



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

PRICILLA CÂNDIDO ALVES

**CONHECIMENTO E ATITUDE DE MULHERES GAÚCHAS EM RELAÇÃO À
DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA**

FORTALEZA

2015

PRICILLA CÂNDIDO ALVES

CONHECIMENTO E ATITUDE DE MULHERES GAÚCHAS EM RELAÇÃO À
DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA

Tese de Doutorado submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Fátima Carvalho Fernandes.

FORTALEZA

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- A477c Alves, Pricilla Cândido.
 Conhecimento e atitude de mulheres gaúchas em relação à detecção precoce do câncer de mama / Pricilla Cândido Alves. – 2015.
 175 f. : il. color.
- Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Doutorado em Enfermagem, Fortaleza, 2015.
 Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.
 Orientação: Profa. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes.
1. Conhecimento. 2. Atitude. 3. Neoplasias da Mama. 4. Prevenção Secundária. 5. Entrevista Motivacional. I. Título.

CDD 616.99449

PRICILLA CÂNDIDO ALVES

CONHECIMENTO E ATITUDE DE MULHERES GAÚCHAS EM RELAÇÃO À
DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA

Tese de Doutorado submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Ana Fátima Carvalho Fernandes (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dr^ª. Raimunda Magalhães da Silva (1º Membro)
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Prof^ª. Dr^ª. Inez Sampaio Nery (2º Membro)
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Prof^ª. Dr^ª. Míria Conceição Lavinãs Santos (3º Membro)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dr^ª. Lorena Barbosa Ximenes (4º Membro)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dr^ª. Régia Christina Moura Barbosa (Suplente)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dr^ª. Izabel Cristina Falcão Juvenal Barbosa (Suplente)
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

A Deus por oportunizar a finalização desta
jornada.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela força e o amparo a mim concedidos nos momentos de dificuldades enfrentados ao longo desta jornada dando-me sabedoria e tranquilidade para conduzir as situações vivenciadas.

À minha família, em especial à minha mãe Raimunda Cândido Alves, por ter caminhado comigo apoiando-me, impulsionando-me e fortalecendo-me para a finalização deste trabalho.

À minha orientadora e amiga Prof^ª Dr^ª Ana Fátima Carvalho Fernandes por todos os ensinamentos dados e a quem devo os diversos conhecimentos adquiridos na pesquisa, na área da saúde da mulher e do câncer de mama. Obrigada pela compreensão nos momentos de dificuldade e de dúvidas.

À Prof^ª Dr^ª Míria Conceição Lavinãs Santos pela disponibilidade em atuar na co-orientação deste estudo.

Às Prof^ª Dr^ª Lorena Barbosa Ximenes e Camila Teixeira Moreira Vasconcelos por todas as contribuições feitas durante à qualificação deste estudo e que aprimoraram fortemente a construção do mesmo.

À Prof^ª Dr^ª Elisabeth Meyer da Silva pela solicitude em compartilhar sua experiência e expertise convidando-me a participar do treinamento sobre a temática de Entrevista Motivacional.

Às mulheres participantes do estudo por terem aceitado contribuir para o desenvolvimento e produção desta pesquisa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará por oportunizar a minha formação com a qualidade e a eficiência refletidos no excelente nível profissional do corpo docente que conta.

Ao Hospital Militar de Área de Porto Alegre e à Policlínica Militar de Porto Alegre por terem disponibilizado e permitido a execução desta pesquisa com a clientela ali atendida.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS, o qual permitiu a minha inserção como aluno especial, sendo um período de grande aprendizado e de troca de experiências contribuindo sobremaneira para a construção da tese.

Ao Rio Grande do Sul e à capital Porto Alegre obrigada pela acolhida, pelos ensinamentos e pelas experiências adquiridas ao longo de três anos permitindo-me dar continuidade a este trabalho de tese em um excelente ambiente de ensino.

“Tenha fé em si mesmo, porque Deus habita dentro de você. Portanto, ter fé em si mesmo é ter fé em Deus. Tenha confiança em suas capacidades, e caminhe sem temer os obstáculos. Você pode vencer! Você vai vencer! Corresponda à confiança que Deus depositou em você, quando lhe entregou as capacidades de que dispõe, para que você as desenvolvesse e pusesse em prática.” (Minutos de Sabedoria).

