

## PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA VOLTADO À SAÚDE DA MULHER EM UMA OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE

Rosana Amora Ascari<sup>1</sup>  
Franciele Mugnol<sup>2</sup>  
Marciane Kessler<sup>3</sup>  
Olvani Martins da Silva<sup>4</sup>

### RESUMO

O objetivo deste estudo foi conhecer a prevalência de exames preventivos de câncer de colo uterino e mama na população feminina de uma Operadora de Planos de Saúde no Meio Oeste Catarinense para a implantação do Programa Saúde da Mulher. Trata-se de um estudo quantitativo realizado com mulheres de 40 a 75 anos de idade, beneficiárias de uma operadora de saúde, com os exames mamográficos e citopatológicos atrasados a mais de 12 meses e residentes na área de ação da Operadora. Cerca de 90% estavam em atraso com os exames de mama e de colo de útero, e destas, 39,4% nunca os realizaram. Após contato, 41,5% das mulheres realizaram os exames. Acerca dos fatores de risco foram identificados casos de câncer na família, uso da pílula anticoncepcional, nuliparidade e/ou não amamentação, uso de terapia hormonal, tratamento prévio com radioterapia e quimioterapia, falta de atividade física e uso de tabaco. A implantação do Programa aumentou a quantidade de exames realizados. Faz-se necessária uma medicina voltada à prevenção do câncer de mama e de colo de útero, ações educativas para promover a redução dos fatores de risco, intensificar o rastreamento, e a busca ativa da população faltante no Programa.

**Palavras-chave:** Saúde Pública. Neoplasias da mama. Neoplasias do colo do útero. Planos de Saúde.

### 1 INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero e de mama são doenças crônicas e malignas que afetam especialmente a população feminina, apesar de serem considerados de bom prognóstico quando diagnosticados e tratados precocemente. Embora países como o Brasil ainda registrem todos os anos casos novos dessas doenças, que pode estar associado a diagnósticos realizados em estágios avançados da doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002a), sendo que

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina. Membro do Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho – GESTRA/UEDESC. E-mail: rosana.ascari@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Graduada pela Universidade do Oeste de Santa Catarina. E-mail: franmugnol@hotmail.com

<sup>3</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade do Estado de Santa Catarina. E-mail: marciane.kessler@hotmail.com

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestre em Terapia Intensiva. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina. E-mail: olvanims@hotmail.com

os serviços e profissionais da saúde fazem parte de programas de prevenção e incentivo para controle periódico de exames citopatológicos e mamográficos.

O câncer está entre as três principais causas de mortes em adultos nos países em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002b). No Brasil, no ano de 2010, as neoplasias responderam pela segunda causa de morte entre a **população em geral**, com 16,4% das mortes. Entre a **população feminina** acima de 15 anos de idade, no mesmo ano, ocupou igualmente a segunda posição com 17,7% das mortes (BRASIL, 2013a).

Entre as mortes por câncer entre a **população feminina**, o câncer de mama constitui-se na primeira causa de morte por neoplasias entre as mulheres brasileiras acima de 15 anos, e o câncer de colo uterino é o quarto tipo mais comum entre as mulheres no país nesta faixa etária (BRASIL, 2013a). Sendo os mais temidos, devido à alta frequência em que ocorrem e, sobretudo, pelos altos índices de mortalidade.

Os principais fatores de riscos para a oncogênese cervical estão associados às baixas condições socioeconômicas, história familiar, ao início precoce da atividade sexual, à multiplicidade de parceiros sexuais, multiparidade, ao tabagismo, à higiene íntima inadequada, ao uso prolongado de contraceptivos orais, mas principalmente o Vírus do Papiloma Humano (HPV), que possui papel importante no desenvolvimento da neoplasia, sendo que este vírus está presente em mais de 90% dos casos de câncer do colo do útero (BRASIL, 2006; BRASIL, 2013b).

No entanto, a questão da prevenção do câncer de mama ainda é bastante complexa, devido a multiplicidade de fatores de riscos envolvidos, sendo a capacidade de intervenção nesses fatores limitada, tornando difícil o controle. Neste caso, a preferência é a detecção precoce, porém a maioria dos casos, ainda é diagnosticada em estágios mais avançados (SANTOS; ZAPONNI; MELO, 2009).

