
**CÂNCER DE MAMA: A POSSIBILIDADE DA DETECÇÃO
PRECOCE
BREAST CANCER: THE POSSIBILITY OF EARLY
DETECTION**

HENRIQUE O. LAUER BARTH¹
ADRIANA DE SANT' ANA GASQUEZ²

RESUMO: Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer de mama no Brasil justificam a implementação de ações nacionais voltadas para a prevenção e o controle do câncer. O interesse pelo tema é devido ao aumento considerável dos números de casos e óbitos por câncer de mama nas últimas décadas, relacionadas com a mudança do perfil epidemiológico e demográfico. Em grande parte devido às mudanças nos hábitos de vida da população. A revisão bibliográfica teve como objetivo caracterizar a detecção precoce do câncer de mama como medida de controle reforçando informações a cerca dos fatores de risco. Os programas de rastreamento para câncer de mama procuram identificar mulheres assintomáticas que se encontram em estágio precoce da doença. Atualmente, as estratégias disponíveis para rastreamento do câncer de mama são a mamografia e o exame clínico das mamas conforme faixa de idade estipulada pelo INCA. Os autores acordaram que a maior taxa incidência de câncer de mama na população feminina está relacionada com o envelhecimento, história familiar e condições sócio-econômicas. Os serviços de saúde, através de protocolos atualizados, devem voltar a atenção às mulheres de risco e assintomáticas. Por fim, o controle do câncer de mama constitui um desafio da saúde coletiva.

Palavras-chave: Câncer de Mama. Detecção Precoce. Rastreamento.

¹Graduando do Curso de Enfermagem da Faculdade INGÁ, Rua Tietê, 375. Bloco B, Kit 01. Bairro: Zona 07, Maringá - Paraná, Brasil - CEP: 87- 020-210. E-mail: henrique_lauer@hotmail.com

²Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade INGÁ

ABSTRACT: The high incidence and mortality from breast cancer in Brazil justify the implementation of national actions aimed at preventing and controlling cancer. Interest in the subject is due to the considerable increase in numbers of cases and deaths from breast cancer in recent decades related to changing demographic and epidemiological profile. Largely, are because is changing the life habits of the population. The literature review aimed to characterize the early detection of breast cancer as a control measure reinforcing information about risk factors. Screening programs for breast cancer seek to identify asymptomatic women who are in early stages of the disease. Currently available strategies for the screening of breast cancer are mammography and clinical breast examination as stipulated by age group of INCA. The authors agreed that the highest incidence of breast cancer in the female population is related to aging, family history and socio-economic conditions. Health services through updated protocols, should turn their attention to women at risk and asymptomatic. Finally, the control of breast cancer is a challenge to public health.

Key-words: Breast Cancer. Early Detection. Tracking.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é considerado um grave problema na saúde pública mundial, não só pelo número de casos crescentes diagnosticados a cada ano, mas também pelos investimentos financeiros que diz respeito ao diagnóstico e tratamento. A incidência da doença cresce de maneira rápida e progressiva.

Atualmente, é uma das principais causas de morte em mulheres e é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos. Em 2010, ocorreram 12.812 mortes por causa da doença. E neste ano, o Ministério da Saúde já custeou mais de 100 mil procedimentos para quimioterapia do câncer de mama inicial ou localmente avançado. Entretanto, se diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom. (OMS BRASIL, 2012).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em comparação às décadas de 60 e 70 registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes.

Sendo o mais temido entre as mulheres pela alta frequência de morbidade e mortalidade, dentre outros fatores, de modo indireto

afetam tanto a sexualidade quanto à autoimagem pessoal da paciente. O câncer de mama tornou-se um problema de saúde pública, motivando e ampliando a discussão do debate de medidas que identifiquem os fatores de risco para promover o seu diagnóstico precoce, e consequentemente reduzir o número de casos.

Em 2012, espera-se para o Brasil, 52.680 casos novos de câncer de mama, com risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres (INCA). No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%. Apesar de ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer da mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados. A sobrevida média após cinco anos na população de países desenvolvidos tem apresentado um discreto aumento, cerca de 85%. Entretanto, nos países em desenvolvimento, a sobrevida fica em torno de 60%. (OMS, 2010).

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer de mama no Brasil justificam ações nacionais voltadas para a prevenção e o controle do câncer (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos), tendo como base as diretrizes da Política Nacional de Atenção Oncológica. (GM, 2439/05).

