



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

SÍLVIA AMÉLIA PRADO BURGOS MADEIRA CAMPOS

**CONHECIMENTO DE MÉDICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
SOBRE MÉTODOS DE DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM
PARA O CÂNCER DE MAMA**

TERESINA
2016

SÍLVIA AMÉLIA PRADO BURGOS MADEIRA CAMPOS

**CONHECIMENTO DE MÉDICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
SOBRE MÉTODOS DE DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM
PARA O CÂNCER DE MAMA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM)
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família do
Centro Universitário UNINOVAFAPI, como
requisito para obtenção do título de Mestre em
Saúde da Família

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de atuação: Formação de recursos
humanos na atenção à saúde da família

Orientadora: Profa. Dra. Camila Aparecida
Pinheiro Landim Almeida

TERESINA
2016

FICHA CATALOGRÁFICA

C198c Campos, Silvia Amélia Prado Burgos Madeira.

Conhecimento de médicos da Estratégia Saúde da Família sobre métodos de diagnósticos por imagem para o câncer de mama / Sílvia Amélia Prado Burgos Madeira Campos. – Teresina: Uninovafapi, 2016.

Orientador (a): Prof. Dr.Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida: Centro Universitário UNINOVAFAPI, 2016.

77.p.; il. 23cm.

Trabalho de Conclusão de Mestrado (Pós-Graduação em Saúde da Família) - Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina, 2016.
CDD 618 190 757

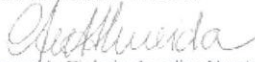
SÍLVIA AMÉLIA PRADO BURGOS MADEIRA CAMPOS

CONHECIMENTO DE MÉDICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE
MÉTODOS DE DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM PARA O CÂNCER DE MAMA

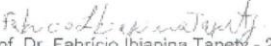
Trabalho de Conclusão de Mestrado – TCM
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família do
Centro Universitário UNINOVAFAPÍ, como
requisito para obtenção do título de Mestre em
Saúde da Família.

Data: 19 / 04 / 2016

BANCA EXAMINADORA


Profa. Dra. Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida - Presidente
(UNINOVAFAPÍ)


Prof. Dr. Benedito Borges da Silva - 1º Examinador
(Universidade Federal do Piauí - UFPI)


Prof. Dr. Fabrício Ibiapina Tapety - 2º Examinador
(UNINOVAFAPÍ/CF/FACIME-UESPI)


Prof. Dr. Eucário Leite Monteiro Alves - Suplente
(UNINOVAFAPÍ/UESPI)

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Paulo e Fátima,

...por sempre mostrarem a mim e as minhas irmãs o valor dos estudos, da dedicação e do conhecimento, sempre nos incentivando a crescer cada vez mais na vida.

Ao meu filho, Paulo,

...minha maior benção.

AGRADECIMENTOS

Aos **meus pais, Paulo e Fátima**, por me darem os melhores e maiores exemplos de vida, por toda dedicação e incentivo diários, por sempre me guiarem pelo caminho certo.

Às **minhas irmãs, Rita e Lia**, vocês são os meus espelhos, enchendo-me de orgulho e sempre com palavras de fé e determinação.

Ao **meu marido, João Leonardo**, companheiro em todas as horas, encorajando-me diariamente na busca de meus ideais.

Ao **meu filho, Paulo**, que mesmo tão pequenininho entendia quando era a hora da mamãe estudar e que ficou ausente do meu convívio em alguns momentos para que eu pudesse realizar esse trabalho.

A **minha sogra, Marúcia**, por uma dedicação sem medida a mim, sempre disponível e com palavras de sabedoria.

Ao **meu sogro, João Bosco**, pelo apoio e incentivo.

À **minha orientadora e professora, Dra. Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida**, que me ofereceu mais que ensinamentos de forma sempre positiva e serena.

Aos **professores, Dr. Benedito Borges da Silva, Dr. Fabrício Ibiapina Tapety e Dr. Eucário Leite Monteiro Alves**, pelo aceite em fazer parte da minha banca examinadora e pelas valiosas contribuições desde a qualificação.

A todos os **professores do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI** pelo aprendizado e pela oportunidade de realizar esse estudo.

"A educação é a arma mais poderosa que você pode
usar para mudar o mundo"

Nelson Mandela

RESUMO

O câncer de mama é a causa mais comum de morte em mulheres no mundo e tem motivado amplas discussões na promoção do diagnóstico precoce. Torna-se imprescindível que os profissionais médicos da Estratégia Saúde da Família conheçam os métodos de diagnósticos por imagem para a detecção precoce do câncer de mama. Este estudo objetivou: avaliar o conhecimento de médicos da Estratégia Saúde da Família sobre métodos de diagnósticos por imagem para o câncer de mama; verificar a interferência do conhecimento de médicos da Estratégia Saúde da Família sobre métodos de diagnóstico por imagem, na conduta, na orientação e no seguimento de mulheres com câncer de mama; e, elaborar uma cartilha direcionada para os profissionais médicos da Estratégia Saúde da Família sobre a categorização do *Breast Imaging Reporting Data System* na descrição dos achados nos exames de mamografia, sendo um método por imagem considerado o padrão-ouro para o rastreamento do câncer de mama. Realizou-se um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, com 19 profissionais médicos da Estratégia Saúde da Família da Regional Leste/Sudeste, no município de Teresina, Piauí, Brasil. Para a obtenção dos dados, foi utilizado um roteiro semiestruturado por meio da técnica de entrevista. As informações obtidas foram analisadas por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Os participantes discorreram sobre a importância do câncer de mama em diversos aspectos: como um problema de saúde pública, com elevada prevalência e maior causa de mortalidade na população feminina, e que tem os exames clínicos e de imagem, o rastreamento e o diagnóstico precoce como aliados para o cuidado com as pacientes. Os aspectos psicossociais causados por essa patologia que afetam a autoestima e a feminilidade foram citados por apenas dois participantes. A idade de 40 anos, a partir da qual deve ser realizada a mamografia foi relatada por todos os entrevistados, sendo que a maioria deles mostrou conhecimento sobre o *Breast Imaging Reporting Data System* para a classificação das lesões encontradas nos exames de imagem. Apenas três entrevistados relacionaram o câncer de mama à atenção básica e como problema de saúde pública. Encontrou-se ainda que a metade dos participantes da pesquisa discorreu sobre a orientação e a conduta para com as mulheres atendidas nas Unidades Básicas de Saúde. Como contribuição, foi elaborada uma cartilha destinada aos profissionais médicos da Estratégia Saúde da Família, possibilitando maior segurança quanto ao conhecimento de categorização do *Breast Imaging Reporting Data System* na descrição dos achados nos exames de mamografia, pois, sendo um método por imagem considerado o padrão-ouro para o rastreamento do câncer de mama, as mulheres com diagnóstico de câncer de mama poderão ser conduzidas de maneira mais qualificada e segura, visando uma assistência objetiva e integral. Concluiu-se que os profissionais médicos pesquisados da Estratégia Saúde da Família têm conhecimento sobre os métodos de diagnóstico por imagem para o câncer de mama, tanto em relação aos exames solicitados e seus resultados, quanto à conduta, ao encaminhamento e ao seguimento das pacientes. Destaca-se a necessidade de inserir nos currículos de formação do curso de medicina sobre o conhecimento que o médico deve adquirir sobre os métodos de imagem para o diagnóstico do câncer de mama.

Palavras-chave: Médicos. Estratégia Saúde da Família. Diagnóstico por imagem. Câncer de mama.

ABSTRACT

Breast cancer is the most common cause of death in women worldwide and has motivated extensive discussions around measures to promote early diagnosis. It is essential that medical professionals of the Family Health Strategy know about diagnostic imaging methods for early detection of breast cancer. Thus, this study has the following objectives: to assess the knowledge of physicians in the Family Health Strategy on diagnostic imaging methods for breast cancer; the interference of medical knowledge of the Family Health Strategy on diagnostic imaging methods, in conduct, in guidance and follow-up of women with breast cancer; and prepare a primer directed to medical professionals of the Family Health Strategy on the categorization of the Breast Imaging Reporting and Data System in the description of findings in mammography, and a method for image considered the gold standard for screening for cancer breast. In order to meet the proposed objectives, it performed a descriptive and exploratory study with a qualitative approach, with 19 medical professionals of the Health Strategy of Regional East / Southeast Family in the city of Teresina, capital of the State of Piauí, Brazil. To obtain the data, we used a semistructured script through the interview technique. The information obtained was analyzed using the Collective Subject Discourse technique. Participants spoke about the importance of breast cancer in several ways: as a public health problem, with high prevalence and major cause of mortality in the female population, and has clinical and imaging exams, screening and early diagnosis as allies to care for the patients. Psychosocial aspects caused by this pathology that affect self-esteem and femininity were cited by only two participants. The age of 40, from which must be performed mammography was reported by all respondents, and most of them showed knowledge of the Breast Imaging Reporting and Data System for the classification of lesions found in imaging exams. Only three respondents related to breast cancer and primary care as a public health problem. met even half of survey participants discussed the orientation and conduct toward women attended at Basic Health Units. As a contribution, a primer aimed at medical professionals of the Family Health Strategy was developed, enabling greater security knowledge of categorization of the breast Imaging Reporting and Data System in the description of findings in mammography because, being a method for image considered the gold standard for screening for breast cancer, women with breast cancer may be conducted more qualified and safe way, seeking an objective and comprehensive care. This study found that the surveyed medical professionals of the Family Health Strategy have knowledge about methods of diagnostic imaging for breast cancer, both in relation to the requested tests and their results, as to the conduct, routing and tracking of patients. However, there is the need to enter in the course of the training curricula of medicine on the individual knowledge that the doctor must acquire in relation to imaging methods for the diagnosis of breast cancer.

Keywords: Doctors. Health Strategy. Diagnostic imaging. Breast cancer.

RESUMEN

El cáncer de la mama es la causa más común de muerte en las mujeres en todo el mundo y ha motivado extensas discusiones en torno a las medidas para promover el diagnóstico precoz. Es esencial que los profesionales médicos de la Estrategia Salud de la Familia saben acerca de los métodos de diagnóstico por imagen para la detección precoz del cáncer de la mama. Por lo tanto, este estudio tiene los siguientes objetivos: evaluar los conocimientos de los médicos en la Estrategia Salud de la Familia en los métodos de diagnóstico por imagen para el cáncer de la mama; la interferencia de los conocimientos médicos de la Estrategia Salud de la Familia en los métodos de diagnóstico por imagen, en la conducta, en la orientación y el seguimiento de las mujeres con cáncer de la mama; y preparar una cartilla dirigida a los profesionales médicos de la Estrategia Salud de la Familia en la categorización de la Notificación de Imágenes de mama y sistema de datos en la descripción de los resultados de la mamografía, y un método para una imagen considera el estándar de oro para la detección del cáncer de la mama. Se realizó un estudio descriptivo y exploratorio, con enfoque cualitativo, con 19 profesionales de la medicina de la Estrategia de Salud de la Regional del Este/Sureste de la familia en la ciudad de Teresina, Piauí, Brasil. Para obtener los datos, se utilizó un guión semi estructurado a través de la técnica de la entrevista. La información obtenida se analizó mediante la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo. Los participantes hablaron sobre la importancia del cáncer de la mama de varias maneras: como un problema de salud pública, con una alta prevalencia y causa principal de mortalidad en la población femenina, y cuenta con exámenes clínicos y de imagen, detección y diagnóstico precoz como aliados para el cuidado de los pacientes. Aspectos psicosociales causados por esta patología que afecta a la autoestima y la feminidad fueron citados por sólo dos participantes. La edad de 40 años, a partir del cual debe realizarse la mamografía fue reportado por los encuestados, y la mayoría de ellos mostraron conocimiento de la Notificación de Imágenes de mama y sistema de datos para la clasificación de las lesiones encontradas en los exámenes por imágenes. Sólo tres encuestados relacionados con el cáncer de la mama y de atención primaria como un problema de salud pública. Ni si quiera a la mitad de los encuestados discutió la orientación y conducta hacia las mujeres atendidas en Unidades Básicas de Salud. Como una contribución, una cartilla dirigida a los profesionales médicos de la Estrategia Salud de la Familia se desarrolló, lo que permite una mayor seguridad de conocimiento de categorización de la Notificación de imágenes de mama y sistema de datos en la descripción de los resultados de la mamografía porque, al ser un método para una imagen considera el estándar de oro para la detección del cáncer de la mama, las mujeres con cáncer de la mama pueden ser llevadas a cabo de forma más calificada y segura, buscando una atención objetiva y completa. Este estudio encontró que los profesionales médicos encuestados de la Estrategia Salud de la Familia tienen conocimientos sobre los métodos de diagnóstico por imagen para el cáncer de mama, tanto en relación con las pruebas solicitadas y sus resultados, en cuanto a la conducta, enrutamiento y seguimiento de pacientes. Existe la necesidad de entrar en el curso de los programas de formación de la medicina en el conocimiento de que el médico debe tener en métodos de imagen para el diagnóstico de cáncer de mama se destaca.