Diante deste cenário de neoplasias malignas, fica clara a necessidade de continuidade em investimentos no desenvolvimento de ações para o controle dos cânceres, nos diferentes níveis de atuação, como na promoção e prevenção de saúde, na detecção precoce, na assistência aos pacientes, na vigilância, na formação de recursos humanos, na comunicação e mobilização social (BRASIL, 2007).

Vale lembrar o alto custo socioeconômico das doenças crônicas degenerativas, da qualidade de vida deteriorada, bem como a sua ação direta nos investimentos na área de saúde. Saito (2009) descreve que a grande contribuição da tecnologia na saúde foi a tomada de medidas preventivas, baseadas na busca ativa, educação em saúde, prevenção de doenças e

suas complicações, e a redução de custos assistenciais. Entretanto, a cultura dos usuários de saúde ainda precisa de investimentos, e um deles está relacionado à informação, pois somente com disponibilização poderá haver maior adesão à programas de promoção da saúde e medicina preventiva (CENTENO; DEWES, 2012).

Para melhores resultados nos programas de rastreamento dos usuários, faz-se necessário analisar a utilização dos serviços de saúde, que está fortemente ligada às características da oferta e a conduta das pessoas frente à morbidade e aos serviços de saúde oferecidos (SANTOS; ZAPONNI; MELO, 2009).

Com base no exposto, propõem-se aqui conhecer a prevalência dos exames preventivos de câncer de colo uterino e mama na população feminina de uma operadora de planos de saúde no meio oeste catarinense, para a implantação do Programa de Medicina Preventiva: Saúde da Mulher, para a disseminação de ações educativas e a busca ativa das beneficiárias para a realização do exame citopatológico e a mamografia, possibilitando diagnóstico precoce de neoplasias e intervenção imediata, o que pode resultar em tratamento com menor desgaste físico e emocional à beneficiária, bem como na diminuição das internações e os custos envolvidos neste processo.

## **2 MÉTODO**

Trata-se de um estudo quantitativo desenvolvido no período de março a agosto de 2009, tendo como objetivo conhecer a prevalência de exames preventivos de câncer de colo uterino e mama na população feminina de uma operadora de planos de saúde no meio oeste catarinense, para a implantação do Programa de Medicina Preventiva: Saúde da Mulher.

O público alvo foram 64 mulheres participantes da pesquisa, de 40 a 75 anos de idade, beneficiárias de uma operadora de saúde, com exames mamográficos e citopatológicos atrasados a mais de 12 meses e residentes na área de ação da operadora no meio oeste de Santa Catarina.

Inicialmente o projeto foi submetido à aprovação do Conselho Administrativo da operadora o qual foi aprovado para seu desenvolvimento. O Custo para o desenvolvimento do estudo foi absorvido pela própria Operadora de Planos de Saúde, bem como, esta assumiu o custo total dos exames realizados após a busca ativa das mulheres que aceitaram a participar do Programa de Medicina Preventiva: Saúde da Mulher.

Foram identificadas todas as beneficiárias dos contratos pessoa física entre 40 e 75 anos de idade. Na sequência foi realizada a busca no sistema interno da operadora para identificar as mulheres com exames mamográficos e citopatológicos atrasados a mais de 12 meses. Os pesquisadores realizaram visita a outra operadora de planos de saúde para conhecer um programa de medicina preventiva em funcionamento, esclarecendo algumas dúvidas pertinentes a implantação do programa.

O projeto aprovado pelo Conselho Administrativo foi apresentado a um serviço de imagem credenciado pela Operadora e ao médico radiologista deste serviço. Na ocasião, foi solicitada autorização para o preenchimento de um instrumento elaborado pelos pesquisadores para fins de coleta de dados das beneficiárias e resultados dos laudos mamográficos.

Em outro momento foi apresentado o projeto aos médicos ginecologistas vinculados à Operadora explanando como aconteceriam as etapas do programa de medicina preventiva: Saúde da Mulher, sendo que o exame citopatológico ficaria a critério médico ginecologista durante a consulta.

Utilizou-se como critério de inclusão: mulheres com os exames mamográficos e citopatológicos atrasados há mais de 12 meses, residentes na área de ação da Operadora. Os critérios de exclusão do estudo foram mulheres com faixa etária inferior a 40 anos e superior a 75 anos, mulheres que residiam em outros locais fora da área de ação da operadora e mulheres que estavam em dia com os exames ginecológicos.