Relativamente raro antes dos 35 anos, mas, acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. A idade continua sendo o principal fator de risco para o câncer de mama. As taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos e, posteriormente, esse aumento ocorre de forma mais lenta.

O interesse pelo tema é devido ao aumento considerável dos números de casos e óbitos por câncer de mama nas últimas décadas, relacionados com a mudança do perfil epidemiológico e demográfico. O crescimento relativo e absoluto das doenças crônicas e a mudança na pirâmide demográfica demonstram que as neoplasias se manifestam com maior frequência. A longevidade proporciona períodos mais longos de exposição aos fatores de risco havendo maior probabilidade do desenvolvimento.

Embora a hereditariedade seja responsável por apenas 10% do total de casos, mulheres com história familiar de câncer de mama, especialmente se uma ou mais parentes de primeiro grau (mãe ou irmãs) foram acometidas antes dos 50 anos, apresentam maior risco de

desenvolver a doença.

Esse grupo deve ser acompanhado por médico a partir dos 35 anos. É o profissional de saúde quem vai decidir quais exames a paciente deverá fazer. Primeira menstruação precoce, menopausa tardia (após os 50 anos), primeira gravidez após os 30 anos e não ter tido filhos também constituem fatores de risco para o câncer de mama.

Mulheres que se encaixem nesses perfis também devem buscar orientação médica. As formas mais eficazes para a detecção precoce do câncer de mama são o exame clínico e a mamografia. (INCA, 2012).

Neste contexto, este estudo teve como objetivo caracterizar a detecção precoce do câncer de mama como medida de controle, reforçando as informações a cerca dos fatores de risco, a fim de despertar os profissionais de Unidades Básicas de Saúde a melhorar suas perspectivas em relação as suas meta e cobertura.

A revisão teórica selecionada para a realização deste estudo foi organizada com textos, artigos e dissertações atualizadas. Em primeiro lugar, a introdução teórica sobre o câncer de mama, considerando-se a epidemiologia da doença, após, tipos de câncer de mama, fatores de risco, aspectos relacionados à detecção e prevenção da neoplasia mamária. Foram citados estudos onde os autores descrevem a respeito do tema. A discussão e conclusão encerram o trabalho.

Pretendeu-se que os resultados da pesquisa contribuíssem cientificamente de forma simples e objetiva para os serviços de saúde, no intuito de capacitar e promover o conhecimento dos profissionais da saúde que atuam diretamente com as pacientes nas orientações, detecção precoce e aspectos preventivos.

TIPOS DE CÂNCER DE MAMA E FATORES DE RISCO

O câncer de mama: compreende três doenças distintas: carcinoma ductal in situ, doença de Paget e carcinoma lobular in situ. A característica comum deste grupo é o fato de serem neoplasias não invasivas, ou seja, não invadem o estroma, onde estão localizados os vasos sanguíneos e linfáticos. Por ainda se apresentarem na forma inicial, não são capazes de se disseminar à distância.

As duas primeiras patologias (carcinoma ductal in situ e doença de Paget) são consideradas lesões pré-neoplásicas, pois tem capacidade de se transformarem em uma lesão invasora se não forem tratadas.

O carcinoma lobular in situ, por outro lado, é considerada uma lesão de risco, pelo fato de aumentar o risco de câncer de mama (na

mama acometida ou na outra mama), mas não ser capaz de progredir para carcinoma invasor (SBMASTOLOGIA, 2012).

Qualquer mulher pode ter o câncer de mama, mas há determinados grupos com maiores possibilidades de desenvolverem a doença, pois possuem certas características, ou seja, certas condições favoráveis ao desenvolvimento da doença a qual se denomina, fatores de risco. Estes grupos, não que obrigatoriamente desenvolverão a doença, mas mantêm maior possibilidade de quando comparados a população feminina em geral. (BRASIL, 2012)

Ainda de acordo com o ministério da saúde os principais fatores associados ao risco aumentado em desenvolver câncer de mama preconizados são: sexo feminino, idade superior a 35 anos, padrão socioeconômico elevado, ausência de atividade sexual, residência em área urbana e cor branca. As situações de alto risco são identificadas em mulheres com história familiar de câncer de mama em ascendentes ou parentes diretos (mãe ou irmã) na pré-menopausa; ou que teve diagnóstico prévio de hiperplasia atípica ou neoplasia lobular *in situ*; ou ainda câncer de mama prévio.

