncer de mama? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/lembra</p>	
<p>34. Você conhece ou já ouviu falar de autoexame das mamas? (1) sim (2) não (3) não sabe/lembra</p>	
<p>35. Onde obteve informação? (1) Serviço de saúde (2) Meio de comunicação – radio, TV, internet (3) Trabalho (4) Amigas (5) Outros _____ (77) Não se aplica</p>	
<p>36. Você faz o autoexame? (1) Sim (2) Não (77) Não se aplica</p>	
<p>37. Com que frequência? _____</p>	

EXAME CLÍNICO

<p>38. Algum médico ou enfermeiro já examinou seu seio? (1) sim (2) não (3) não sabe/lembra</p>	
<p>39. Em que lugar foi consultado? (2) SUS publico (2) SUS privado, filantrópico (3) usou convênio (4) particular (77) Não se aplica</p>	
<p>40. Se SUS público, foi em Unidade de Saúde da Família? (1) sim (2) não (3) não sabe/lembra (77) Não se aplica</p>	
<p>41. Com que frequência tem as mamas examinadas? (1) Uma vez no ano (2) A cada dois anos (3) Mais de dois anos (77) não se aplica</p>	

MAMOGRAFIA

<p>42. Você já ouviu falar em mamografia? (1) sim (2) não (3) não sabe/lembra</p>	
<p>43. Onde obteve informação? (1) Serviço de saúde (2) Meio de comunicação – radio, TV, internet (3) Trabalho (4) Amigas (5) Outros _____</p>	

(77) Não se aplica	
44. Você já fez a mamografia? (1) Sim (2) Não (77) Não se aplica Há quanto tempo fez a última _____	
45. Em que lugar realizou? (3) SUS publico (2) SUS privado, filantrópico (3)usou convênio (4) particular (77) Não se aplica	

DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Circunferência abdominal _____ cm	
Número da balança _____	
Peso _____ kg Altura _____ cm	
Data da entrevista ____/____/____	

APÊNDICE C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LUÍS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
INSTITUÍDO PELA PORTARIA N. 10 de 23 de janeiro de 2012

PARECER CONSUBSTANCIADO		Nº do Protocolo: 2014.01.19.02-08	
		Data de entrada: 19.02.2014	
I - Identificação:			
Título do projeto: PRÁTICAS PREVENTIVAS DO CÂNCER DE MAMA EM MULHERES DE UMA COMUNIDADE DE SÃO LUÍS, MARANHÃO.			
Identificação do Pesquisador Responsável: ISTVÁN VAN DEURSEN VARGA			
Identificação da Equipe executora: ISTVÁN VAN DEURSEN VARGA E ANA LÍVIA PONTES DE LIMA			
Instituição onde será realizado: UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO			
Local da coleta (se for diferente do local onde será realizada): ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO COROADINHO			
Área temática: Saúde - Enfermagem	Multicêntrico: Não	Patrocinador: Não	
Cooperação estrangeira: Não	População Protegida: Não	Fontes dos Recursos: Próprios	Valor do Projeto: R\$ 1916,50

I. Objetivos:

Geral:

- Estudar as práticas de prevenção do câncer de mama em mulheres na faixa etária de 40 a 69 anos, residentes em uma comunidade de São Luís - MA.

Específicos:

- Caracterizar a população de estudo quanto a variáveis demográficas e socioeconômicas;
- Identificar o conhecimento e prática preventiva do câncer de mama;
- Analisar o rastreamento oportunístico do câncer de mama na comunidade;
- Descrever os fatores de riscos ambientais e comportamentais do câncer de mama aos quais as mulheres estão expostas.

II - Sumário do projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa financiado com recursos próprios que objetiva avaliar as práticas preventivas de câncer de mama adotadas por mulheres residentes em uma comunidade coberta pela Estratégia Saúde da Família, bem como identificar hábitos comportamentais e de vida que são fatores de riscos dessa patologia.

O protocolo está instruído com a seguinte estrutura: folha de rosto prontamente preenchida apontando o pesquisador responsável pela pesquisa, ofício nº 13/2014 – de apresentação à direção à unidade (em duas vias), carta de anuência da direção da unidade de saúde onde serão coletados os dados (em duas vias), declaração da coordenação do curso, currículos da equipe executora, cópia impressa do projeto de pesquisa e cópia em CD e TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido), de acordo com as disposições de Resolução 466/2012.