Palabras clave: Doctores. Estrategia de Salud. El diagnóstico por imágenes. Cáncer de la mama.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BIRADS	<i>Breast Imaging Reporting and Date System</i>
BVS	Biblioteca Virtual emSaúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMS	Fundação Municipal de Saúde
INCA	Instituto Nacional do Câncer
PAISM	Programa de Assistência integral à Saúde da Mulher
PubMed	<i>US National Library of Medicine National Institutes of Health</i>
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UNINOVAFAPI	Centro Universitário UNINOVAFAPI

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Contextualização do problema.....	11
1.2 Objetivos.....	13
1.3 Justificativa e relevância.....	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1 Câncer de mama: definição, epidemiologia mundial e local.....	15
2.2 Métodos de diagnóstico por imagem para detectar o câncer de mama na Estratégia Saúde da Família.....	17
2.3 Atenção primária à saúde da mulher no câncer de mama.....	20
3 METODOLOGIA.....	22
3.1 Tipo de pesquisa.....	22
3.2 Cenário do estudo.....	22
3.3 Participantes do estudo.....	23
3.4 Instrumento e procedimentos para a coleta de dados.....	23
3.5 Organização e análise dos dados.....	24
3.6 Aspectos éticos.....	24
3.6.1 Riscos e benefícios.....	25
4 RESULTADOS.....	27
4.1 Manuscrito - Aspects related to the knowledge of physicians of the Family Health Strategy of imaging methods for breast cancer.....	27
4.2 Produto - Cartilha informativa: BIRADS: léxico para organizar a interpretação da mamografia e orientar na conduta terapêutica: uma contribuição para os profissionais médicos da Estratégia Saúde da Família.....	43
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
REFERÊNCIAS.....	60
APÊNDICES.....	64
ANEXOS.....	72

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

As ações de controle do câncer de mama começaram no Brasil com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, elaborado pelo Ministério da Saúde. Esse programa continha ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher, incluindo o câncer de mama. Em 1986, foi criado o Pro-Onco, Programa de Oncologia do Instituto Nacional do Câncer/Ministério da Saúde, que quatro anos depois, tornou-se a Coordenação de Programas de Combate de Câncer, com o intuito de informar e educar sobre os cânceres mais incidentes, incluindo o câncer de mama. Em 1997/1998, com a implantação do Programa Viva Mulher, foi iniciada ações para a formulação de diretrizes e estruturação da rede assistencial na detecção precoce do câncer de mama (INCA, 2015).

Frente às limitações que existiam à situação na época, em relação ao câncer de mama no Brasil, o Ministério da Saúde, percebendo a necessidade de definir estratégias a serem priorizadas para o controle dessa doença, numa ação conjunta com o Instituto Nacional do Câncer e a Área Técnica da Saúde da Mulher, realizou em 2003, uma oficina de trabalho para a discussão e aprovação de recomendações referentes ao controle do câncer de mama. A partir daí, criou-se em 2004, o Documento Consenso com as recomendações emanadas dessa oficina para a prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos no câncer de mama (BRASIL, 2004).

Em 2005, o controle dos cânceres de colo do útero e mama passou a ser destacado como componente fundamental dos planos estaduais e municipais, sendo reafirmada a importância dessa patologia no Pacto de Saúde de 2006. Em abril de 2009, o Instituto Nacional do Câncer promoveu o Encontro Internacional de Rastreamento do Câncer de Mama, no Rio de Janeiro, como objetivo de conhecer experiência de programas bem-sucedidos da Europa, Canadá e Chile. Desse encontro criou-se um resumo com recomendações para a implantação de um programa de rastreamento do câncer de mama. A priorização do controle do câncer de mama foi reafirmada em março de 2011, pela Presidente da República Dilma Rousseff, com o lançamento do plano nacional de fortalecimento da rede de

prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Esse plano preveu os investimentos técnico e financeiro para a intensificação das ações de controle nos estados e municípios (INCA, 2015).

O câncer de mama é a causa mais comum de morte em mulheres no mundo e também o câncer mais prevalente e incidente no sexo feminino (INCA, 2015), sendo na maioria das vezes, diagnosticada de forma tardia. É uma entidade cada vez mais divulgada e discutida entre os diversos setores da sociedade, em todo o mundo. Parte deste interesse deve-se às altas taxas de incidência e mortalidade dessa doença (BARRETO, 2012), e também às modificações psicossociais acarretadas tanto pelo medo e angústia, quanto pelas modificações provenientes do tratamento (FERREIRA, 2011).

O diagnóstico precoce do câncer de mama é fundamental para a redução da mortalidade por essa patologia. O rastreamento mamográfico é a principal ferramenta para a detecção precoce do câncer de mama, tendo impacto fundamental na história da doença (PEREGRINO, 2012).

O rastreamento do câncer da mama, para a detecção precoce da doença, pode ser feito de três formas. São elas: o autoexame da mama, que requer treinamento e tem baixa especificidade, o exame clínico realizado pelo médico, e os métodos de imagem, que incluem a mamografia, a ultrassonografia e a ressonância magnética (AGUILLAR, 2009).

Do ponto de vista científico, em um levantamento realizado no PubMed (US National Library of Medicine National Institutes of Health) foram identificados 1.040 estudos relacionados com os descritores câncer de mama, médicos e diagnóstico por imagem {BreastNeoplasms AND Physicians AND DiagnosticImaging}. Destes estudos, 147 foram identificados na área de atenção primária à saúde {BreastNeoplasms AND Physicians AND DiagnosticImaging AND Primary Health Care}. Quando realizado o cruzamento com o descritor Estratégia Saúde da Família {BreastNeoplasms AND Physicians AND DiagnosticImaging AND Primary Health Care AND Family Health Strategy}, apenas cinco estudos foram encontrados (KACZOROWSKI et al., 2013; TRIGONI et al., 2008; LORD et al., 2003; GILL; MCCLELLAN, 1998; BATTISTA, 1983).

Na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a partir do mesmo levantamento realizado com os descritores relacionados {câncer de mama AND médicos AND diagnóstico por imagem} foram identificados 774 estudos. Destes, apenas 16 foram

identificados na área de atenção primária à saúde {câncer de mama AND médicos AND diagnóstico por imagem AND atenção primária à saúde} e não foram encontrados estudos após o cruzamento com o descritor Estratégia Saúde da Família {câncer de mama AND médicos AND diagnóstico por imagem AND atenção primária à saúde AND estratégia saúde da família}.

Frente à limitação de pesquisas disponíveis após a realização de buscas em bases de dados internacionais e nacionais relacionadas com a temática, apresenta-se o seguinte objeto de estudo: conhecimento de médicos da Estratégia Saúde da Família sobre métodos de diagnósticos por imagem para o câncer de mama. Dessa forma, o presente estudo foi norteado pela seguinte questão: Qual o conhecimento de médicos da Estratégia Saúde da Família sobre métodos de diagnósticos por imagem para o câncer de mama?

1.2 Objetivos

- Avaliar o conhecimento de médicos da Estratégia Saúde da Família sobre os métodos de diagnósticos por imagem do câncer de mama;
- Avaliar o conhecimento de médicos da Estratégia Saúde da Família sobre os métodos de diagnósticos por imagem do câncer de mama com base na política de atenção básica à saúde da mulher;
- Verificar a interferência do conhecimento dos médicos da Estratégia Saúde da Família sobre métodos de diagnóstico por imagem do câncer de mama na conduta, orientação e seguimento das pacientes;
- Elaborar um produto para os profissionais médicos atenderem suas pacientes de forma mais capacitada em relação à interpretação dos resultados dos exames de imagem para o estudo das mamas.

1.3 Justificativa e relevância

O câncer de mama é a neoplasia maligna mais comum em mulheres, e é responsável pela a maior causa de morte por doença no sexo feminino. O rastreamento e o diagnóstico precoce dessa doença são de grande importância para que haja um melhor prognóstico e o tratamento, reduzindo assim, as taxas de mortalidade e aumentando a sobrevida das pacientes.

Dentre os métodos mais eficazes de se diagnosticar de forma precoce o câncer de mama, estão os exames de imagem: mamografia e ultrassonografia das mamas, sendo o primeiro considerado padrão-ouro para o rastreamento da população para câncer de mama.

Os médicos da Estratégia Saúde da Família devem saber quando solicitar exames de imagem das mamas para seu estudo e determinação de algum achado patológico. Existem critérios, baseados em estudos científicos, que indicam que a mamografia deve ser realizada em pacientes com idade inferior a 40 anos apenas se tiverem parente de primeiro grau com câncer de mama diagnosticado. Entre 40 e 69 anos, todas as mulheres devem realizar a mamografia uma vez ao ano, e acima dos 70 anos de idade, a realização deste exame de forma individualizada em relação à sua periodicidade.

Dessa forma é importante que os médicos tenham conhecimentos sobre os métodos de diagnóstico por imagem para detecção do câncer de mama, solicitar de forma adequada esses exames, e interpretar os laudos, para que seja firmado um diagnóstico, e se necessário, ser realizado um tratamento. Além disso, eles precisam informar e conduzir suas pacientes para a avaliação necessária das mamas. Isso reduzirá solicitações desnecessárias de exames de imagem, evitando custos financeiros de modo inadequado.

A realização deste estudo justifica-se pela escassez de estudos que mostrem o conhecimento do profissional médico da Estratégia Saúde da Família sobre os métodos de diagnóstico por imagem para o câncer de mama.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Câncer de mama: definição, epidemiologia mundial e local

O câncer de mama é uma neoplasia maligna caracterizada por um crescimento desordenado de algumas células da mama (COSTA, 2014). A grande maioria dos casos de câncer é causada por mutações de genes celulares, responsáveis pelo crescimento e mitose celular, chamados de oncogenes. A célula, transformada por mutação genética, forma um clone e se prolifera de modo anormal, adquirindo características invasivas, tornando-se capaz de infiltrar-se em tecidos vizinhos, ou atingir outros lugares no corpo através de vasos sanguíneos e linfáticos (ROSAS, 2013).

É uma doença heterogênea e complexa, com múltiplas formas de apresentação clínica, sendo o nódulo a mais comum, com diferentes graus de agressividade tumoral e potencial metastático (JACOMI, 2011).

O ciclo reprodutivo da mulher (menarca precoce, nuliparidade, primeira gestação acima dos 30 anos, uso de anticoncepcional oral, menopausa tardia e utilização de terapia de reposição hormonal) está relacionado aos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama. Todavia, o fator idade continua sendo um dos mais importantes, o que mostra que a incidência do câncer de mama aumenta rapidamente até os 50 anos. A história familiar (parente de primeiro grau com câncer de mama) é outro fator relacionado ao surgimento da doença, sendo já definida uma associação de risco entre o câncer de mama em pacientes jovens e a presença de história familiar (BORGES, 2013).

Alterações genéticas do tipo mutação nos genes BRCA1 e BRCA2, que são responsáveis pelo reparo do material genético das células e pela prevenção de surgimento de neoplasias, também estão relacionadas ao desenvolvimento do câncer de mama (PINHEIRO, 2013).

As mulheres na perimenopausa são as mais acometidas pelas neoplasias da mama. Aquelas que desenvolvem a doença antes dos 50 anos apresentam pior prognóstico, visto que, na maioria das vezes, o diagnóstico é feito quando a paciente já apresenta sintomas e se encontra em estágio mais avançado da doença. Dessa forma, têm maior taxa de mortalidade e menor sobrevida quando comparada às mulheres no período pós-menopausa. A maior vulnerabilidade de mulheres jovens

ao diagnóstico avançado está associada à falta de ações de rastreamento e dificuldade de interpretação na mamografia por apresentarem mamas mais densas, que podem encobrir lesões malignas, e a falsa percepção dos profissionais médicos em relação às mulheres jovens desenvolverem câncer de mama, podendo haver desvalorização dos sinais e sintomas da doença (PINHEIRO, 2013).

O conhecimento das características epidemiológicas e fatores de risco do câncer de mama são de extrema importância para que haja diagnóstico precoce e aumento da sobrevida, que após cinco anos da doença é de 61%, a nível mundial. No Brasil, tem-se observado aumento nas taxas de mortalidade, principalmente devido ao retardo no diagnóstico e na terapêutica inadequada (BORGES, 2013).

Os países desenvolvidos apresentam uma maior incidência do câncer de mama, porém, a taxa de mortalidade é menor devido à melhor eficácia no rastreamento e tratamento das pacientes. As falhas em ações de detecção precoce, recursos diagnósticos e tratamento adequado são responsáveis pelo aumento da incidência e mortalidade da neoplasia mamária maligna no Brasil (PINHEIRO, 2013). Em relação ao estadiamento, nos países desenvolvidos, o diagnóstico do câncer de mama, em 80% dos casos, ocorre nos estádios clínicos mais precoces, principalmente devido ao rastreamento mamográfico. A consequência é o aumento da sobrevida e um tratamento menos agressivo. Na Itália, por exemplo, apenas 10% das lesões malignas da mama são diagnosticadas em estágios mais avançados (BORGES, 2013).