Seguindo os critérios de inclusão e exclusão, foi identificada uma amostra de 182 mulheres, onde 13 destas residiam fora da área de ação da operadora de planos de saúde, totalizando assim 169 mulheres, e 15 estavam em dia com os exames de rotina ginecológica. Assim, 154 mulheres se enquadravam nos critérios de inclusão do estudo.

Para a identificação da amostra, utilizou-se a base de dados Business Intelligence (BI), a qual possibilitou a busca de dados da população definindo o sexo, idade, tipo de contrato e porcentagem de co-participação do plano de saúde, endereço e telefone da amostra, representada por 154 mulheres. Também foi utilizado o Sistema de Gerenciamento da Operadora para a busca de datas da realização do último exame mamográfico, citopatológico e consulta realizada em cada mulher que compôs a amostra.

Os sujeitos da amostra foram contatados por meio de carta convite (via postal) e folder informativo sobre o câncer de mama (como anexo). Ao serem convidados a participarem do estudo, foram esclarecidos sobre o questionário a ser preenchido no serviço credenciado

quando da realização da mamografia e citopatológico de colo de útero. Foi esclarecido também o propósito do estudo e a manutenção do caráter confidencial do estudo.

Empregou-se como incentivo para realização da mamografia por meio do Programa de Medicina Preventiva: Saúde da Mulher, a isenção do valor da co-participação, a qual foi utilizado um código padrão nas guias de procedimento a fim de identificar as beneficiárias isentas deste custo.

A participação do público alvo ficou a critério de quem teve interesse quando abordado pelos pesquisadores, possibilitando-se aos participantes desistirem a qualquer momento da pesquisa.

Ao término da pesquisa, os dados foram tabulados, analisados e discutidos conforme bibliografia revisada. Na sequência realizou-se a divulgação dos dados junto à Operadora de Planos de Saúde.

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com os princípios éticos recomendados pela Resolução 196/96 e 257/97 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Como se trata de pesquisa em base de dados não foi solicitado apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre as mulheres selecionadas (169) por residirem na área de ação da Operadora de Planos de Saúde no Meio Oeste Catarinense, 91,12% (154) estavam em atraso com o exame de mamografia, 90,53% (153) com o exame citopatológico de colo de útero e 88,16% (149) em atraso com as consultas ginecológicas conforme apresentado na Tabela 1.

**Tabela 1:** Comparação entre mamografia X citopatológico X consulta Ginecológica na operadora de planos de saúde no Meio Oeste de Santa Catarina.

| <b>Realização exames</b> | <b>Mamografia</b> | <b>%</b>      | <b>Citopatológico</b> | <b>%</b>      | <b>Consulta</b> | <b>%</b>     |
|--------------------------|-------------------|---------------|-----------------------|---------------|-----------------|--------------|
| Nunca fizeram            | 83                | 49,11         | 63                    | 37,27         | 54              | 31,95        |
| Mais de 2 anos           | 40                | 23,66         | 51                    | 30,17         | 52              | 30,76        |
| Entre 1 ano e 2 anos     | 31                | 18,34         | 39                    | 23,07         | 43              | 25,44        |
| Menos de 1 ano           | 15                | 8,87          | 16                    | 9,46          | 20              | 11,83        |
| Total de mulheres        | 169               | 100           | 169                   | 100           | 169             | 100          |
| <b>Total de atrasos</b>  | <b>N=154</b>      | <b>91,12%</b> | <b>N=153</b>          | <b>90,53%</b> | <b>N=149</b>    | <b>8,16%</b> |

Fonte: Banco de dados do Sistema de Gerenciamento da Operadora, 2009.

Observando a amostra percebe-se que pequeno percentual de mulheres estavam em dia com os exames e consultas, sendo realizados a menos de um ano, dentre elas 8,87% estavam em dia com a mamografia, 9,46% com o exame citopatológico e 11,83% com as consultas ginecológicas.

Diante de tais dados, percebe-se que o câncer de mama e o câncer do colo de útero continuavam representando um grande desafio para o setor de saúde devido às lacunas existentes nos programas de educação em saúde, rastreamento, detecção precoce e pela crescente mortalidade, que atinge a cada ano uma parcela significativa de mulheres (SANTOS; ZAPONNI; MELO, 2009).