A progressiva mudança no perfil reprodutivo, com mulheres com um número cada vez menor de filhos e em épocas mais tardias da vida. Podemos observar que o risco de desenvolver câncer de mama que tiveram seu primeiro filho após os 30 anos aproximadamente o dobro das que tiveram antes dos vinte anos. Interessante notar que uma gestação a termo diminui em 25% o risco de câncer de mama, e grandes múltiparas tem a metade do risco de nulíparas. A cada cinco anos na idade da primeira gravidez aumenta o risco para o câncer de mama em 13%. Mulheres que amamentaram por mais de dois anos diminuem em 33% a chance de desenvolver câncer de mama do que aquelas que nunca amamentaram, mesmo quando ajustamos a paridade e a idade da primeira gestação. (KEY et al., 2001; LAYDE, 1989 Apud PAULINELLI et al., 2003; PAIVA et al., 2002).

A predisposição genética é fator relevante para o desenvolvimento do câncer de mama. A história familiar para câncer de mama é um fator de risco reconhecido, porém apenas 10 % das mulheres diagnosticadas com câncer de mama têm uma história familiar positiva. Mulheres com casos da doença em familiares próximos (mãe, irmã ou filha) têm chances maiores de desenvolvimento do câncer de mama. Conforme ressalta o Inca, "o exame clínico da mama deve ser feito uma vez por ano pelas mulheres entre 40 e 49 anos. E a mamografia deve ser realizada a cada dois anos por mulheres entre 50 e

69 anos, ou segundo recomendação médica". E mais: "Embora a hereditariedade seja responsável por apenas 10% do total de casos, mulheres com história familiar de câncer de mama, especialmente se uma ou mais parentes de primeiro grau (mãe ou irmãs) foram acometidas antes dos 50 anos, apresentam maior risco de desenvolver a doença. Esse grupo deve ser acompanhado por médico a partir dos 35 anos, Quando detectado nos estágios iniciais, as chances de cura são de aproximadamente 95%. (PAIVA; NETTO, 2012).

DETECÇÃO E DIAGNÓSTICO

No Brasil, o exame clínico anual das mamas e o rastreamento são as estratégias recomendadas para controle do câncer da mama. As recomendações do ministério da saúde para detecção precoce e diagnóstico desse câncer baseiam-se no controle do câncer de mama: documento de consenso, de 2004, que considera, como principais estratégias de rastreamento, o exame clínico anual das mamas a partir dos 40 anos e um exame mamográfico, a cada dois anos, para mulheres de 50 a 69 anos. Para as mulheres de grupos populacionais considerados de risco elevado para câncer da mama (com história familiar de câncer da mama em parentes de primeiro grau antes dos 50 anos de idade; história familiar de câncer da mama bilateral ou de ovário em parentes de primeiro grau em qualquer idade; história familiar de câncer da mama masculina; ou mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ), recomenda-se o exame clínico da mama e a mamografia, anualmente, a partir de 35 anos.

A detecção precoce do Câncer de Mama, melhora a qualidade de vida e tratamento se diagnosticado recentemente. É engano considerar que o câncer de mama ainda hoje seja uma afecção prevenível e os programas de rastreamento para câncer de mama procuram identificar mulheres que se encontram em estágio precoce da doença. Atualmente há duas estratégias disponíveis para rastreamento do câncer de mama: mamografia e exame clínico das mamas. (ARAÚJO, 2000).

Para a detecção precoce, Brasil (2010) recomenda para o rastreamento de mulheres assintomáticas:

a) Exame Clínico das Mamas: para todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade, com periodicidade anual. Esse procedimento também é compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independentemente

da faixa etária.

b) Mamografia: para mulheres com idade entre 50 e 69 anos de idade, com intervalo máximo de 2 anos entre os exames.

c) Exame Clínico das Mamas e Mamografia Anual: para mulheres a partir de 35 anos de idade, pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer da mama.

As condutas para o diagnóstico das lesões palpáveis da mama segundo BRASIL (2006), são as seguintes:

a) Mulheres com menos de 35 anos de idade: a ultrassonografia (USG) é o método de escolha para avaliação das lesões palpáveis nesse grupo etário.

b) Mulheres com 35 anos de idade ou mais: a mamografia é o método recomendado. O exame mamográfico pode ser complementado pela ultrassonografia em determinadas situações clínicas, especificadas no Controle do Câncer de Mama.