Foi constatado um aumento do número de mulheres com câncer de mama no período de 2012-2013 no Brasil, em relação ao biênio 2010-2011, passando de 49.240 para 52.680. No Piauí, os casos nos mesmos períodos acima citados, passaram de 350 para 410 (RÊGO, 2013). De acordo com o Instituto Nacional do Câncer, estima-se 57.960 casos novos de câncer de mama no Brasil para o ano de 2016 (INCA, 2016).

Diante dessa descrição conceitual e dados epidemiológicos abordados, percebe-se a importância do câncer de mama como uma doença de incidência relevante e como problema de saúde pública.

2.2 Métodos de diagnóstico por imagem para detectar o câncer de mama na Estratégia Saúde da Família

O câncer de mama representa um grande problema de saúde pública, pois é a principal causa de morte por câncer em mulheres no Brasil. Trata-se de um dos cânceres mais temidos, devido à sua alta frequência e efeitos psicológicos como ansiedade, baixa autoestima, dor, alterações físicas e na sexualidade, e medo de recidivas (SILVA, 2012). O câncer de mama motiva a nível mundial uma ampla discussão em torno de medidas que promovam o seu diagnóstico precoce e, consequentemente, a redução em sua morbidade e mortalidade. Mais de 1.050.000 casos dessa neoplasia maligna são detectados a cada ano, em todo o mundo (MATOS, 2011).

Entretanto, o rastreamento mamográfico é alvo de controvérsias quanto a sua efetividade, sobretudo em mulheres abaixo dos 50 anos pela dificuldade de interpretação, devido à maior densidade do tecido mamário que pode alterar o seu desempenho. A composição da mama é um fator determinante para a sensibilidade da mamografia. Numa mesma mulher, a mama sofre modificações importantes durante o ciclo menstrual, bem como com idade, paridade, tipo físico e estado hormonal. As mamas densas vão progressivamente sofrendo involução, com aumento no tecido adiposo e diminuição dos elementos epitelial, estromal e lobular (AGUILLAR, 2009). O aumento da densidade mamária ocasiona diminuição na sensibilidade da mamografia e aumenta de 4 a 6 vezes a chance de se desenvolver câncer de mama (VASCONCELOS, 2011).

Há um aumento na incidência de câncer de mama tanto em países desenvolvidos, como em países em desenvolvimento (BARRETO, 2012). Porém, a taxa de mortalidade é diferente nesses países. Nos países em desenvolvimento, observou-se uma estabilidade ou mesmo crescimento da taxa de mortalidade, enquanto nos países desenvolvidos houve importante redução na mortalidade nos últimos anos devido às ações de detecção precoce do câncer de mama (URBAN, 2011).

No Brasil, o câncer de mama é diagnosticado em estádios mais avançados da doença. Esse retardo na detecção do câncer impede que as pacientes sejam beneficiadas pelos procedimentos terapêuticos e assim as possibilidades de

tratamento são mais limitadas. Com isso, torna-se mais difícil reverter o quadro clínico da paciente (REZENDE, 2009).

O câncer de mama tem como principais fatores de risco a história familiar e pessoal (parentes de primeiro grau com câncer de mama antes de 50 anos de idade), a idade avançada, hábitos de vida e influências ambientais (exposição à radiação ionizante), e características reprodutivas (menarca precoce, menopausa tardia e nuliparidade) (SILVA, 2012).

O diagnóstico da neoplasia maligna da mama em estágios iniciais pode reduzir a mortalidade, aumentando a probabilidade de sobrevida das mulheres acometidas por essa doença (NOVAES, 2009).

A mamografia é um exame de imagem capaz de detectar lesões subclínicas (SEGRI, 2011). Ela é considerada em muitos países o exame padrão-ouro para o rastreamento do câncer de mama (PEREIRA, 2014). Esse rastreamento consiste em submeter indivíduos sem sintomas a exames de triagem para detectar o câncer ou suas lesões precursoras (SILVA, 2012).

O rastreamento mamográfico teve início no final dos anos 80, após estudos clínicos randomizados terem mostrado que esse método era responsável por uma diminuição de 20 a 30% da mortalidade pela neoplasia maligna da mama. Começou a ser realizado nos Estados Unidos, Canadá e alguns países europeus (SILVA, 2014). Procedimentos de rastreamento para o câncer de mama são essenciais para a detecção precoce da doença, que junto com o tratamento inicial, reduzem a taxa de mortalidade e aumentam a sobrevida das pacientes acometidas (OLIVEIRA, 2001). Na Suécia houve uma redução de 36% da mortalidade em comparação com a época sem rastreamento (URBAN, 2011).

A efetividade do rastreamento mamográfico depende da qualidade e do desempenho de equipamentos, materiais e procedimentos empregados na mamografia. Dessa forma, foram elaborados documentos para a implantação de programas de controle de qualidade das mamografias. Assim, em 1992, o Colégio Brasileiro de Radiologia criou o Programa de Certificação de Qualidade em Mamografia, e em 2004, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) recomendou ao Sistema Único de Saúde (SUS) que criasse, como critério para credenciamento e monitoramentos dos serviços de mamografia, mecanismos de controle de qualidade para esse exame (CORRÊA, 2012).

A acurácia da mamografia depende também de fatores relacionados à mulher (densidade das mamas, idade, utilização de terapia de reposição hormonal) (SILVA, 2012). Na mamografia, a gordura é radiologicamente translúcida e o tecido fibroglandular radiologicamente denso. A densidade das mamas é de grande importância na interpretação do exame, podendo ser fator limitador do diagnóstico da afecção mamária, pois a maioria dos nódulos tumorais apresenta densidade semelhante à da água, confundindo-se com tecido fibroglandular. Dessa forma, há uma menor sensibilidade e especificidade da mamografia em mamas densas.

Outro método de diagnóstico por imagem para o câncer de mama é a ultrassonografia. Esse exame ajuda na caracterização de nódulos e cistos, e na diferenciação de lesões benignas e de possivelmente malignas (PEREIRA, 2009). Ganhou destaque na propedêutica mamária após a década de 90, e se tornou ferramenta valiosa na caracterização de nódulos encontrados na mamografia (NASCIMENTO, 2009).

A ultrassonografia mamária é um método livre de radiação ionizante e de contraste, de baixo custo, relativamente rápido, indolor e que pode ser realizado em todas as idades. É uma ferramenta cada vez mais utilizada pelos médicos para se estudar o tecido mamário, e por ter tantos benefícios, já citados acima, esse exame é erroneamente visto pela população menos esclarecida como um substituto da mamografia. Ela não é utilizada para rastreamento do câncer de mama como a mamografia. Evidências científicas comprovaram que o ultrassom das mamas não determina ganho na diminuição da mortalidade por neoplasia maligna da mama isolada ou associada à mamografia (VASCONCELOS, 2011), embora alguns estudos demonstrem sua utilidade para rastreamento de pacientes assintomáticas, com mamografia normal e mamas densas (URBAN, 2011). Todavia, é o exame de escolha para pacientes grávidas com sintomas mamários, mulheres com idade inferior a 35 anos, processos inflamatórios, mamas densas e nódulos palpáveis (SILVA, 2011).

A ultrassonografia é útil para determinar a extensão local e regional do câncer de mama, rastrear a mama contra-lateral de pacientes com câncer de mama e para avaliar as respostas às terapias neo-adjuvantes (AGUILLAR, 2009).

2.3 Atenção primária à saúde da mulher no câncer de mama

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um programa do Ministério da Saúde que tem como objetivo reorganizar a atenção básica no Brasil, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, sendo uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, de modo a ampliar a resolutividade e impacto na saúde da população, de forma coletiva e individual. É formada por uma equipe multiprofissional formada por, no mínimo, um médico, um cirurgião-dentista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2016).

A Constituição Brasileira, promulgada em 1988, estabeleceu que “Saúde é direito de todos e dever do Estado”. Dessa forma, todo brasileiro tem garantido por lei o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Na mesma época, o Sistema Único de Saúde (SUS), foi idealizado com os princípios da universalidade, equidade e integralidade. A partir desse período, iniciativas institucionais legais e comunitárias foram criando condições de viabilização do direito à saúde. Esse novo contexto fez-se favorável para o surgimento do Programa Saúde da Família (PSF), que trouxe propostas para a atuação dos profissionais de saúde, mudando de uma ação curativa e passando a atuar na integralidade da assistência, tratando o indivíduo e a família como pacientes dentro da sua comunidade. A formulação do PSF no contexto de envolver toda a família teve a seu favor o desenvolvimento anterior de modelos de assistência à família na Inglaterra, Suécia, Canadá e Cuba que serviram de referência para a formulação desse programa no Brasil. O Programa Saúde da Família passou a ser denominado de Estratégia Saúde da família visando a atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (ROSA, 2005).

Em 2004 o “Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso” veio oferecer à população feminina, ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos no câncer de mama. O controle dessa neoplasia maligna faz partes das prioridades das políticas de saúde do Brasil, e em 2006 tornou-se uma das metas do Pacto pela Saúde (SANTOS, 2010).

A recomendação para a realização da mamografia seguida no Brasil é que a mesma seja realizada de maneira anual em mulheres entre 40 e 69 anos de idade,

naquelas que tenham menos de 40 anos de idade e com alto risco para a doença, e em mulheres maiores de 70 anos deve-se avaliar cada caso. Não há comprovação dos benefícios em se realizar o exame mamográfico de rastreio antes dos 25 anos de idade. No Brasil, foi assinada em 2010, uma lei que assegura o acesso à mamografia por todas as mulheres acima dos 40 anos de idade (URBAN, 2011).

Diante da contextualização apresentada no referencial teórico desse estudo, relacionou-se a definição e a epidemiologia mundial e local do câncer de mama, os métodos de diagnósticos por imagem para detectar o câncer de mama na Estratégia Saúde da Família e a atenção primária à saúde da mulher, buscando apresentar de forma geral e específica uma fundamentação científica nacional e internacional da temática estudada.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Para analisar o conhecimento do profissional médico da EstratégiaSaúde da Família (ESF) sobre os métodos de diagnósticos por imagem do câncer de mama, no Município de Teresina, Estado do Piauí, realizou-se um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa.

Na pesquisa descritiva, os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados sem que o pesquisador manipule os fenômenos do mundo físico e humano estudados, podendo identificar características de determinada população ou fenômeno (ALYRIO, 2008).

A pesquisa exploratória neste estudo teve como objetivo, de acordo com Gil (2006), proporcionar maior familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito e aprimorado.

Segundo Gomes (2014) a pesquisa qualitativa é realizada quando se objetiva investigar as representações, valores e explicações sobre um determinado assunto dentro de um contexto social, e orienta pesquisas tendo como ponto de vista os atores sociais, considerando suas informações.

A pesquisa qualitativa aplicada a esta investigação permitiu apresentar um instrumental coerente, capaz de encaminhar os impasses teóricos para os desafios da prática, caracterizando uma relação dinâmica entre o mundo real e o participante, isto é, um vínculo indissociável entre o objetivo e a subjetividade do participante, que não pode ser traduzida em números (MINAYO, 2010).

3.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado no município de Teresina, capital do Estado do Piauí, mais especificamente nas equipes de Saúde da Família da Regional Leste/Sudeste, por tratar-se de um campo vasto propício para a realização da pesquisa.

De acordo com os dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) do Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado na cidade de Teresina, em outubro de 1997, com 19 equipes.

Atualmente, funcionam 211 equipes o que totaliza 92% de cobertura. Ressalta-se que destas 211 equipes, 13 atuam na zona rural e 198 na zona urbana.

A ESF no município de Teresina é organizada e distribuída em regionais, considerando a localização na cidade. Este estudo foi especificamente realizado junto à Regional Leste/Sudeste, por ter maior representatividade no município de Teresina, e que atualmente conta com 36 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 27 urbanas e 9 rurais, e 97 equipes de Saúde da Família, sendo 85 urbanas e 12 rurais, com 97 profissionais médicos atuando.

3.3 Participantes do estudo

Os participantes desse estudo foram profissionais médicos que desenvolvem atividades na Estratégia Saúde da Família, no município de Teresina-PI. Como critério de inclusão desses participantes, foram utilizados os seguintes: profissionais médicos concursados que desenvolvem atividades na Estratégia Saúde da Família da Regional Leste/Sudeste no município de Teresina-PI há pelo menos seis meses, por possuírem experiência no local de trabalho, de ambos os sexos e em todos os turnos. Foram excluídos os estagiários, os profissionais médicos que desenvolvem atividades voluntárias e os que estiveram de licença à saúde, afastamento ou férias.