A partir da realização do presente diagnóstico, as mulheres que estavam em atraso com os exames e consultas (N154) foram convidadas para a realização do exame mamográfico e posterior consulta ginecológica e exame citopatológico. Foi possível perceber um aumento de 41,55% de mamografias realizadas através do Programa de Medicina Preventiva: Saúde da Mulher, sendo que desta população muitas mulheres nunca haviam realizado o exame e apresentaram como motivos a falta de disponibilidade, falta de interesse ou estímulo.

Na tabela 2 é possível identificar a razão que levou a não realização dos exames preventivos de 58,45% (90) das mulheres participantes do estudo que não estavam em dia com seus exames.

**Tabela 2:** Sujeitos da amostra convidados que não realizaram os exames.

| <b>MOTIVO</b>   | <b>N</b> | <b>%</b> |
|---|----------|----------|
| <b>Recusaram-se a fazer a mamografia</b>                                | 6        | 3,89     |
| <b>Realizaram mamografia fora da área de ação da Operadora de Saúde</b> | 23       | 14,93    |
| <b>Mulheres contatadas que não realizaram a mamografia</b>              | 23       | 14,93    |
| <b>Não conseguido contato – cadastro incorreto</b>                      | 38       | 24,67    |
| <b>Realizou a mamografia através do programa Saúde da Mulher</b>        | 64       | 41,55    |

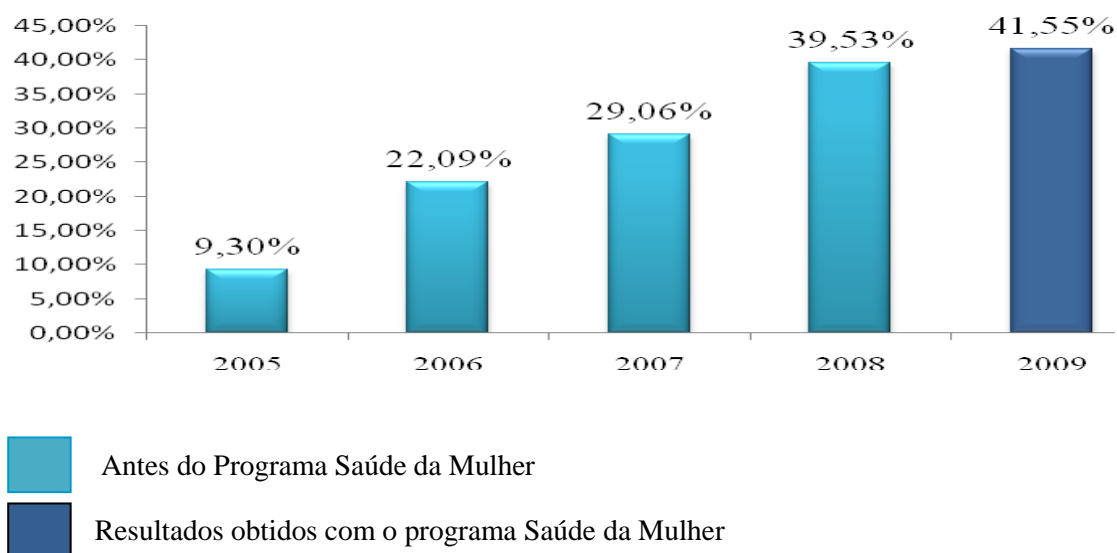
Fonte: Banco de dados do Sistema de Gerenciamento da Operadora, 2009.

Estes resultados demonstraram uma ineficiência das campanhas e esforços desenvolvidos pelas instituições de saúde em relação à prevenção, uma vez que as mulheres deram pouca importância para a realização do exame mamográfico, bem como para a

prevenção de agravos e a manutenção da própria saúde. Fato que deveria ser levado em consideração quando a Agência Nacional de Saúde Suplementar prioriza que as operadoras de saúde desenvolvam atividades preventivas e de promoção da saúde vinculando desta forma os reajustes dos planos comercializados pelas operadoras.

Considerando que, nas estratégias públicas de saúde a situação se repete, mesmo com políticas específicas, uma grande parcela da população não está comprometida com a sua saúde, reflexo da falta de conscientização e auto-responsabilização.

O gráfico 3 mostra um levantamento realizado para avaliar qual o índice de mamografias realizadas entre o ano de 2005 e 2008, antes da implantação do programa saúde da mulher na Operadora de Saúde do Meio Oeste de Santa Catarina.