Todo o percurso metodológico está bem apresentado no projeto: tipo de estudo, local de estudo e sujeitos da pesquisa, instrumento da pesquisa e coleta de dados, processamento e análise estatística dos dados e aspectos éticos e legais, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Na metodologia, trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa será desenvolvida na Vila dos Frades, no Coroadinho, que segundo dados da Estratégia Saúde da Família (ESF), abrangem 1.043 famílias, sendo 727 mulheres na faixa etária de 40 a 69 anos. O cálculo do tamanho de amostra levou em consideração um erro alfa de 5%, poder de 95%, o que resultou num tamanho de amostra inicial de 252 mulheres. Esse valor foi acrescido de 10% para perdas e recusas resultando em amostra de 277 mulheres.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LUÍS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
INSTITUÍDO PELA PORTARIA N. 10 de 23 de janeiro de 2012

Percebe-se com isso a importância do monitoramento das ações preventivas e a identificação dos fatores de risco do câncer de mama, e a análise de ambos são fundamentais para minimizar a exposição das mulheres a essa patologia. Justifica-se a realização deste estudo por considerarmos que o impacto dos resultados pode ser revertido por meio de intervenções amplas e custo efetivo de promoção de saúde, no contexto da Estratégia Saúde da Família, para redução dos fatores de risco do câncer de mama, além de melhoria da atenção à saúde, na busca da detecção e tratamento precoce.

II. Comentários do relator:

Considerando os princípios fundamentais da bioética, a legislação brasileira e as normatizações de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, tanto as nacionais, quanto as internacionais, observamos os seguintes aspectos abaixo discriminados no protocolo aqui analisado:

- I - Sobre o protocolo, notamos que está de acordo com a Resolução CNS 466/2012;
- II - Sobre a pesquisa, notamos que apresenta atenção à Resolução CNS 466/2012, sem pendências;
- III - Sobre os pesquisadores notamos que possuem qualificação para realizar a pesquisa;
- IV - Sobre os sujeitos da pesquisa notamos que o projeto atende as determinações contidas na Resolução CNS 466/2012;
- V - Sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) notamos que está elaborado dentro dos critérios da Resolução CNS 466/2012.

III. Parecer Consubstanciado do CEP

Deste modo, de acordo com o relato acima exposto, o protocolo **2014.01.19.02-08** referente ao projeto de pesquisa sob o título **PRÁTICAS PREVENTIVAS DO CÂNCER DE MAMA EM MULHERES DE UMA COMUNIDADE DE SÃO LUÍS, MARANHÃO**, é considerado por este CEP como **APROVADO**.

obs.

- 1) As pendências são impeditivas para o início da pesquisa e o prazo para supri-las junto ao CEP é de até sessenta dias, a contar da data de hoje.
- 2) As recomendações não são impeditivas para o início da pesquisa, no entanto, devem ser satisfeitas até a entrega do primeiro relatório da pesquisa, a ser entregue no prazo de até um ano, a contar desta data.
- 3) V. Sa deve encaminhar regularmente relatórios parciais e finais conforme as datas indicadas por esse comitê, preenchidas devidamente em formulário específico. No caso de trabalhos de conclusão de curso, monografias, dissertações ou teses acrescentem uma cópia gravada em CD ROM, formato PDF ao relatório final.
- 3) Este parecer se refere só à forma como o projeto dessa pesquisa está desenhado e foi protocolado junto ao CEP, não dando nenhum respaldo à pesquisa para fins de publicação ou apresentação em congressos, bancas ou outros eventos científicos. Para isto, o pesquisador deve solicitar o Parecer Consubstanciado Aprovando Relatório de Pesquisa ou o Parecer Consubstanciado Aprovando a Finalização da Pesquisa.

IV. Data da reunião do CEP: 10/04/2014

CEP SEMUS. Endereço: Rua Deputado Raimundo Vieira da Silva, nº 2000 – Parque do Bom Menino - Centro. Telefone: (98) 3214 7303. cepsemussl@gmail.com

Prof. Dr. Marcos Antônio Barbosa Pacheco
Coordenador do CEP-SEMUS
PORTARIA SEMUS N. 10 de 23 de janeiro de 2012
Dignidade humana como fundamento da ciência