EXAME CLÍNICO DAS MAMAS

As evidências científicas da eficácia do exame clínico das mamas na redução da mortalidade por câncer de mama ainda são consideradas insatisfatórias. Dos Nove ensaios clínicos realizados para avaliar a eficácia do rastreamento mamográfico, quatro incluíram o exame clínico das mamas como intervenção complementar. Já uma pesquisa realizada pela *National Breast Screening Study* que incluía 39.405 mulheres, metade recebeu exame mamográfico acrescido do exame clínico das mamas, enquanto as demais somente o exame clínico das mamas. Após 13 anos de seguimento, não houve diferença significativa no número de casos diagnosticados e na evolução para óbito, sugerindo que o exame clínico das mamas é tão efetivo quanto à mamografia. Essas divergências podem estar correlacionadas com a dificuldade na realização sistemática do exame clínico das mamas por todos os profissionais da área da saúde (MILLER, 2000 apud THULLER, 2003).

Contudo, o exame clínico permite o diagnóstico de lesões não observadas por pacientes ou por outros métodos de rastreamento. O exame físico das mamas deve ser realizado rotineiramente pelo médico durante a sua consulta em mulheres a partir de 25 anos, preferentemente na primeira semana após a menstruação. O exame também pode ser realizado por enfermeiros durante seu atendimento e tem fundamental importância para a detecção precoce do câncer de mama. Durante o exame abre-se a oportunidade para o profissional de saúde educar a

população feminina sobre o câncer da mama, seus sintomas, fatores e risco, detecção precoce e sobre a composição e variabilidade da mama normal. (BRASIL, 2008).

Na realização do exame, observam-se sinais como assimetria, abaulamentos, retrações, eczemas, ulcerações, gânglios linfáticos e nódulos devem ser cuidadosamente pesquisados. Em sequência, deve contemplar os seguintes passos para sua adequada realização: inspeção estática e dinâmica, palpação das axilas e palpação da mama com a paciente em decúbito dorsal. (BRASIL, 2008).

A interpretação dos resultados pode ser avaliada de duas formas: normal ou negativo. Caso alguma anormalidade seja identificada pela inspeção visual e palpação, faz-se necessário então um encaminhamento para um especialista. A SESA (2005) preconiza para realização do exame clínico das mamas conforme os mesmos passos de Brasil (2008).

MAMOGRAFIA

A mamografia é considerada o método mais eficiente para detecção precoce do câncer de mama, devendo ser realizada anualmente, por meio de um aparelho de raio X apropriado, chamado mamógrafo. Nele, a mama é comprimida de forma a fornecer melhores imagens, e, portanto, melhor capacidade de diagnóstico. O desconforto provocado é discreto e suportável. A sensibilidade diagnóstica deste procedimento varia dependendo da idade da paciente, densidade da mama e do tamanho da localização e do aspecto mamográfico do tumor. Estudos realizados com mulheres com idade acima de 50 anos, comprovam a diminuição da mortalidade em 32%, sendo que em 20 a 42% destes casos, o tumor foi detectado somente pela mamografia. (BRASIL, 2006).

A mamografia foi introduzida em larga escala populacional com fins de rastreamento organizado. Essa introdução ocorreu em 1987 primeiramente em países europeus e no ano seguinte em países norte-americanos e, após os anos 90 a mamografia se espalha pelo mundo inteiro. Os benefícios da mamografia já puderam ser notados quatro anos após o início do rastreamento.

Em virtude de ainda ser um método caro em nosso meio, recomenda-se hoje a realização da mamografia nos casos de mulheres com situação de alto risco a partir de 35 anos, mulheres com idade igual ou superior a 50 a 69 anos, mesmo que não apresentem alterações no exame clínico e mulheres a partir dos 40 anos deve ser realizado o exame clínico das mamas anualmente. (BRASIL, 2006).

A organização mundial de saúde afirma que a mamografia entre mulheres com idade entre 50 e 69 anos, quando realizada no intervalo de um a dois anos promove uma redução de 25% nas taxas de mortalidade por este câncer. Já para mulheres entre 40 e 49 anos a mamografia não surtiu efeitos. Não está claro porque o efeito do rastreamento mamográfico apareça mais lentamente em mulheres mais jovens.