**Gráfico 3:** Distribuição de mamografias por ano.

Fonte: Banco de dados do Sistema de Gerenciamento da Operadora, 2009.

Observa-se que o índice de mamografias aumentou gradativamente, pois os médicos ginecologistas vinculados à operadora de planos de saúde foram estimulados à solicitação da mamografia durante as consultas. Este exame era pouco solicitado devido seu alto custo e difícil acesso pela população, hoje em dia há um acesso facilitado aos métodos diagnósticos, o que despertou para a efetiva implantação do Programa Saúde da Mulher na Operadora. Apesar do pequeno percentual de mulheres atingidas após a implantação do programa, vale lembrar que a maior parte das participantes não havia realizado o exame de mamografia antes.

Dentre as mulheres que realizaram a mamografia, buscou-se avaliar a sua distribuição por Breast Image Reporting and Data System (BI-RADS). Segundo Borges (2008), BI-RADS é o nome de um sistema padronizado, criado nos Estados Unidos, para

**Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 6, n. 4, p. 67-80, out./dez. 2013.**

uniformizar os relatos de radiologia quando analisadas a imagem de mamografia. Assim, o Sistema BI-RADS é utilizado para uniformizar e padronizar os laudos mamográficos sujeitos a confusão na interpretação de resultados, quando utilizados critérios puramente descritivos. A classificação BI-RADS é dividida em grupos de avaliações completas (de um a seis) e uma avaliação incompleta (zero) (Tabela 4).

**Tabela 4:** Distribuição das Mamografias por BI-RADS no ano de 2009.

| <b>DIAGNÓSTICO</b> | <b>N</b>  | <b>%</b>     |
|--------------------|-----------|--------------|
| <b>BI-RADS 0</b>   | 5         | 7,81         |
| <b>BI-RADS I</b>   | 21        | 32,81        |
| <b>BI-RADS II</b>  | 13        | 20,31        |
| <b>BI-RADS III</b> | 2         | 3,12         |
| <b>CNP*</b>        | 23        | 35,93        |
| <b>TOTAL</b>       | <b>64</b> | <b>41,55</b> |

\* Campo não preenchido no formulário

Fonte: Banco de dados da Operadora (2009).

A partir das fichas/controles das mulheres que realizaram a mamografia 7,81% apresentaram BI-RADS 0 (zero), isto quer dizer que são necessárias imagens adicionais ou outros exames para comparação, 32,81% demonstraram BI-RADS I mamografia negativa, onde não são necessários comentários adicionais, pois as mamas são simétricas, sem massas, sem distorções de arquitetura ou calcificações, 20,31% resultaram em BI-RADS II, o que significa mamografia negativa com achados benignos, nela incluem-se fibroadenomas calcificados, cistos oleosos, lipomas, galactoceles, e 3,12% dos laudos foram diagnosticados BI-RADS III cujo resultado foi provavelmente benigno, as lesões que fizeram parte dessa categoria deviam ter no máximo 2% de risco de malignidade incluindo mamas circunscritas e não-palpáveis, grupamentos de calcificações puntiformes e assimetrias focais que diminuem ou desaparecem a compressão.

Nenhuma das fichas/controle foram classificadas nas categorias IVA, IVB, IVC, V, VI. Na tabulação dos dados constatou-se que, 35,93% das fichas/controles não foram preenchidas pelos médicos radiologistas, embora tenham acordado com a operadora que preencheriam os dados solicitados nos campos de classificação dos achados radiológicos, estando preenchidos somente os formulários pelo serviço credenciado da Operadora. Esta situação apresentou um descomprometimento destes profissionais em relação ao registro de informações pertinentes ao usuário, elemento imprescindível no processo de cuidar.

Em relação á história familiar de câncer das pacientes que realizaram o exame, 23,44% de mulheres tiveram casos de câncer na família, entre vários graus de parentescos,



dentre eles mãe, tia, avó, primas e irmãs, o que pode caracterizar esta população como de risco. Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), os fatores de risco relacionados à vida reprodutiva da mulher, estão bem estabelecidos em relação ao desenvolvimento do câncer de mama. Além destes, a idade avançada e a história familiar continuam sendo importantes fatores de risco.

Faz-se importante considerar que, mulheres com história de câncer de mama ou câncer de ovário, tanto por parte de pai como por parte de mãe, devem discutir esta história com seus médicos e demais profissionais da saúde (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2010).