RESUMO

O estudo buscou avaliar os efeitos de uma intervenção educativa no conhecimento e na atitude de mulheres gaúchas em relação à detecção precoce do câncer de mama. Delineou-se estudo do tipo ensaio clínico randomizado controlado, o qual foi realizado no Hospital Militar de Área de Porto Alegre e na Policlínica Militar de Porto Alegre. A amostra foi constituída por 182 mulheres que compareceram aos locais de coleta dos dados para consulta ginecológica, as quais foram alocadas randomicamente em dois grupos, sendo 91 pertencentes ao Grupo Controle (GC) e 91 ao Grupo Intervenção (GI). Os critérios para inclusão no estudo foram ser maiores de 18 anos. Os critérios de exclusão foram mulheres analfabetas e com déficit cognitivo. A coleta dos dados ocorreu por um período de três meses. O instrumento de coleta de dados utilizado foi um roteiro de entrevista semiestruturado adaptado e validado. Os dados foram analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0 tendo se utilizado os testes de Mann-Whitney e o teste χ^2 de Pearson na análise das variáveis. O estudo foi desenvolvido após devidamente autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (COMEPE-UFC), sob o protocolo nº 369.590. A média de idade das participantes foi de 46,4 anos. A escolaridade teve uma média de 15 anos de estudo. A renda média foi de R\$ 4.357,89. A média de idade da menarca foi 12,7 ano. A média de idade da menopausa foi 48,5 anos. A idade média da primeira gestação foi 23,15 anos. O tempo médio de amamentação foi 12,16 meses. O tempo médio de uso de anticoncepcional foi 137,52 meses. Antes da aplicação da intervenção educativa, a avaliação inicial do conhecimento demonstrou reduzido percentual de adequação, havendo apenas 6 (6,6%) participantes do GC com conhecimento adequado em relação a detecção precoce do câncer de mama. No GI Pré Teste houve 3 mulheres (3,3%) com adequação do conhecimento. Em relação à atitude houve elevado percentual de adequação, havendo no GC 85 (93,4%) participantes com atitude adequada e no GI 84 (92,3%). A aplicação da intervenção educativa produziu 78% de aumento na adequabilidade do conhecimento no GI Pós Teste quando comparado com o GI Pré Teste e com o GC. A adequação da atitude teve aumento de 7,8%. Houve significância estatística na comparação entre os resultados do GI Pré e GI Pós para o conhecimento ($p=0,001$) e para a atitude ($p=0,007$). O uso do folder informativo associado à entrevista motivacional breve possibilitou a aquisição de conhecimentos e atitude positiva das mulheres para a detecção precoce do câncer de mama.

Palavras-chave: Conhecimento, Atitude, Neoplasias da Mama, Prevenção Secundária, Entrevista Motivacional.

ABSTRACT

The study aimed to evaluate the effects of an educational intervention on knowledge and attitude of women from the Brazilian state of Rio Grande do Sul regarding early detection of breast cancer. Delineated study randomized controlled trial which was held at the Military Hospital of the Area of Porto Alegre and the Military Medical Services of Porto Alegre. The sample consisted of 182 women who attended to the data collection places for gynecological care, which were randomly allocated into two groups, with 91 belonging to the control group (CG) and 91 to the intervention group (IG). The criteria for inclusion were to be over 18. The exclusion criteria were to be illiterate women and cognitive impairment. Data collection occurred over a period of three months. The data collection instrument used was a semi-structured interview guide adapted and validated. Data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 21.0 with the Mann-Whitney tests and the test of χ^2 Pearson in the analysis of the variables. The study was conducted after duly authorized by the Ethics Committee of the Federal University of Ceará (COMEPE-UFC) under the Protocol 369.590. The average age of participants was 46.4 years. The schooling level had an average of 15 years of education. The average income was R\$ 4,357.89. The average age of menarche was 12.7 years. The average age of menopause was 48.5 years. The average age of first pregnancy was 23.15 years. The mean duration of breastfeeding was 12.16 months. The average length of contraceptive use was 137.52 months. Before the implementation of educational intervention, the initial assessment of knowledge demonstrated reduced suitability percentage, with only 6 (6.6%) participants in the GC with adequate knowledge about early detection of breast cancer. In the GI Pre Test there were 3 women (3.3%) with adequate knowledge. About the attitude there was a high percentage of adequacy, with the GC, 85 (93.4%) participants with proper attitude and in the GI, 84 (92.3%). The application of educational intervention produced 78% increase in suitability of knowledge in the GI Post Test when compared to the GI Pre Test and the GC. The adequacy of attitude increased by 7.8%. There was statistical significance when comparing the results for the GI Pre test and GI Post Test to knowledge ($p = 0.001$) and attitude ($p = 0.007$). The use of the information folder associated with brief motivational interviewing enabled the acquisition of knowledge and positive attitude of women for secondary prevention of breast cancer.