A seleção dos participantes ocorreu considerando a disponibilidade e o interesse em participar da presente pesquisa. Foi realizado um primeiro contato pessoal pela própria pesquisadora a fim de oficializar o convite. Após a seleção dos participantes pelos critérios de inclusão e exclusão e consentimento dos participantes convidados, participaram 19 profissionais médicos da Estratégia Saúde da Família, que foi delimitado pelo processo de saturação teórica que ocorre quando novos participantes da pesquisa geram informações repetitivas (MINAYO, 2013).

Destaca-se que após o consentimento verbal, todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), em duas vias, o qual por sua vez, obedeceu aos aspectos éticos e legais, conforme determinação da Resolução nº 466/12, referente à pesquisa envolvendo seres humanos, ficando garantido o sigilo e a liberdade de recusa ou exclusão em qualquer fase da investigação (BRASIL, 2012).

3.4 Instrumento e procedimentos para a coleta de dados

Para a obtenção dos dados, foi utilizado um roteiro para entrevista (APÊNDICE A) que visou alcançar o objetivo proposto, contendo a caracterização dos participantes (idade, ESF N^o, tempo de experiência na ESF, especialização em Mastologia ou outra), além uma questão norteadora que teve a função de conduzir a uma conversa sobre o conhecimento do profissional médico da Estratégia Saúde da Família a respeito dos métodos de diagnósticos por imagem para o câncer de mama.

Para Minayo (2010), a entrevista constitui a representação do indivíduo por meio de idéias, sentimentos, condutas e projeções para o futuro, fornecidas apenas mediante a contribuição do entrevistado. As entrevistas foram agendadas previamente e realizadas em uma sala reservada nas dependências do cenário do estudo, conforme disponibilidade dos participantes.

3.5 Organização e análise dos dados

Para análise dos dados foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo-DSC (LEFEVRE, 2002) que é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos. Tendo como fundamento a teoria da Representação Social e seus pressupostos sociológicos, a proposta consiste basicamente em analisar o material verbal coletado, extraído de cada um dos depoimentos. O Discurso do Sujeito Coletivo é uma modalidade de apresentação de resultados de pesquisas qualitativas, que tem depoimentos como matéria prima, sob a forma de um ou vários discursos-síntese escritos na primeira pessoa do singular, expediente que visa expressar o pensamento de uma coletividade, como se esta coletividade fosse o emissor de um discurso.

3.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao setor administrativo da Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Teresina-PI, a fim de que fosse possível conhecer o seu conteúdo científico-metodológico e autorizado o seu desenvolvimento (ANEXO A). Somente após a aprovação da FMS de Teresina, o projeto foi submetido e

aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI, em Teresina, Piauí, Brasil, sobre o CAAE Nº 4755.3015.5.0000.5210 e Parecer Nº 1.177.509, em 10 de agosto de 2015 (ANEXO B). Os aspectos éticos dispostos na Resolução 466/12 do CNS foram garantidos por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), atendendo às exigências éticas e científicas fundamentais de uma pesquisa envolvendo seres humanos, onde foram esclarecidas aos participantes as etapas e objetivos da pesquisa.

A participação ocorreu em total anonimato, onde as identidades dos participantes ficaram em sigilo, somente com os pesquisadores. Todos os participantes que concordaram em participar da pesquisa assinaram o TCLE (APENDICE B) em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador, garantindo a segurança de ambos.

3.6.1 Riscos e benefícios

Conforme preconiza a Resolução CNS 466/2012, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variados. Quanto maiores e mais evidentes os riscos aos participantes, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los (BRASIL, 2012).

Dessa forma, houve riscos previsíveis mínimos para os participantes desse estudo, tais como constrangimento na abordagem, insegurança quanto ao sigilo das informações pessoais coletadas e/ou o receio da crítica por parte dos pesquisadores.

Para minimizar estes riscos, atentou-se para a correta e apropriada abordagem, priorizando o bem-estar do participante e zelando pelo sigilo das informações. As entrevistas foram realizadas em uma sala climatizada, de porta fechada, com boa iluminação e com a presença do pesquisador. Ressalta-se, ainda, que as entrevistas foram previamente agendadas, respeitando a disponibilidade de tempo dos participantes e que o mesmo ficou à vontade para responder ou não os questionamentos e sua identificação não foi revelada. As informações coletadas somente foram utilizadas uma única vez e exclusivamente com finalidade científica.

Quanto aos benefícios, mesmo que não imediatos, poderão surgir por meio da divulgação científica dos resultados desse estudo, sendo de grande proveito para o conhecimento científico, saúde pública e sociedade. No que diz respeito ao

benefício direto, os profissionais médicos da Estratégia Saúde da Família irão se beneficiar quanto à elaboração da cartilha, possibilitando maior segurança quanto ao conhecimento sobre o BIRADS. Paralelo a isso, as pacientes poderão ser conduzidas de maneira mais qualificada, visando uma assistência objetiva e integral.

4 RESULTADOS

4.1 Manuscrito - Aspects related to the knowledge of physicians of the Family Health Strategy of imaging methods for breast cancer (a ser submetido no *Journal of Women Health Care International*)

Aspects related to the knowledge of physicians of the Family Health Strategy of imaging methods for breast cancer

Sílvia Amélia Prado Burgos Madeira Campos

Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida

Benedito Borges da Silva

Fabício Ibiapina Tapety

Eucário Leite Monteiro Alves

SUMMARY

Breast cancer is the most common cause of death in women. The objective of this research was to evaluate the knowledge of physicians of the Family Health Strategy in relation to imaging methods for detecting the disease. Nineteen doctors agreed to participate. They spoke about the importance of breast cancer as a public health problem with high incidence and mortality. Screening and early diagnosis have been cited as allies in the prognosis of the disease. The study showed the knowledge of doctors about the diagnostic imaging methods for this malignancy.

Keywords: cancer, diagnostic, public health, women.

Introduction

Control actions for breast cancer in Brazil began through the Integrated Assistance Program to Women's Health (PAISM) in 1984, prepared by the Ministry of Health. This program included educational, preventive, diagnostic, treatment and recovery, encompassing care for women, including breast cancer. In 1997/1998, with the implementation of Viva Mulher Program, were initiated actions for the formulation of guidelines and structure of the health care network in the early detection of breast cancer. The National Cancer Institute promoted in 2009, the International Meeting of Breast Cancer Screening in Rio de Janeiro, aimed to meet successful programs of experience in Europe, Canada and Chile. This meeting created a summary with recommendations for the implementation of a screening program for breast cancer in Brazil (INCA, 2015). Breast cancer is the most common malignancy among women worldwide and in Brazil. It is the most common cause of death in women and also the most prevalent cancer in the population, being most often diagnosed at its late form (Peregrino et al, 2012). It is an entity increasingly disseminated and discussed among various sectors of society, worldwide. Part of this interest is due to the high incidence and mortality rates from this disease (Barreto, Mendes &Thuler, 2012). According to Ferreira, the news of the diagnosis of breast cancer causes anguish, insecurity and concern for the prognosis of the disease and its psychological, social and physical consequences, which relate to the survival of the patient (Ferreira, Farago, Reis &Funghetto, 2011).

Among the most effective methods of diagnosing breast diseases, are imaging tests: mammography and ultrasound of the breasts (Nascimento, Silva e Maciel, 2009), the first being considered the main test for the screening of breast cancer (Oliveira, 2011).Novaes indicates that the disease can even be detected at an early

stage by screening by mammography, which may improve the prognosis (Novaes& Matos, 2009).

Early diagnosis of breast cancer is key to reducing mortality from this disease (Peregrino et al, 2012). Thus, it is necessary that the doctor knows the diagnostic imaging methods for detection, and so can order for their patients tests that assess the breast tissue in order to diagnose possible changes, the most important, the breast cancer. The objective of this research is to evaluate the knowledge of medical professionals of the Family Health Strategy on methods for diagnostic imaging for breast cancer.

Methods

Descriptive study with a qualitative approach, developed in the Family Health teams of the Regional East / Southeast in the city of Teresina, Piauí state capital, following the authorization granted by the municipal manager of health. Study participants were 19 medical professionals who were willing to answer the interview from a total of physicians who were invited to participate. Inclusion criteria were: medical professionals with initiatives in the Family Health Strategy of Regional East / Southeast in the city of Teresina-PI for at least six months that have experience in the workplace, of both sexes and all shifts. Trainees, medical professionals to develop voluntary activities and to stow license to health, removal or vacation were excluded.

To obtain the data, an interview script was used containing the characterization of the participants (age, ESF N°, time experience in the FHS, specializing in Mastology or otherwise), and subjective question with the function of conducting a conversation about knowledge of medical professionals of the Family Health Strategy about the methods of diagnostic imaging of breast cancer.

In carrying out this analysis is used the technique of collective subject discourse - DSC(Lefevre, Crestana&Cornetta, 2002)which is a proposal for the organization and tabulation of qualitative data of verbal nature, obtained testimonials. And is based upon the theory of Social Representation and their sociological assumptions, the proposal basically consists of the analysis of verbal material collected, extracted from each of the statements. The collective subject discourse is a form of presentation of qualitative research results, which have testimonials as raw material, in the form of one or more synthetic discourses written in the first person singular, in order to express the thought of a collectivity, as if this community were the issuer of a speech.

The research project was submitted to the Research Ethics Committee of the University Center UNINOVAFAPI getting approval on the protocol CAAE: 47553015.5.0000.5210, meeting the fundamental scientific and ethical requirements for research involving human beings, according to the Council Resolution 466/12 national Health (Brasil, 2012). The ethical aspects were guaranteed by the signing of the Informed Consent (IC), where there was clarification to participants of the stages of the research and the objectives thereof. There was no identification on the exposure of personal information, and ensured the privacy and anonymity of all participants of the study.

Results

From the questions asked to the medical professional participants of the research were highlighted four themes with their respective central ideas and how often they were mentioned, accompanied by his speeches collective subject.

The first central idea referred to the importance of breast cancer, cited by almost half of the research participants. The analyzed speeches showed that the importance of the disease is directly related to a public health problem with high prevalence and major cause of mortality in the female population. Clinical and imaging exams, screening and early diagnosis were also cited as important for the collected interviews. Seven participants highlighted breast cancer as a disease of significant incidence and prevalence in the female population.

1st central idea: importance - *"We now know that breast cancer is a malignant tumor that causes the majority of death in the female population, hence the importance of early detection because despite being serious if detected early, can be cured."*

2nd central idea: public health - *"Breast cancer is a major public health problem."*

3rd central idea: primary health care - *"The attention to women's health is based on guiding their access to care and resoluteness before the exam."*

4th central idea: incidence / prevalence - *"After cervical cancer, breast cancer is the gynecologic cancer with the highest incidence being the most frequent in their fifth decade of life."*

Table 1: central ideas, participants and frequency of theme 1:

Central ideas	Participants	Frequency
Importance	02, 06, 08, 09, 10, 11, 14, 15, 16.	09
Public health	02.	01
Primary health care	03, 12, 14.	03
Incidence/prevalence	01, 02, 03, 05, 07, 11,	07

	16.	
--	-----	--

All survey participants discuss the age of 40 for the screening of breast cancer through mammography. Some mentioned that in patients with familial risk that age shall be 35 years. In Brazil, mammography is considered the gold standard for detection of breast cancer and is therefore elected the test for screening of the disease. Other imaging the breast, ultrasound and magnetic resonance imaging, were placed as complementary tests, highlighting its importance in the diagnosis of possible lesions found in the breasts. Only six subjects reported on breast self-examination, and its value for detection of breast cancer.

1st central idea: age - *"Screening for breast cancer should be performed for the target population, consisting of female patients over 40 or who have a family history of breast cancer (mother or sister). In the latter, we can do tests from 35 years old. "*

2nd central idea: mammography - *"Mammography is a radiological test used to screen for breast cancer, very important for women's health."*

3rd central idea: tracking - *"It is important to trace because the earlier the diagnosis, the better response to treatment with the highest cure rate."*

4th central idea: additional tests - *"Investigations such as breast ultrasound, helps differentiate cysts nodules."*

5th central idea: self-examination - *"In the Family Health Strategy orient patients who regularly do the breast self-examination."*

Table 2: central ideas, participants and frequency of theme 2:

Central ideas	Participants	Frequency
Age	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12,	19

	13, 14, 15, 16, 17, 18, 19.	
Mammography	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19.	19
Tracking	01, 02, 03, 05, 07, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 19.	14
Additional tests	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19.	19
Self-examination	02, 07, 13, 14, 15, 18.	06

Before a patient care at the primary care unit, the doctor of the Family Health Strategy should be able to guide it and lead it in relation to breast diseases, especially the malignancy, from the arrangements for early detection up to exams before positive for breast cancer. The referral to the breast cancer specialist should be done whenever the attending physician has any questions, and suspicion or even diagnosis of breast cancer. Almost half of the participants reported following this way in relation to their patients.