Segundo dados do Guia da Saúde Familiar existem um risco para mulheres que utilizaram anticoncepcionais orais, no entanto, este risco é passageiro e desaparecem alguns anos após a interrupção da pílula (GUIA SAÚDE DA MULHER, 2002). Neste estudo, entre a amostra de mulheres que realizaram o exame, 12,50% somente fazem uso da pílula anticoncepcional, e 87,50% no momento não estavam fazendo uso, mas, em sua grande maioria, já utilizaram no passado.

Fatores reprodutivos associados à exposição prolongada a estrogênios endógenos, como menarca precoce, menopausa tardia, a idade tardia do primeiro parto estão entre os fatores de risco para o câncer de mama. Usuárias de hormônios exógenos, como contraceptivo oral e terapia de reposição hormonal possuem maior risco do que os não usuários (LACEY et al, 2009).

Buscou-se assim, verificar dentre as mulheres que realizaram os exames e as consultas, se possuem filhos, a quantidade de partos e a ocorrência de amamentação, constatou-se que 85,93% tiveram filhos, destas, 75% amamentaram. Vale ressaltar que, das mulheres que tiveram filhos um percentual de 10,93% deixaram de amamentar por algum motivo não levantado na pesquisa (Tabela 5).

**Tabela 5:** Mulheres que tiveram filhos e ocorrência da amamentação.

| <b>FILHOS</b>      | <b>N</b> | <b>%</b> |
|--------------------|----------|----------|
| <b>Sim</b>         | 55       | 85,93    |
| <b>Não</b>         | 9        | 14,70    |
| <b>AMAMENTAÇÃO</b> | <b>N</b> | <b>%</b> |
| <b>Sim</b>         | 48       | 75,00    |
| <b>Não</b>         | 16       | 25,00    |

Fonte: Banco de dados da Operadora (2009).

Segundo Vieira e Esteves (2005); Zelmanowicz (2001), a nuliparidade ou a ocorrência da gravidez após 35 anos aumenta a chance de desenvolver câncer de mama, assim sendo, a

amamentação no seio por um tempo de mais ou menos um ano pode diminuir os riscos de câncer de mama, sendo que as mamas atingem sua plenitude com a produção e saída do leite.

De acordo com Vieira e Esteves (2005), a terapia de reposição hormonal é utilizada em sua maioria para combater os sintomas da menopausa em mulheres, e contém os hormônios femininos estrogênio e progesterona, que aumentam o risco de câncer de mama. Alguns estudos comprovam que o hormônio estrogênio altera as células da mama levando a mutação nos genes do epitélio mamário independente da predisposição genética.

No entanto, conforme American Cancer Society (2010), se o médico e a paciente decidirem que a terapia hormonal é apropriada para tratar sintomas da menopausa ou problemas de saúde, esta deve ser prescrita na menor dose eficaz, e devem ser discutidos os riscos e benefícios, bem como opções alternativas de tratamento.

Verificou-se também o índice de mulheres que fizeram uso de radioterapia e quimioterapia, foi de 6,25%, sendo que esta população necessitou deste tratamento devido patologias associadas a tumores, e uma das participantes foi submetida a radioterapia por já ser portadora de câncer de mama. Segundo Zelmanowicz (2001), algumas patologias benignas antigamente eram tratadas através da irradiação de parte do corpo. Hoje este procedimento é praticamente restrito ao tratamento de tumores, a pessoas que necessitam de radioterapia, quimioterapia para o tratamento de alguma patologia ou que trabalham ou mantêm contato com radiação, estão mais susceptíveis ao câncer de mama.

Dentre as participantes da pesquisa, 57,81% praticaram alguma modalidade de atividade física regularmente, dentre elas destacaram-se caminhadas, natação, hidroginástica. O exercício físico normalmente diminui a quantidade de hormônio feminino circulante. Como o câncer de mama está associado a esse hormônio, fazer exercício regularmente diminui o risco de câncer de mama, principalmente em mulheres que fazem ou fizeram exercício regular quando jovens (VIEIRA; ESTEVES, 2005).

No entanto, 42,19% das participantes não praticaram atividade física o que pode ter aumentado a probabilidade para o desenvolvimento de câncer de mama, e de outras patologias relacionadas ao sedentarismo como doenças crônicas degenerativas, obesidade, hipertensão, aumento de colesterol e triglicérides interferindo na qualidade de vida.