De acordo com Brasil (2006) a mortalidade por câncer da mama pode ser reduzida em um terço entre as mulheres de 50 a 69 anos com programas de rastreamento, que consistem de mamografia com ou sem exame clínico. No Brasil, o principal documento que referenda a proposta do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama, em que o rastreamento é uma das principais estratégias, é o Consenso de Controle do Câncer de Mama, que preconiza:

ESTRATÉGIA DE DETECÇÃO	
POPULAÇÃO-ALVO:	ESTRATÉGIA:
MULHERES A PARTIR DOS 40 ANOS	EXAME CLÍNICO DAS MAMAS ANUAL
MULHERES ENTRE 50 E 69 ANOS	EXAME CLÍNICO DAS MAMAS ANUAL MAIS
MULHERES A PARTIR DE 35 ANOS COM RISCO ELEVADO	EXAME CLÍNICO DAS MAMAS ANUAL E MAMOGRÁFIA ANUAL

Quadro1: Estratégia de Detecção do Câncer de Mama.

A capacidade instalada (potencial de produção de mamografias pelo número de mamógrafos em uso) da rede SUS é suficiente para oferecer cobertura de pelo menos 50% da população-alvo em todas as regiões do Brasil. A implementação do rastreamento populacional como estratégia de detecção precoce e controle do câncer da mama no Brasil devem considerar a necessidade de profissionais especializados e capacitados, a organização de rede assistencial própria e prestadora de serviços ao SUS e a distribuição equitativa dos recursos tecnológicos de diagnóstico e tratamento necessários à assistência integral do paciente (BRASIL, 2008).

DISCUSSÃO

Pode-se observar, a concordância entre os autores, à tendência mundial de elevação de incidência por neoplasias malignas, devido o processo de transição epidemiológica e demográfica atual. Acrescenta-se ao número de casos anual, conforme o avanço na idade das mulheres. (SILVEIRA, 2006; BRASIL, 2010).

À longevidade, acrescentou-se a urbanização, cujo processo acelerou o aumento do número dos casos, que expõe aos riscos para o desenvolvimento do câncer de mama. O processo de urbanização da sociedade, associado a possibilidade de maior risco de adoecimento entre mulheres com elevado status socioeconômico, ao contrário do que se observa para o câncer do colo do útero. (INCA, 2012).

Dentre os principais fatores de risco do câncer de mama, a literatura aponta o sexo e a idade como influência direta no aumento do número de casos (PAIVA et al., 2006; THULER, 2003; BRASIL, 2010).

O estilo de vida é um fator condicionante para o câncer de mama, já que idade avançada, a raça, fatores sócio econômicos, o uso de contraceptivos orais, são fatores relativos para o desenvolvimento para o câncer de mama (ARAÚJO et al., 2000).

Foram considerados como situações de alto risco, mulheres com histórico de câncer de mama em ascendentes e parentes diretos e eleva quando o familiar tem o câncer de mama com menos de 50 anos em ambas as mamas. (BRASIL, 2010; THULER, 2003).

No Brasil, regiões como, centro oeste, sul, sudeste e capitais, concentram maiores números de casos de câncer de mama. Há relação dos altos índices do câncer de mama, com melhores índices sócios econômicos corroborando com a elevação da morbidade por esta causa. (SILVEIRA, et. al., 2006).

Na literatura Brasil (2006) e Thuler (2003), afirmaram que para detecção precoce e diagnóstica do câncer de mama, a respeito do rastreamento popular, as evidências científicas permitem concluir que a recomendação de mamografia acompanhada do exame clínico das mamas a cada um ou dois anos nas mulheres entre 50 e 69 anos, tem-se mostrado a estratégia mais eficaz.

Portanto, o exame clínico das mamas, e a mamografia são preconizados como medidas indispensáveis para a detecção precoce. Entretanto, há países ou regiões em que o rastreamento mamográfico não está disponível, daí a importância do exame clínico das mamas

ser encorajado para os profissionais realizarem às mulheres que frequentam o Serviço de Saúde e incentivar a sua procura e adesão, principalmente a todas que estiverem na faixa etária de 40 á 69 anos (BRASIL, 2012)

REFLEXÕES

Comparado às outras causas de câncer nas mulheres, o câncer de mama tem tido um expressivo aumento. A faixa etária com maior índice é a partir dos 50 anos e eleva-se com o avanço da idade (acima de 75 anos). As regiões de maior urbanização e melhor nível sócio-econômicos possuem maior incidência. O sexo é o principal fator de risco, seguido da idade e histórico familiar. A mamografia é a primeira opção no rastreamento das mulheres com mais de 50 anos nos Serviços de Saúde.