Keywords: Knowledge, Attitude, Breast Neoplasms, Secondary Prevention, Motivational Interviewing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 -	Ilustração referente à randomização da amostra _____	65
FIGURA 2 -	Fluxograma de coleta de dados do estudo _____	72
GRÁFICO 1-	Motivos relatados para não detecção precoce do câncer de mama entre os grupos de participantes antes da intervenção _____	107
GRÁFICO 2-	Causas da desmotivação para a busca de saúde para as mamas por meio dos exames de detecção precoce _____	132

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Caracterização da amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas _____	76
TABELA 2 -	Comparação entre os grupos controle (GC) e intervenção pré-teste (GI Pré) em relação às variáveis sociodemográficas _____	89
TABELA 3 -	Caracterização da amostra de acordo com as variáveis relacionadas à história pessoal e familiar _____	90
TABELA 4 -	Comparação entre os grupos controle (GC) e intervenção pré-teste (GI Pré) em relação às variáveis associadas ao histórico pessoal e familiar _____	100
TABELA 5 -	Distribuição das participantes de acordo com a adequabilidade do conhecimento e atitude em relação à detecção precoce do câncer de mama antes da aplicação da intervenção _____	101
TABELA 6 -	Comparação entre os grupos de participantes em relação à forma de detecção precoce do câncer de mama antes e após a intervenção _____	106
TABELA 7 -	Comparação entre os grupos de participantes em relação ao conhecimento sobre o exame clínico das mamas (ECM) antes e após a intervenção _____	112
TABELA 8 -	Comparação entre os grupos de participantes em relação ao conhecimento sobre o exame de mamografia antes e após a intervenção _____	118
TABELA 9 -	Comparação entre os grupos de participantes em relação à atitude sobre a detecção precoce do câncer de mama antes e após a intervenção _____	128
TABELA 10 -	Comparação da adequação do conhecimento e da atitude das participantes antes e após a intervenção educativa _____	135
TABELA 11 -	Acessibilidade para a realização dos exames de detecção precoce do câncer de mama nos locais de estudo _____	137
TABELA 12 -	Acesso das mulheres à informação educativa sobre os exames de detecção precoce do câncer de mama _____	140

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEM	Autoexame das mamas
AFBM	Alterações Funcionais Benignas das Mamas
BHGI	Breast Health Global Initiative
CACON	Centros de Alta Complexidade em Oncologia
CAP	Conhecimento, atitude e prática
CTFPHC	Canadian Task Force on Preventive Health Care
COMEPE-UFC	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará
DP	Desvio Padrão
ECM	Exame Clínico das Mamas
EMB	Entrevista Motivacional Breve
EM	Entrevista Motivacional
FOSP	Fundação Oncocentro do Estado de São Paulo
FUSEX	Fundo de Saúde do Exército
GC	Grupo Controle
GI	Grupo Intervenção
GI Pré	Grupo Intervenção Pré-Teste
GI Pós	Grupo Intervenção Pós-Teste
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MTT	Modelo Transteórico de Mudança
RHC	Registro Hospitalar de Câncer
SBM	Sociedade Brasileira de Mastologia
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
THR	Terapia de Reposição Hormonal
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
UHWI	University Hospital West Indies
USPSTF U.S.	Preventive Services Task Force

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	15
1.2	Câncer de mama: da epidemiologia ao diagnóstico, rastreamento e controle _____	15
1.3	Ações educativas e os efeitos sobre as práticas promotoras de saúde e de controle do câncer de mama _____	23
2.	OBJETIVOS _____	32
2.1	Geral _____	32
2.2	Específicos _____	32
3.	HIPÓTESES _____	33
3.1	Hipótese H0 _____	33
3.2	Hipótese H1 _____	33
4.	ESTADO DA ARTE _____	34
4.1	Educação em saúde: tecendo considerações sobre a temática _____	34
4.2	A educação em saúde e as tecnologias educacionais como ferramentas promotoras da saúde no câncer de mama _____	41
5.	REFERENCIAL METODOLÓGICO _____	51
5.1	Miller e Rollnick e as bases da entrevista motivacional _____	51
6.	MÉTODO _____	61
6.1	Delineamento do estudo _____	61
6.2	Local do estudo _____	62
6.3	População e amostra _____	63
6.4	Randomização _____	64
6.5	Coleta de dados _____	65
6.6	Fluxograma de coleta dos dados do estudo _____	72
6.7	CrITÉrios para classificação do conhecimento e da atitude _____	73
6.8	Análise dos dados _____	75
6.9	Aspectos éticos e legais _____	75
7.	RESULTADOS E DISCUSSÕES _____	76
7.1	Dados sociodemográficos e relacionados à história pessoal e familiar _____	76
7.2	Conhecimento e atitude em relação à detecção precoce do câncer	