No levantamento dos dados, percebeu-se que, entre as mulheres que compõem a amostra 82,81% não fumavam, 10,94% eram ex-fumantes, e 6,25% fumantes consumindo em média 20 cigarros diários. Não foi realizado o levantamento de mulheres fumantes passivas,

ou seja, que estavam expostas a fumaça de cigarro que também são consideradas um grupo de risco para o câncer de mama.

De acordo com Lion (2008), as informações disponibilizadas pela Aliança de Controle do Tabagismo evidenciam que mulheres fumantes ativas apresentam maiores risco de câncer de mama, enquanto que ex-fumantes tem risco diminuído após algum tempo da cessação do fumo. Mulheres consideradas fumantes passivas, também possuem predisposição para desenvolver câncer de mama.

O estilo de vida, em especial, o ocidental, em países de baixa e média renda é um determinante importante no aumento da incidência de câncer de mama nesses países (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Vale lembrar que, 9,38% das mulheres participantes da pesquisa já realizaram algum tipo de cirurgia ou procedimento nas mamas. Dentre elas destacou-se a biópsia, a mastectomia, a setorectomia ou quadrantectomia e a mamoplastia redutora. Estas intervenções geralmente foram realizadas para reparação do tecido mamário ou de alguma patologia e 90,62% nunca necessitaram de intervenções mamárias.

Em relação a radioterapia e quimioterapia 6,25% das mulheres participantes do estudo realizaram tratamentos desta natureza associado a mastectomia e quadrantectomia e, 3,13% das mulheres realizaram biópsia e mamoplastia redutora.

A partir da realização desta pesquisa percebeu-se o quanto os serviços de saúde foram falhos, em relação á implantação e concretização das políticas de saúde criadas pelo Ministério da Saúde, bem como, a ineficácia das práticas de educação realizadas pelos profissionais de saúde.

#### **4 CONCLUSÃO**

Com a realização deste estudo foi possível concluir que dentre as 154 mulheres participantes a maioria (49,11) nunca havia realizado o exame de mamografia, 18,34% estavam em atraso a mais de 12 meses e 23,66% estavam em atraso a mais de dois anos.

O controle de câncer de mama é ainda um grande desafio para a saúde, sendo que o diagnóstico tardio e a não identificação de mulheres com situação de risco apontam cada vez mais a necessidade de programas que estimulem o diagnóstico precoce da doença.

A implantação do Programa de Medicina Preventiva: Saúde da Mulher da Operadora trouxe resultados efetivos, uma vez que através do rastreamento e busca ativa das mulheres

foi possível a realização da mamografia em 41,55% da população pesquisada, sendo que 14,93% realizaram este exame anualmente fora da área de ação da Operadora.

Contudo, percebe-se certa dificuldade de envolvimento de profissionais e instituições de saúde quanto à divulgação, rastreamento e conscientização da importância do exame mamográfico, citopatológico e consulta ginecológica, uma vez que compete a eles orientar e incentivar a população feminina para a realização dos exames para o diagnóstico precoce de neoplasias, possibilitando assim o tratamento na fase inicial da doença, e conseqüente, a diminuição da mortalidade por câncer de mama e colo de útero.

Nesta perspectiva, observou-se que mesmo com a implantação do Programa Saúde da Mulher, ainda há mulheres que nunca realizaram o exame mamográfico, o citopatológico de colo de útero e consultas ginecológicas, indicando a presença de lacunas em relação à medicina preventiva.

Desta forma, foi realizado rastreamento e busca ativa com orientações sobre o que é câncer de mama e colo de útero, sinais e sintomas, fatores de risco, importância da realização da mamografia e citopatológico, quem deve realizar os exames e com que periodicidade, qual o período mais indicado para a realização dos mesmos, métodos de prevenção e a importância do diagnóstico precoce através dos exames para que o tratamento alcance um alto índice de cura. Vale lembrar, da importância das ações preventivas nos demais grupos possíveis de monitoramento como gestantes, saúde do homem, imunizações, idosos, gerenciamento de crônicos e tantos outros.