A prevenção primária dessa neoplasia ainda não é totalmente possível em razão da variação dos fatores de risco e das características genéticas que estão envolvidas na sua etiologia. Novas estratégias de rastreamento factíveis para países com dificuldades orçamentárias têm sido estudadas, e, até o momento, a mamografia, para mulheres com idade entre 50 e 69 anos, é recomendada como método efetivo para detecção precoce. A amamentação, a prática de atividade física e a alimentação saudável com a manutenção do peso corporal estão associadas a um menor risco de desenvolver esse câncer (INCA, 2012).

O estilo de vida é importante fator na prevenção primária, entretanto as possíveis recomendações para a população em geral estão no estímulo de hábitos de vida saudáveis, o que inclui não fumar, manter uma alimentação equilibrada, ingerir bebidas alcoólicas com moderação e manter o peso ideal. Acrescente-se a isso cuidados nos ambientes de trabalho, sobretudo no que diz respeito à exposição à radiação iônica e aos pesticidas.

Sendo assim o controle do câncer de mama constitui um enorme desafio que a saúde pública e todos os profissionais ligados deverão enfrentar.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, S.D.T. **Mortalidade por câncer de mama, de mulheres com idade igual e superior a 50 anos, estado de São Paulo, 1979-1997**. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, 2006.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes**. Disponível em <<http://www.projetodiretrizes.org.br>>. Acesso em 9 de junho de 2012.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETÁRIA ATENÇÃO SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. COORDENAÇÃO DE PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA. **A situação do câncer no Brasil**. INCA, 2012.

_____. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. COORDENAÇÃO DE PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA. **Falando sobre câncer de mama**. MS/INCA, 2012.

_____. **Parâmetros técnicos para programação de ações de detecção precoce do câncer da mama: recomendações para gestores estaduais e municipais**. INCA, 2006.

GOMES, R. et al. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminino. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: Artigo v. 18, n. 1, p. 197-204, jan/fev, 2002.

INCA, **Tabela estimativas de incidência de câncer no Brasil- 2012**. Disponível em <<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5>>. Acessado em 10 de junho de 2012.

_____. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.49, n. 4, p. 227-238, 2005.

_____. **Deteção precoce**. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/detecca_o_precoce>. Acessado em 10 de junho de 2012.

LINARD, A.G. et al. Deteção precoce do câncer de mama na cidade de Crato-Ce. **RBPS**, v. 16, n. 1/2, p. 3-9, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Novo medicamento incorporado no SUS**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/6242/162/novo-medicamento-sera-incorporado-no-sus.html>>. Acessado em 20 de maio de 2012.

MOLINA, L. et al. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. **Revista Associação Medicina Brasileira**, Botucatu: UNESP, v. 49, n. 2, p.185-190, 2003.

NETTO, P. **Tipos de câncer**. Disponível em: <http://www.paivanetto.com.br/index.php-/-/pt/artigo?cm=93624&cs=100>. Acessado

em 07 de março de 2012.

PARANÁ, Secretaria de Estado de Saúde. Coordenadoria de Programas Especiais. **Manual do programa de prevenção e controle de câncer ginecológico**. Curitiba: SESA, 2005.

PAULINELLI, R.R. A situação do câncer de mama em Goiás, no Brasil e no mundo: tendências atuais para a incidência e a mortalidade. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife: Universidade Federal de Goiás, v.3, n.1, p. 17-24, jan./mar., 2003.

SILVEIRA, L. V. S. Evolução por câncer de mama no período de 1980 a 2001. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 1, p. 37-42, 2006.

SISMAMADATASUS. **Manual Operacional**. Disponível em:<http://w3.datasus.gov.br/siscam/download/Manual_Operacional_SISMAMA_m%C3%B3dulo_coordena%C3%A7%C3%A3o-Edicao1.0.pdf>. Acessado em 15 de junho de 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA. **Câncer de mama**. Disponível em:<<http://www.sbcancer.org.br/final/artigossetor.asp?idart=2>>. Acessado em 19 de junho de 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **Câncer de mama – Brasil**. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/palestras/cancer/cancer_mama_brasil.pdf>. Acessado em 10 de junho de 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **Tipos de câncer**. Disponível em:<<http://www.sbmastologia.com.br/cancer-de-mama/estagios-cancer-de-mama/cancer-de-mama-estagio-0-22.htm>> . Acessado em 20 de maio de 2012.

Enviado em: dezembro de 2013
Revisado e Aceito: janeiro de 2014