A central idea that was little compared to the psychological effects caused by the diagnosis of breast cancer, highlighted by only two participants.

1st central idea: orientation / behavior - *"My patients are always oriented to bring the results of the tests requested by the experts for inclusion in the records of your primary care unit."*

2nd central idea: routing - *"Only after a mammogram classified according to BI-RADS the physician will decide whether or not to refer to a breast cancer specialist and if is needed supplement breast ultrasound."*

3rd central idea: follow-up - *"After two years of repeated mammograms with normal results, should keep control with mammography every two years and bilateral breast ultrasound in between."*

4th central idea: psychological effects - *"In addition, breast cancer significantly affects the psychological and femininity of women."*

Table 3: central ideas, participants and frequency of theme 3:

Central ideas	Participants	Frequency
Orientation / behavior	03, 04, 08, 10, 11, 13, 14, 15, 16.	09
Routing	03, 08, 10, 12, 14, 15, 16, 19.	09
Follow-up	03, 05, 08,14.	04
Psychologicaleffects	03, 07.	02

Breast cancer presents some risk factors, the main of them is family history, which was cited by nine research participants.

Most respondents, a total of fifteen, cited and described the categorized rating for the findings on imaging tests, developed by the American College of Radiology, and used in Brazil, certain BI-RADS (Breast Imaging-Reporting and Data System).

This system classifies, in order of severity, the findings on imaging studies of the breasts: mammography, ultrasound and MRI, so that a pattern is followed in the description of the reports. Among these findings were injuries in various presentations, reported by six participants.

1st central idea: risk factors / family history - *"If there is a family event, first-degree relative, begin screening at age 35 or even a year before the younger family event."*

2nd central idea: early detection - *"The importance of early diagnosis of breast cancer refers to the highest cure rate."*

3rd central idea: BI-RADS - *"The tests follow the classification of BI-RADS."*

4th central idea: injuries - *"Mammography is best geared for the initial lesions and calcifications, and ultrasound of the breasts, for solid and liquid lesions."*

Table 4: central ideas, participants and frequency of theme 4:

Central ideas	Participants	Frequency
Risk factors / Family history	01, 03, 07, 08, 09, 10, 12, 16, 19.	09
Early detection	03, 04, 06, 08, 09, 11, 14, 16, 17.	09
BI-RADS	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 12, 13, 14, 15, 16, 17.	15
Injuries	01, 02, 05, 09, 14, 17.	06

Discussion

Breast cancer is the most common type of malignant neoplasm in the female population in Brazil (INCA, 2015; Silva et al, 2014), and is responsible for the leading

cause of death by disease in women. The importance of the disease was highlighted by participants, at various points, such as early detection, screening, prevalence and incidence of significant disease, and largely responsible for deaths among women. Breast cancer is a leading disease in public health worldwide, encouraging broad discussion on measures to promote early diagnosis and, consequently, reduction in morbidity and mortality.

In 2004 the "Control of Breast Cancer: Consensus Document" determined actions for prevention, early detection, diagnosis, treatment and palliative care in breast cancer, and thus access to procedures that detect breast cancer through screening mammography. The control of this cancer came to one of the priorities of health policies in Brazil, and in 2006 became one of the Health Pact targets (Santos & Koch, 2010).

There is an increased incidence of breast cancer in developed countries, and developing countries (Barreto et al, 2012). More than 1,050,000 cases of this malignancy is detected every year worldwide (Matos, Pelloso& Carvalho, 2011), and breast cancer incidence estimated in Brazil for the year 2016, published by the National Cancer Institute (INCA), is 57 960 cases.

Mammography is an imaging test that aims to study breast tissue and be able to detect subclinical lesions (Segri et al, 2011). It is considered in many countries, including Brazil, the gold standard for screening breast cancer (Pereira et al, 2014). In our study, all participants related the use of this test for the diagnosis of breast diseases, mentioning the age of 40 years old as the ideal start age for woman without family history. The screening involves subjecting patients without symptoms to tests to detect cancer or its precursor lesions (Silva & Hortale, 2012). The Brazilian College of Radiology and Diagnostic Imaging (CBR) recommends annual

mammography screening for all women between 40 and 69 years of age and after that age on a case to case basis (Badan, 2013).

Other diagnostic imaging method to detect breast cancer is ultrasound, which helps in the characterization of nodules and cysts, and in the differentiation of benign and malignant possibly (Pereira, 2009), it is therefore a valuable tool in the study of lumps found in mammograms (Nascimento, 2009).

When examining a patient at the Basic Health Unit, the medical professional from the Family Health Strategy should be able to explain about breast diseases, especially the malignancy, from the exams available for early detection up to the conduct in case of positive findings for malignancy. It part of the conduct of the medical doctor from the Family Health Strategy, refer the patient to the breast cancer specialist if needed, as well as the follow-up of patients, even those that do not show changes in imaging tests.

The National Curriculum Guidelines for Medical Graduation Course in Brazil, instituted by the Ministry of Education, do not especifices the individual knowledge that a medical praticiner must acquire during the course of Medical School in relation to imaging methods for the diagnosis of breast cancer (BRASIL, 2013)

Among the therapeutic options for breast cancer, the mastectomy has an aggressive and traumatizing aproachfor the life and health of women, interfering not only in their body image, but also sexuality, occupational activities, and psychic, emotional and social changes, such as depression and anxiety. Low self-esteem and fear of recurrence contribute to make this malignancy one of the most feared by the female population (Silva & Hortale, 2012), a fear of have an incurable disease and its repercussions (Ferreira et al, 2011).

Breast cancer's main risk factors are family and personal history (first-degree relatives with breast cancer before age 50), age, lifestyle, and environmental factors (exposure to ionizing radiation), and reproductive features (early menarche, late menopause and nulliparity)(Silva & Hortale, 2012).

Screening procedures for breast cancer are essential for early detection of the disease, which along with the initial treatment, reduce mortality and increase survival of patients affected (Oliveira et al, 2011). In Brazil, breast cancer is diagnosed in more advanced stages of the disease. This delay in cancer detection prevents patients from benefiting from therapeutic procedures and so the treatment options are more limited, making it more difficult to reverse the clinical picture of the patient (Rezende, Koch, Figueiredo & Thuler, 2009).

All survey participants showed knowledge of the BI-RADS and its usefulness to the interpretation of reports from diagnostic imaging tests. The results of these tests are expressed describing the findings on the image and rating them on a scale from 0 to 6, to reduce the discrepancies in the interpretation of imaging studies, homogenizing and standardizing the report's and the recommendations to be taken. It was published by the American College of Radiology in 1993 as Breast Imaging Reporting and Data System (BIRADS®) (Badan et al, 2013). The fifth edition BIRADS, from 2013, uses the same methodological standard for mammograms, ultrasound and MRI. Survey participants showed knowledge of the BIRADS and its usefulness to the interpretation of reports from diagnostic imaging tests.

Conclusions

The importance of breast cancer was listed as a public health problem with high prevalence and major cause of mortality in the female population, and has clinical

and imaging exams, screening and early diagnosis as allies in the course of the disease. At age 40, women should start screening for breast cancer by mammography. The breast complementary imaging tests: ultrasound and magnetic resonance imaging were placed as tools for this diagnosis.

In attendance at the primary care unit, the doctor of the Health Family Strategy should be able to guide and explain to their patients regarding breast diseases, especially malignant neoplasia. These behaviors and referral to amastologist, if necessary, were described by subjects. The psychological effects caused by the diagnosis of breast cancer were seldom mentioned by respondents.

The categorized rating for the findings on imaging tests, developed by the American College of Radiology, and used in Brazil, certain BI-RADS (Breast Imaging-Reporting and Data System) is known by medical professionals.

Thus, the study finds that surveyed medical professionals of the FamilyHealth Strategy have knowledge on methods for diagnostic imaging for breast cancer, both in relation to the requested tests and their results, as to the conduct, routing and tracking of patients.

References

-Badan, G.M., Roveda,D., Ferreira, C.A.P., Ferreira, F.A.T., Fleury, E.F.C., Campos, M.S.D.A., Seleti, R.A., & Cruz Júnior, H.(2013). Positive predictivevaluesofBreastImagingReportingand Data System (BI-RADS®) categories 3, 4 and5 in breastlesionsubmittedtopercutaneousbiopsy. *Radiologia Brasileira*, 46(4), 209-213.

- Barreto, A.S.B., Mendes, M.F.M., &Thuler, L.C.S.(2012). Evaluationof a strategyadoptedtoexpandadherencetobreastcancerscreening in BrazilianNortheast. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 34(2), 86-91
- Brasil. Instituto Nacional de Câncer-INCA(2015). Programa controle do câncer de mama. Rio de Janeiro: Ministério da saúde. Available from: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/historico_acoes>
- Brasil. Ministério da educação. Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Available from: <<http://www.crub.org.br/public/pdf/DiretrizesMedicinaAudienciaPublica.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2016.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. [Internet]. Brasília DF, 2012. [cited 2015 Nov 09] Available from: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>
- Ferreira, D.B., Farago, P.M., Reis, P.E.D., &Funghetto, S.S. (2011). Our life after breast cancer: perceptions and repercussions from the perspective of the couple. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 536-544.
- Lefevre, A.M.C., Crestana, M.F., & Cornetta, V.K. Discourse of the collective subject in the qualitative evaluation of post-graduation "lato sensu" Courses: Training and Development of Health Manpower - CADRHU, São Paulo - 2002. *Saúde e Sociedade*, 12(2), 68-75.

- Matos, J.C., Pelloso, S.M., & Carvalho, M.D.B. (2011). Factors associated with secondary breast cancer prevention in Maringá, Paraná State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(5), 888-898.
- Nascimento, J.H.R., Silva, V.D., & Maciel, A.C. (2009). Accuracy of sonographic findings in breast cancer: correlation between BI-RADS® categories and histological findings. *Radiologia Brasileira*, 42(4), 235-240.
- Novaes, C.O., & Mattos, I.E. (2009) Prevalence of non-utilization of mammography and associated factors in elderly women. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(Suppl. 2), s310-s320.
- Oliveira, E.X.G., Pinheiro, R.S., Melo, E.C.P., & Carvalho, M.S. (2011). Socioeconomic and geographic constraints to access mammography in Brazil, 2003-2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(9), 3649-3664.
- Peregrino, A.A.F., Vianna, C.M.M., Almeida, C.E.V., Gonzáles, G.B., Machado, S.C.F., Silva, F.V.C., Frances, V.C., & Rodrigues, M.P.S. (2012). Análise de Custo-efetividade do rastreamento do câncer de mama com mamografia convencional, digital e ressonância. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1), 215-222.
- Pereira, F.P.A. (2009). Sonographic BI-RADS®: analysis of initial results. *Radiologia Brasileira*, 42(4), VII-VIII.
- Pereira, M.B., Oliveira, J., Ribeiro, D.P., Castro, B., Yaphe, J., & Sousa, J.C. (2014). Recommended age groups and frequency of mammography screening: a systematic review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(4), 1135-1140.
- Rezende, M.C.R., Koch, H.A., Figueiredo, J.A., & Thuler, L.C.S. (2009). Factors leading to delay in obtaining definitive diagnosis of suspicious lesions for breast cancer in a dedicated health unit in Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31(2), 75-81.

- Santos, S.B.L., & Koch, H.A. (2010). Analysis of the Breast Cancer Control Program Information System (SISMAMA), with review of 1,000 mammograms in the cities of Barra Mansa and Volta Redonda. *Radiologia Brasileira*, 43(5), 295-301.
- Segri, N.J., Francisco, P.M.S.B., Alves, M.C.G.P., Barros, M.B.A., Cesar, C.L.G., - Goldbaum, M., & Malta, D.C. (2011). Preventive practices of cancer screening in women: comparison of estimates from ISA – Capitals survey and the telephone based Surveillance of Risk and Protective Factors for Chronic Diseases (VIGITEL – São Paulo), *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 14(Suppl. 1), 31-43.
- Silva, G.A., Teixeira, M.T.B., Aquino, E.M.L., Silva G A, Tomazelli J G e Silva I S. (2004). Access to early breast cancer diagnosis in the Brazilian Unified National Health System: an analysis of data from the Health Information System. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(7), 1537-1550.
- Silva, R.C.F., & Hortale, V.A. (2012) Rastreamento do Câncer de Mama no Brasil: Quem, Como e Por quê?, *Revista Brasileira de Cancerologia*, 58(1), 67-71.

4.2 Produto - Cartilha informativa: BIRADS: léxico para organizar a interpretação da mamografia e orientar na conduta terapêutica: uma contribuição para os profissionais médicos da Estratégia Saúde da Família



AUTORAS:

Sílvia Amélia Prado Burgos Madeira Campos

Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida

ARTE:

Paulo Burgos

AGRADECIMENTOS:

À Banca Examinadora, Professores Dr. Benedito Borges da Silva, Dr. Fabrício Ibiapina Tapety e Dr. Eucário Leite Monteiro Alves.