## **PROGRAM OF PREVENTIVE MEDICINE FOCUSED ON WOMEN'S HEALTH IN AN OPERATOR OF HEALTH PLANS**

### **ABSTRACT**

The aim of this study was to determine the prevalence of cancer screening tests for cervical and breast cancer in the female population of an Operator of Health Plans in the Middle West of Santa Catarina, to implement the Women's Health Program. This is a quantitative study conducted with women aged 40 to 75 years, benefiting from a wireless health with mammograms and cytopathology arrears more than 12 months and residents in the area of action of the operator. About 90% were in arrears with breast exams and cervical cancer, and of these, 39.4% never performed. After contact, 41.5% of women underwent the tests. About the risk factors were identified cancer cases in the family, use of the contraceptive pill, nulliparity and / or not breastfeeding, use of hormone therapy and treatment with radiotherapy and chemotherapy, physical inactivity and tobacco use. After the implementation of the Program has increased the number of tests performed. There needs to be a medicine focused on the prevention of breast cancer and cervical cancer, reducing risk factors, screening and active search for missing people in the Program.

**Keywords:** Public health. Breast neoplasms. Uterine cervical neoplasms. Prepaid health plans.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Breast cancer facts & figures 2009-2010**. Disponível Em: <[http://www.cancer.org/acs/groups/content/@nho/documents/document/f861009final\\_90809pdf.pdf](http://www.cancer.org/acs/groups/content/@nho/documents/document/f861009final_90809pdf.pdf)>. Acesso em: 2 fev. 2013.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativas 2008: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Informações sobre Mortalidade. **Estatísticas vitais: mortalidade e nascidos vivos**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 27 fev. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Tipos de câncer: colo de útero**. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo\\_uteroprevencao](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uteroprevencao)>. Acesso em: 27 fev. 2013b.

BORGES, C. Classificação de BI-RADS. **Espaço da mama**, 8 mar. 2008. Disponível em: <[www.mastologia.wordpress.com](http://www.mastologia.wordpress.com)>. Acesso em: 20 de out. de 2009.

CENTENO, L. G.; DEWES, F. Promoção da saúde na prevenção da doença: medicina preventiva na Unimed Vale dos Sinos. **Revista Colóquio**, v. 9, n. 1, p. 33-49, jan./jun. 2012.

GUIA SAÚDE FAMILIAR. Saúde da mulher: câncer de mama. **Revista ISTOÉ**, v. 14, 2002. Disponível em: <<http://cuidandodesuasauade.lincx.com.br/cuidando-de-sua-saude/saude-de-a-a-z/medicina/saude-da-mulher/5437-cancer-de-mama.html>>. Acesso em: 5 fev. 2013.

LACEY, J. V. et al. Breast cancer epidemiology according to recognized breast cancer risk factors in the prostate, lung, colorectal and ovarian (PLCO) cancer screening trial cohort. **BMC Cancer**, v. 9, n. 84, p. 1-8, 2009. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2407/9/84/>>. Acesso em: 2 fev. 2013.

LION, E. A. V. Tabagismo e saúde feminina. **Aliança de Controle ao Tabagismo**, 2008. Disponível em: <[http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/213\\_TABAGISMO\\_E-SAUDE\\_FEMININA\\_FINAL.pdf](http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/213_TABAGISMO_E-SAUDE_FEMININA_FINAL.pdf)>. Acesso em: 3 abr. 2013.

SAITO, O. C. As novas armas e rumos da medicina preventiva. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 9-10, nov./dez. 2009.

SANTOS, R. S.; ZAPONNI, A. L. B.; MELO, E. C. P. Análise espacial da mortalidade do câncer de mama e colo de útero no Brasil em 2004. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 6, n. 4, p. 67-80, out./dez. 2013.

de Janeiro, v. 1, n. 2, set./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewarticle/378>>. Acesso em: 04 abr. 2013.

VIEIRA, J. S.; ESTEVES, V. F. Fatores de risco para o câncer de mama. **Revista Prática Hospitalar**, São Paulo, v. 7, n. 40, jul./ago. 2005. Disponível em: <[www.praticahospitalar.com.br](http://www.praticahospitalar.com.br)>. Acesso em: 22 set. 2009.

ZELMANOWICZ, A. M. Câncer de mama. **ABC da Saúde**, 2001. Disponível em: <[www.abcdasaude.com.br](http://www.abcdasaude.com.br)>. Acesso em: 13 out. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2. ed. Geneva: WHO, 2002a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cervical cancer screening in developing countries: report of a WHO consultation**. Geneva: WHO, 2002b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Breast cancer: prevention and control**. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index2.html>>. Acesso em: 2 fev. 2013.

Submetido em: 10/03/2013

Aceito para publicação em: 08/07/2013