À Coordenação e Corpo Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família, do Centro Universitário da UNINOVAFAPÍ.

À Dra. Araci Castelo Branco, referência em Radiologia e Diagnóstico por Imagem.

FICHA CATALOGRÁFICA

C198b Campos, Sílvia Amélia Prado Burgos Madeira,

BIRADS: léxico para organizar a interpretação da mamografia e orientar na conduta terapêutica / Sílvia Amélia Prado Burgos Madeira Campos. – Teresina : Uninovafapi, 2016.

Orientador (a): Prof. Dr. Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida: Centro Universitário UNINOVAFAPÍ, 2016,

16. p.; il. 23cm.

Trabalho de Conclusão de Mestrado (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Centro Universitário UNINOVAFAPÍ, Teresina, 2016,

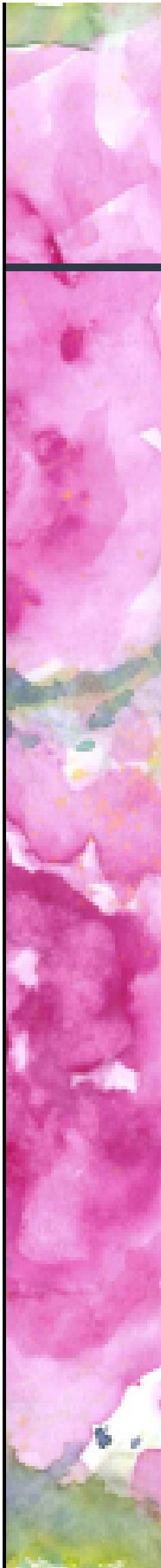
1. Mamografia, 2. Diagnostico, 3. Ultrassom, 4. Câncer de mama, I.Título, II. Almeida, Camila Aparecida Pinheiro Landim,

CDD 618.190 757



Sumário

APRESENTAÇÃO	05
O CÂNCER DE MAMA	06
EXAMES DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM PARA AVALIAR AS MAMAS	07
. Mammografia	07
. Ultrassonografia	07
. Ressonância Magnética	08
BIRADS NA MAMMOGRAFIA	09
CONDUTAS	13
REFERÊNCIAS	14



Apresentação

A presente cartilha foi elaborada como produto do Trabalho de Conclusão de Mestrado do Programa de Pós-Graduação – Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAP.

Destina-se a informar e orientar os profissionais médicos da Estratégia Saúde da Família sobre a categorização do BIRADS (Breast Imaging Reporting and Data System) na descrição dos achados nos exames de mamografia, sendo os mais importantes, aqueles relacionados ao câncer de mama.

Esperamos que esse material seja útil e de grande contribuição para o conhecimento dos profissionais médicos.



O câncer de mama

O câncer de mama é uma neoplasia maligna caracterizada por um crescimento desordenado de algumas células da mama. É uma doença heterogênea e complexa, com múltiplas formas de apresentação clínica (sendo o nódulo a mais comum), com diferentes graus de agressividade tumoral e potencial metastático. Trata-se de um dos cânceres mais temidos, devido à sua alta frequência e efeitos psicológicos desencadeados, como a ansiedade, baixa autoestima, alterações físicas e na sexualidade, e medo de recidivas.

Essa neoplasia maligna da mama é a causa mais comum de morte em mulheres no mundo e também o câncer mais prevalente e incidente no sexo feminino, sendo na maioria das vezes, diagnosticada de forma tardia. O diagnóstico precoce do câncer de mama é fundamental para a redução da mortalidade por essa patologia. O rastreamento mamográfico é a principal ferramenta para a detecção precoce do câncer de mama, tendo impacto fundamental na história da doença.

O câncer de mama tem como principais fatores de risco a história familiar e pessoal (parentes de primeiro grau com câncer de mama antes de 50 anos de idade), a idade avançada, hábitos de vida e influências ambientais (exposição à radiação ionizante), e características reprodutivas (menarca precoce, menopausa tardia e nuliparidade).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer, estima-se 57.960 casos novos de câncer de mama no Brasil para o ano de 2016.



Exames de diagnóstico por imagem para avaliar as mamas

Mamografia

A mamografia é um exame de imagem capaz de detectar lesões subclínicas. Ela é considerada o exame padrão-ouro para o rastreamento do câncer de mama. Esse rastreamento consiste em submeter indivíduos sem sintomas a exames de triagem para detectar o câncer ou suas lesões precursoras.

Existem critérios, baseados em estudos científicos, que indicam que a mamografia deve ser realizada em pacientes com idade inferior a 40 anos apenas se tiverem parente de primeiro grau com câncer de mama diagnosticado. Entre 40 e 69 anos, todas as mulheres devem realizar a mamografia uma vez ao ano, e acima dos 70 anos de idade, a realização deste exame de forma individualizada em relação à sua periodicidade.

Ultrassonografia

A ultrassonografia é um exame de imagem que ajuda na caracterização de nódulos e cistos, e na diferenciação de lesões benignas e de possivelmente malignas. É um método livre de radiação ionizante e de contraste, de baixo custo, relativamente rápido, indolor e que pode ser realizado em todas as idades, sendo, portanto, uma ferramenta cada vez mais utilizada pelos médicos para se estudar o tecido mamário. O ultrassom das mamas não é utilizado para rastreamento do câncer de mama como a mamografia.

Ressonância Magnética

A ressonância magnética permite o estudo da vascularização das lesões mamárias mediante a administração intravenosa de contraste paramagnético. A avaliação diagnóstica com mamografia e ultrassonografia deve ser esgotada antes de considerar a necessidade da realização da ressonância magnética. Ela é indicada para esclarecer o diagnóstico de resultados inconclusivos em métodos de imagem convencionais, diferenciação entre recorrência tumoral e cicatriz cirúrgica em pacientes previamente tratados, estadiamento e planejamento pré-operatório em pacientes com câncer confirmado, rastreamento de pacientes de alto risco e da mama contralateral, e estudo de próteses e implantes mamários.



BIRADS na mamografia

O BIRADS® (Breast Imaging Reporting and Data System) foi publicado pelo American College of Radiology, em 1993, como um sistema de laudo para organizar a interpretação dos exames de imagem da mama e orientar a conduta terapêutica. A quinta edição BIRADS, do ano de 2013, utiliza o mesmo padrão metodológico para os exames de mamografia, ultrassom e ressonância magnética.

Os resultados desses exames são expressos descrevendo-se os achados na imagem e classificando-os numa em categorias de 0 a 6, visando reduzir as discordâncias na interpretação dos exames de imagem, homogeneizar o laudo, e padronizar as condutas a serem tomadas.



Categorias para avaliação

- Categoria 0 – Incompleto
- Categoria 1 – Negativo
- Categoria 2 – Benigno
- Categoria 3 – Provavelmente Benigno – 2% podem apresentar malignidade.
- Categoria 4 (A, B e C) – Suspeição de malignidade entre 2 e 95%
- Categoria 5 – Altamente sugestivo de malignidade (> 95%)
- Categoria 6 – Biópsia conhecida e malignidade comprovada

Categoria 0: o achado na mamografia necessita de estudo adicional (compressão, ampliação, ultrassonografia)

Categoria 1: o exame é negativo, não existem imagens anormais na mamografia, exame normal.

Categoria 2: achados mamográficos com características de benignidade, imagem de achados tipicamente benignos:

- Fibroadenoma calcificados em involução,
- Calcificações de pele,
- Lipoma,
- Cisto oleoso,
- Linfonodo intramamário,
- Calcificação vascular,

- Implantes,
- Distorções pós-traumáticas,
- Fibroadenolipoma,
- Galactocle,
- Clipes pós-procedimentos,
- Espessamento de pele pós-radioterapia.

Categoria 3: achados não palpáveis com baixa probabilidade de malignidade (2% podem apresentar malignidade) ou provavelmente benignos:

- Nódulo sólido não calcificado;
- Assimetria focal;
- Grupo de microcalcificações puntiformes.

Categoria 4A: baixa suspeição de malignidade (2% a 10%):

- Nódulo sólido circunscrito, palpável, sugestivo de fibroadenoma pela ultrassonografia,
- Cisto complicado palpável e solitário;
- Provável abscesso;
- Ducto isolado solitário.

Categoria 4B: moderada suspeição de malignidade (10% a 50%).

- Grupo de amorfás ou finas microcalcificações pleomórficas;
- Nódulo sólido com margens indistintas;
- Assimetria em desenvolvimento;
- Distorção arquitetural.
- Linfonodos aumentados de volume não associados a processos inflamatórios.

Categoria 4C: alta suspeição de malignidade (50% a 95%).

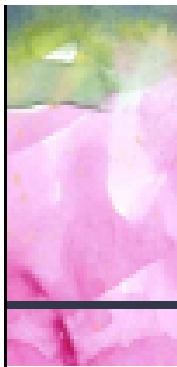
- Nódulo sólido e irregular;
- Novo grupo de finas calcificações lineares.

Categoria 5: altamente sugestiva de malignidade (>95%).

- Nódulo sólido irregular, espiculado e com alta densidade;
- Nódulo associado à microcalcificações;
- Finas calcificações lineares e ramificadas em distribuição segmentar.

Categoria 6: biópsia conhecida e comprovada malignidade.





Conduitas

Categoria 0 - Se faz necessário realizar ultrassom mamário.

Categoria 1 e 2 - Triagem mamográfica de rotina, a critério clínico.

Categoria 3 - Seguimento a curto prazo: 6, 12 e 24 meses.

Categoria 4 e 5 - Biópsia deve ser realizada na ausência de contra-indicação clínica.

Categoria 6 – Excisão cirúrgica deve ser realizada, quando clinicamente apropriado.



Referências

ACR BI-RADS® Fifth Edition, 2013.

BADAN, G. M. et al. Valores preditivos positivos das categorias 3, 4 e 5 do Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS®) em lesões mamárias submetidas a biópsia percutânea. Radiol Bras, v. 46, p. 209-13, 2013.

COSTA, E. M. L.; ENDERS, B. C. Ações dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família na Detecção Precoce do Câncer de Mama. Rev. Enferm UFPE online, v. 8, n. 7, p. 2061-2068, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER-INCA. Ações de Controle do câncer de mama [site da Internet]. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/ndobrasil/programa_controle_cancer_mama/historico_acoes>. Acesso em 14.02.2016.

JACOME, E. M. et al. Detecção do câncer de mama: conhecimento, atitude e prática dos médicos e enfermeiros da estratégia saúde da família de Mossoró, RN, Brasil. Rev. bras. cancerol, v. 57, n. 2, p. 189-98, 2011.

MARQUES, E. F. et al. Indicações de ressonância magnética das mamas em um centro de referência em oncologia. Radiol. Bras, v. 44, n. 6, p. 363-366, 2011.

PEREIRA, F. P. A. BI-RADS® ultrassonográfico: análise de resultados iniciais. Radiol. bras, v. 42, n. 4, p. 7-8, 2009.

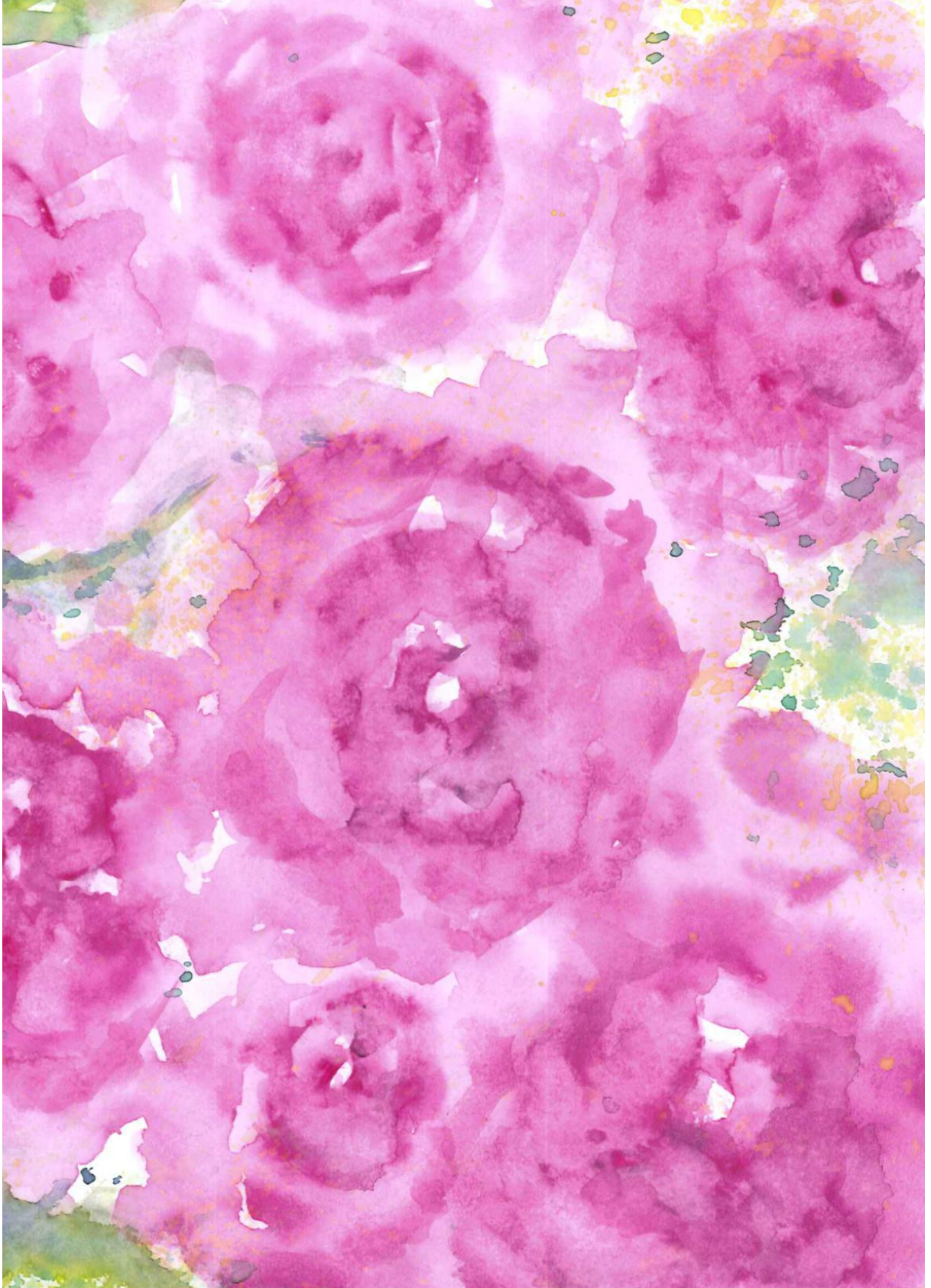
PEREIRA, M. B. et al. Grupo etário e periodicidade recomendados para a mamografia de rastreio: uma revisão sistemática. *Cienc. Saude Coletiva*, v. 19, n. 4, p. 1135-1140, 2014.

PEREGRINO, A.A.F. et al. Analysis of Cost-effectiveness of screening for breast cancer with conventional mammography, digital and magnetic resonance imaging. *Cienc. Saude Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 215-222, 2012.

SHGRI, J. N. et al. Práticas preventivas de detecção de câncer em mulheres: comparação das estimativas dos inquéritos de saúde (ISA-Capital) e vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL-São Paulo). *Rev. bras. epidemiol.*, v. 14, n. supl-1, p. 31-43, 2011.

SILVA, R.C.F.; HORTALE, V.A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: quem, como e porquê? *Rev. bras. cancerol.*, v. 58, n. 1, p. 67-71, 2012.





5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme evidenciado no estudo, a importância do câncer de mama foi descrita pelos participantes. Os discursos analisados mostraram que a importância da doença está relacionada a um problema de saúde pública, com elevada prevalência e maior causa de mortalidade na população feminina, e tem os exames clínicos e de imagem, o rastreamento e o diagnóstico precoce como aliados no curso da doença. Todos os participantes da pesquisa discutiram sobre a idade de 40 anos para se iniciar o rastreamento do câncer de mama através da mamografia. Os exames complementares de imagem das mamas: a ultrassonografia e a ressonância magnética foram colocadas como ferramentas para esse diagnóstico.

Apenas três entrevistados da pesquisa relacionaram o câncer de mama à atenção básica e problema de saúde pública. No atendimento na Unidade Básica de Saúde, o médico da Estratégia Saúde da Família deve estar apto a orientar e conduzir suas pacientes em relação às doenças da mama, em especial à neoplasia maligna. Essas condutas e o encaminhamento, se necessário, ao Mastologista foram descritas pelos participantes da pesquisa, o que demonstra que esse objetivo específico do estudo foi positivo. Poucos entrevistados relacionaram o câncer de mama à atenção básica e problema de saúde pública, não sendo, portanto, alcançado êxito em um dos objetivos específicos do estudo.

A maioria dos entrevistados citou e descreveu a classificação categorizada para os achados nos exames de imagens, desenvolvida pelo Colégio Americano de Radiologia, e utilizada no Brasil, determinada de BI-RADS (*Breast Imaging - Reporting and Data System*).

Dessa forma, o estudo considerou que os profissionais médicos pesquisados da Estratégia Saúde da Família têm conhecimento sobre os métodos de diagnóstico por imagem para o câncer de mama, tanto em relação aos exames solicitados e seus resultados, quanto à conduta, ao encaminhamento e ao seguimento das pacientes.

Dentre as limitações identificadas nos depoimentos, nota-se que, apesar das contribuições dadas pela pesquisa sobre o tema em questão, há a necessidade de se implementar novos currículos de formação nas instituições de ensino superior do curso de Medicina. As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação

em Medicina no Brasil, instituída pelo Ministério da Educação, não discorrem sobre o conhecimento individual que o médico deve adquirir durante sua formação profissional em relação aos métodos de imagem para o diagnóstico de câncer de mama.

Espera-se que a cartilha elaborada possibilite que os profissionais médicos se apresentem com maior segurança quanto ao conhecimento sobre o BIRADS. Por fim, verificou-se, com a construção deste Trabalho de Conclusão de Mestrado, a contribuição para pesquisas que enfoquem a problemática da importância da detecção precoce do câncer de mama, destacando a relevância do conhecimento seguro e integral dos profissionais médicos para uma melhor orientação, conduta e seguimento das mulheres assistidas pela Estratégia Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

- ALYRIO, R.D. **Metodologia Científica**. PPGEN: UFRJ, 2008.
- AGUILLAR, V.; BAUAB, S.; MARANHÃO, N. **Mama Diagnóstico por Imagem**. Editora Revinter, 2009.
- BARRETO, A.S.B.; et al. Avaliação de uma estratégia para ampliar a adesão ao rastreamento do câncer de mama no Nordeste brasileiro. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 34, n. 2, p.86-91, abr 2012.
- BATTISTA, R. N. Adult cancer prevention in primarycare: patterns of practice in Québec. **Am J Public Health**. v. 73, n. 9, p. 1036-9, sep. 1983.
- BORGES, G. S.; et al. Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de câncer de mama atendidos em um ambulatório de mastologia da região do Vale do Itajaí. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**.v.9, n.33, p 88-92, Jul 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle do Câncer de Mama – Documento Consenso**. Rio de Janeiro. p 5, Abr 2004.
- BRASIL.Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012.**Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília (DF), 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013. **Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Disponível em: <
<http://www.crub.org.br/public/pdf/DiretrizesMedicinaAudienciaPublica.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2016.
- CORRÊA, R.S.; et al. Efetividade de programa de controle de qualidade em mamografia para o Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 5, p. 769-76, set 2012.
- COSTA, F.M.L.; ENDERS, B.C. Ações dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família na Detecção Precoce do Câncer de Mama. **Revista de Enfermagem UFPE online**. v. 8, n. 7, p. 2061-8, jul 2014.
- FERREIRA, D.B.; FARAGO P.M.; REIS P.E.D.; FUNGHETTO, S.S. Nossa vida após o câncer de mama: percepções e repercussões sob o olhar do casal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília.v. 64, n.3,p. 536-44, mai 2011.
- GILL, J. M.; MCCLELLAN, S. A. Improvingpreventivecare for women: impactof a performanceimprovementprogram in a familypractice office. **Del Med J**, v. 70, n. 1, p. 11-6, jan. 1998.

GOMES, R. **Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014.

INCA-Instituto Nacional de Câncer [site da Internet]. **Tipos de câncer**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>>. Acesso em 20.02.2016.

JACOME, E.M.; et al. . Detecção do Câncer de Mama: Conhecimento, Atitude e Prática dos Médicos e Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Mossoró, RN, Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 57, n. 2, p. 189-198, abr 2011.

KACZOROWSKI, J. et al. Effect of provider and patient reminders, deployment of nurse practitioners, and financial incentives on cervical and breast cancer screening rates. **Can Fam Physician**.v. 59, n. 6, p. 282-9, jun. 2013.

LORD, J. et al. Strategies for increasing physicians', nurses', and mammography technicians' participation in research. **J Cancer Educ**, v. 18, n. 2, p. 78-80. 2003.

MATOS, J.C.; et al. Fatores associados à realização da prevenção secundária do câncer de mama no Município de Maringá, Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 888-898, mai, 2011.

MINAYO, M.C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 3. ed. Petrópolis: vozes, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 416p.

NASCIMENTO, J. H. R. et al. Acurácia dos achados ultrassonográficos do câncer da mama: correlação classificação BI-RADS e achados histológicos. **Radiologia Brasileira**, v.42, n.4, São Paulo, jul-ago, 2009.

NOVAES, C.O.; MATTOS, I.E. Prevalência e fatores associados a não utilização de mamografia em mulheres idosas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.Sup2, p:310-320, 2009.

OLIVEIRA, E.X.G.; et al. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3639-3664, set 2011.

PEREGRINO, A.A.F.; et al. Análise de Custo-efetividade do rastreamento do câncer de mama com mamografia convencional, digital e ressonância. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p. 215-222, jan 2012.

PEREIRA, F.P.A. BI-RADS® ultrassonográfico: análise de resultados iniciais. **Radiol Bras**. v. 42, n. 4, p. VII–VIII, jul-ago, 2009.

PEREIRA, M.B.; et al. Grupo etário e periodicidade recomendados para a mamografia de rastreio: uma revisão sistemática. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1135-1140, abr 2014.

PINHEIRO, A.B.; et al. Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Análise de 12.689 Casos. **Revista Brasileira de Cancerologia**.v.59, n.3, p. 351-359, 2013.

PORTAL DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica [homepage da internet]. Estratégia Saúde da Família, 2016. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php

REGO I.K.P.; NERY I.S. Acesso e Adesão ao Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama Assistidas em um Hospital de Oncologia. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.59, n.3, p.379-390, 2013.

REZENDE, M.C.R.; et al. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia.**, v. 31, n. 2, p. 75-81, 2009.

ROSA, W.A.G.; LIBATES, R.C. Programa Saúde da Família: a Construção de um Novo Modelo de Assistência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 13, n. 6, p. 1027-34, 2005.

ROSAS, M.S.L.; et al. Incidência do Câncer no Brasil e o Potencial Uso dos Derivados de Isatinas na Cancerologia Experimental. **Revista Virtual Quimica**. v.5, n.2, p.243-265, 2013.

SANTOS, S.B.L.; KOCH, H.A. Análise do Sistema de Informação do Programa de Controle do Câncer de Mama (SISMAMA) mediante avaliação de 1.000 exames nas cidades de Barra Mansa e Volta Redonda. **Radiologia Brasileira**. v. 43, n. 5, p. 295–301, set-out, 2010.

SEGRI, J.N.; et al. Práticas preventivas de detecção de câncer em mulheres: comparação das estimativas dos inquéritos de saúde (ISA – Capital) e vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL – São Paulo). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 1, Supl. 31-43, 2011.

SILVA, G.A.; et al. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1537-1550, jul 2014.

SILVA, P.A.; RIUL, S.S. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n.6, p. 1016-1021,nov2011.

SILVA, R.C.;. HORTALE, V.A. Rastreamento do Câncer de Mama no Brasil: Quem, Como e Por quê?.**Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 1, p. 67-71, 2012.

TRIGONI, M. et al. Mammography screening: views from women and primary care physicians in Crete. **BMC Women's Health**, v. 20, n. 8, p. 1-12, nov. 2008.

URBAN, L.A. B.D.; et al. Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para rastreamento do câncer de mama por métodos de imagem. **Radiologia Brasileira**. v. 45, n. 6, p. 334–339, nov-dez, 2012.

VASCONCELOS, R.G.; et al. Ultrassonografia mamária – Aspectos contemporâneos. **Comunicação em Ciências da Saúde**. v.22, n. Sup 1, p.S129-S140, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPÍ
MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA****TÍTULO DA PESQUISA****CONHECIMENTO DE MÉDICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE
MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM PARA O CÂNCER DE MAMA**

Dados de identificação dos participantes:

Entrevistado n°

Sexo:

Idade:

ESF N°:

Tempo de experiência na ESF:

Especialização em Mastologia : () SIM () NÃO

Outra:

- 1) Fale sobre seu conhecimento em relação a exames de diagnóstico por imagem para detecção do câncer de mama.

Roteiro: Importância do câncer de mama, atenção à saúde da mulher, método de rastreamento, idade para a realização de exames de mama, exames complementares da mama, mamografia, ultrassonografia, achados de imagem, classificação das lesões encontradas de acordo com o BI-RADS.

APÊNDICE B

1 de 3



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
Coordenação do Mestrado em Saúde da Família
Mestrado em Saúde da Família

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário (a) de uma pesquisa. Você pode decidir se quer participar ou não. Não precisa se precipitar para tomar a decisão.

Este estudo está sendo conduzido pela Profa. Dra. **CAMILA APARECIDA PINHEIRO LANDIM ALMEIDA** (Pesquisadora Responsável) e pela aluna do Mestrado em Saúde da Família: **Sílvia Amélia Prado Burgos Madeira Campos** (Pesquisadora Participante). Após ser esclarecido (a) sobre as informações seguintes e concordar em fazer parte do estudo, por favor, assine ao final deste documento, em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvidas, você poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI, por telefone (86) 2106-0738 ou e-mail cep@uninovafapi.edu.br.

Título da Pesquisa: **CONHECIMENTO DE MÉDICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE MÉTODOS DE DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM PARA O CÂNCER DE MAMA**

Pesquisadora Principal: Profa. Dra. Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida. Telefone: (86) 8138-8997. E-mail: camila@uninovafapi.edu.br.

Descrição da pesquisa com a Justificativa, Objetivos e Metodologia:

O estudo visa demonstrar quais os conhecimentos que os médicos Programa de Saúde da Família na Zona Leste de Teresina dispõem sobre os métodos de diagnósticos do câncer de mama e, a partir desses dados, formular soluções para uma maior eficácia na precisão destes diagnósticos.

Através de pesquisa bibliográfica, serão enumerados os métodos de imagem adequados, e quando e como estes métodos devam ser utilizados para o diagnóstico de câncer de mama.

Para isso, será realizada uma coleta de dados através de entrevista específica. Realizar-se-á uma pesquisa por amostragem com a intenção de detectar quais as falhas recorrentes nos diagnósticos.

Serão entrevistados médicos da Estratégia Saúde da Família que atendam em postos de saúde na Zona Leste de Teresina, de forma a descreverem acerca do seu conhecimento sobre os métodos para o diagnóstico do câncer de mama e como essas informações são repassadas para pacientes.

Os dados obtidos com o questionário serão analisados em um segundo momento, para se determinar os resultados da pesquisa. A seguir, será elaborada a conclusão deste projeto científico e sua relevante divulgação para a comunidade..

Riscos e Benefícios:

Haverá riscos mínimos durante o desenvolvimento dessa pesquisa. Considerando a natureza dessa temática e os procedimentos a serem executados, poderá acarretar retração dos participantes em decorrência do constrangimento de fornecer as informações solicitadas, por conta de insegurança e/ou sigilo profissional. Para minimizar estes riscos, os participantes serão informados no TCLE, que não serão identificados nomes, endereços ou qualquer informação que possa identificá-lo neste estudo.

Os benefícios deste trabalho científico possibilitará saber quais os conhecimentos dos médicos da Estratégia de Saúde da Família da Zona Leste de Teresina, têm sobre os métodos de imagem para o diagnóstico do câncer de mama.

Compromissos de confidencialidade de identidade dos participantes:

Os registros desta participação serão mantidos confidenciais. Entretanto, estes registros poderão ser analisados por um representante do Comitê de Ética do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Isso faz parte da responsabilidade destes órgãos em acompanhar a pesquisa. Seu nome nunca será divulgado em nenhum relatório deste estudo. A seguir, alguns esclarecimentos importantes:

1 - Compromisso Ético: Por tratar-se de pesquisa com seres humanos, esse projeto foi baseado na Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Assim, considerando a normativa do Conselho Nacional de Saúde, essa pesquisa buscará ao longo de toda sua evolução, atender à ética emergida em função dos avanços técnico-científicos, bem como respeitar incondicionalmente a dignidade, liberdade e autonomia dos seres humanos envolvidos.

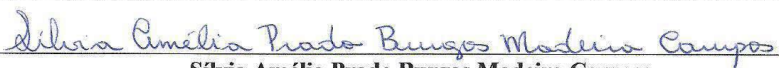
2 - Garantia de Acesso: Como participante você tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, por meio do contato com a Pesquisadora Responsável Professora Dra. Camila

3 de 3

Aparecida Pinheiro Landim Almeida, pelo telefone: (86) 8138-8997, para esclarecimento de eventuais dúvidas. Quando você tiver alguma dúvida sobre a ética desta pesquisa, por favor, procure o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ no seguinte endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 - Uruguai. Telefone: (86) 2106-0738.

3 - Garantia de Sigilo: Caso você concorde em participar, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A sua entrevista somente será numerada: "Entrevistado N°.: ____".

4 - Direito de Participação: Fica assegurado o seu direito em retirar o consentimento de participação nessa pesquisa, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou penalidade.


Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida CPF: 003.721.733-06 Pesquisadora Responsável

Sílvia Amélia Prado Burgos Madeira Campos CPF: 816.015.733-91 Pesquisador Participante

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que fui satisfatoriamente informado a respeito das informações referentes ao estudo, compreendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa. Portanto, concordo voluntariamente em participar, no qual poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos à minha pessoa.

Teresina-PI, ____ de ____ de ____.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome legível e completo do participante:

RG e CPF:

APÊNDICE C
TITLE PAGE

Title Page

Aspects related to the knowledge of physicians of the Family Health Strategy of imaging methods for breast cancer¹

Silvia Amelia Prado Burgos Madeira Campos¹, Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida¹, Benedito da Silva Borges³, Fabricio Ibiapina Tapety¹, Eucário Leite Monteiro Alves¹.

1. University Center of family UNINOVAFAPI. Teresina, Piauí, Brazil.
2. Federal University of Piauí. Teresina, Piauí, Brazil.

APÊNDICE D
COVER LETTER

Dear Editor,

We are submitting the manuscript entitled "Family Health Strategy Medical Knowledge About Diagnostic Imaging Methods for Breast Cancer" for consideration and possible publication in the Journal of Women Health Care International. This work shows the knowledge of medical professionals from the Family Health Strategy on methods of diagnostic imaging for breast cancer, from the importance of the disease, a public health problem, up to the conduct and monitoring of the assisted patients in the Basic Health Units. This study is justified by the lack of papers that analyze the matter in a relevant way, thus contributing to the scientific community.

We declare that this is a original paper, not published in any other scientific information vehicle, nor is under consideration for publication in another journal, and strictly followed the ethical procedures for research and publication.

Yours Sincerely,

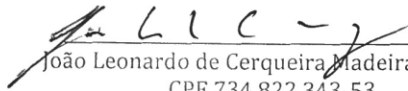
The authors.

APÊNDICE E

Prezado (a) Senhor(a),

Referente ao artigo "Conhecimento de Médicos da Estratégia Saúde da Família Sobre Métodos de Diagnósticos por Imagem para o Câncer de Mama" declaro que o mesmo foi traduzido/revisado por mim, e desta forma, atesto a correspondência entre as versões em português e em inglês bem como a qualidade da redação do manuscrito.

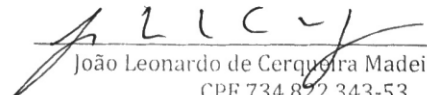
Teresina, 02 de março de 2016


João Leonardo de Cerqueira Madeira Campos
CPF 734.822.343-53

Dear Sir or Madam,

In reference to the manuscript entitled "Family Health Strategy Medical Knowledge About Diagnostic Imaging Methods for Breast Cancer" I acted as a translator and reviser, and thereafter I state that its Portuguese and English versions are correspondent, and the Authors were supplied with a Portuguese and English versions in conformity with the subject.

Teresina, 02 de march de 2016


João Leonardo de Cerqueira Madeira Campos
CPF 734.822.343-53

ANEXOS

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA FMS

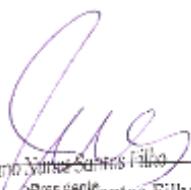


AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, LUCIANO NUNES SANTOS FILHO responsável pela instituição Fundação Municipal de Saúde de Teresina, declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa acima, e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Caso necessário, a qualquer momento como instituição COPARTICIPANTE desta pesquisa poderemos revogar esta autorização, se comprovada atividades que causem algum prejuízo à esta instituição ou ainda, a qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes desta instituição. Declaro também, que não recebemos qualquer pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do **Parecer de Aprovação** por um **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos**.

Teresina, 11 de março de 2015


 Luciano Nunes Santos Filho
 Presidente da FMS - Teresina-PI


 Ciente: Profa. Dra. Camila A. P. L. Almeida
 Pesquisadora Responsável
 Docente do Programa de Mestrado Profissional
 em Saúde da Família do Centro Universitário
 UNINOVAFAPÍ

ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO DE MÉDICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM PARA O CÂNCER DE MAMA

Pesquisador: CAMILA APARECIDA PINHEIRO LANDIM ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 47553015.5.0000.5210

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUÍ LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.177.509

Data da Relatoria: 05/08/2015

Apresentação do Projeto:

O câncer de mama é a causa mais comum de morte em mulheres no mundo e também o câncer mais prevalente na população. É a patologia mais incidente no sexo feminino, sendo na maioria das vezes, diagnosticada de forma tardia. Parte deste interesse deve-se às altas taxas de incidência e mortalidade dessa doença, e também às modificações psicossociais acarretadas tanto pelo medo e angústia, quanto pelas modificações provenientes do tratamento. O diagnóstico precoce do câncer de mama é fundamental para a redução da mortalidade por essa patologia. O rastreamento mamográfico, dessa forma, torna-se a principal ferramenta para a detecção precoce do câncer de mama, tendo impacto fundamental na história da doença. De acordo com Vera Lúcia Nunes de Aguillar, no livro Mama Diagnóstico por Imagem, o rastreamento do câncer da mama, para a detecção precoce da doença, pode ser feito de três formas. São elas: o autoexame da mama, que requer treinamento e tem baixa especificidade, o exame clínico realizado pelo médico, e os métodos de imagem, que incluem a mamografia, a ultrassonografia e a ressonância magnética (AGUIILLAR, 2009). Dessa forma, faz-se necessário que o médico conheça os métodos de diagnóstico para detecção do câncer de mama, e assim possa requisitar para suas pacientes, os exames de imagem que avaliam o tecido mamário em busca de possíveis patologias, sendo a mais importante o diagnóstico de câncer de mama.

*Theonias Gomes Pereira
Coordenadora do CEP*

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

FACULDADE DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 1.177.509

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever o conhecimento de médicos da Estratégia Saúde da Família sobre métodos de diagnósticos por imagem para o câncer de mama.

Objetivo Secundário:

Avaliar o conhecimento de médicos da Estratégia Saúde da Família sobre os métodos de diagnósticos por imagem para o câncer de mama com base na política de atenção integral à saúde da mulher; Elaborar um manual informativo para os profissionais médicos da Estratégia Saúde da Família, buscando prestar uma melhor qualidade da assistência à mulher, especialmente na prevenção do câncer de mama.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Há riscos previsíveis mínimos para os participantes desse estudo, tais como constrangimento na abordagem, insegurança quanto ao sigilo das informações pessoais coletadas e/ou o receio da crítica por parte dos pesquisadores durante a coleta de dados. Para minimizar estes riscos, atentar-se-á para a correta e apropriada abordagem, priorizando o bem estar do participante e zelando pelo sigilo das informações. As entrevistas serão realizadas em uma sala climatizada, de porta fechada, com boa iluminação e com a presença do pesquisador. Ressalta-se, ainda, que as entrevistas serão previamente agendadas, respeitando a disponibilidade de tempo dos participantes e que o mesmo ficará à vontade para responder ou não os questionamentos e sua identificação não será revelada. As informações coletadas somente serão utilizadas uma única vez e exclusivamente com finalidade científica.

Quanto aos benefícios, mesmo que não imediatos, irão surgir por meio da divulgação científica dos resultados desse estudo, buscando prestar uma melhor qualidade da assistência à mulher, especialmente na prevenção do câncer de mama. Também permitirá a interação da temática relacionada à pesquisa, sendo de grande proveito para o conhecimento científico, saúde pública e sociedade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo tem relevância na medida em que a importância do câncer de mama, um dos mais prevalentes em mulheres, precisa ser diagnosticado da maneira correta e mais rápida para aumentar as chances de cura.

Theonias Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPÍ

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123
Bairro: Bairro do Uruguai CEP: 64.073-505
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)2106-0738 Fax: (86)2106-0740 E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 1.177.509

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos necessários à submissão do presente protocolo foram postados, tendo a qualidade necessária para sua perfeita avaliação.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclui-se que o protocolo de pesquisa cumpre as recomendações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, estando portanto aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Parecer do colegiado de que o protocolo de pesquisa está APROVADO foi acatado porque encontra-se elaborado de acordo com as recomendações éticas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

TERESINA, 10 de Agosto de 2015


Theonás Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAP

Assinado por:

Theonás Gomes Pereira
(Coordenador)

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br