	de mama _____	101
7.3	Acesso aos exames de detecção precoce do câncer de mama x Acesso a estratégias educativas em saúde sobre a detecção precoce	136
8.	CONCLUSÕES _____	142
	REFERÊNCIAS _____	145
	APÊNDICES _____	163
	ANEXOS _____	173

1 INTRODUÇÃO

1.1 Câncer de mama: da epidemiologia ao diagnóstico, rastreamento e controle

O câncer de mama caracteriza-se basicamente pela ocorrência, em uma das estruturas que compõem a mama, de tumor (es) maligno (s) que se forma(m) em virtude da produção incontrolável de células que passaram por complexo processo de transformações desordenadas e podem evoluir por disseminação metastática (PERES; SANTOS, 2007).

Os principais sinais e sintomas da doença são: nódulo na mama e/ou axila, dor mamária e alterações da pele que recobre a mama, tais como abaulamentos ou retrações com aspecto semelhante à casca de laranja. Os tumores localizam-se, principalmente, no quadrante superior externo, e em geral, as lesões são indolores, fixas e com bordas irregulares, acompanhadas de alterações da pele quando em estágio avançado (SILVA; RIUL, 2011).

O espectro de anormalidades proliferativas nos lóbulos e ductos da mama inclui hiperplasia, hiperplasia atípica, carcinoma in situ e carcinoma invasivo. Dentre esses últimos, o carcinoma ductal infiltrante é o tipo histológico mais comum e compreende entre 80 e 90% do total de casos (INCA, 2011).

A neoplasia mamária, à exceção do câncer de pele não melanoma, é a localização primária mais frequente entre as mulheres. Sendo sem dúvida uma doença com grande repercussão na vida da mulher, pois além de ser o tipo de câncer com a maior incidência na população feminina é também o de maior mortalidade, convertendo-se em um problema real de saúde pública mundial (BONFIM *et al.*, 2009).

Segundo as estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para 2014, 57.120 casos novos de câncer de mama serão registrados, ou seja, haverá uma taxa bruta de incidência de 56,09 casos para cada 100 mil mulheres. Na região Sul, a incidência de casos novos será de 10.370 casos, com taxa bruta de 70,98/100.000. Para o Rio Grande do Sul, os dados registram o surgimento de 5.030 casos novos em todo o estado. Desses, 1150 somente na capital e o restante nos demais municípios. Com relação à mortalidade, o Rio Grande do Sul apresenta uma taxa média maior que os outros dois estados da região, Paraná e Santa Catarina, em torno de 17,2 (INCA, 2014).

A Região Sul compreende 7% do espaço territorial total do Brasil, exhibe altos níveis de industrialização, e sua população revela os melhores indicadores de qualidade de vida do país (IBGE, 2012). O Rio Grande do Sul é o Estado brasileiro com maior expectativa de vida (72,05 anos), superior à média brasileira de 69,0 anos. Os idosos (≥ 60 anos)

representam aproximadamente 10% da população (FEE, 2014). Entre 1980 e 1995, um estudo mostrou que a mortalidade feminina por câncer de mama aumentou em todas as regiões, mas o risco de morte no Sul e no Sudeste é pelo menos duas vezes maior do que nas outras regiões (GONÇALVES *et al.*, 2007). Esses dados levam a crer que a carência de um programa de rastreamento numa população, na qual se observa envelhecimento e melhor qualidade de vida, pode ser uma das hipóteses para explicar tais achados.

As taxas de incidência de câncer de mama na Região Sul do Brasil apresentam semelhança com grande parte dos países da Europa (WARD *et al.*, 2004). Existem alguns possíveis fatores de risco em comum observados nessas regiões, como o predomínio da raça branca, menor número médio de filhos, gestações iniciadas em idades mais avançadas, melhor nível socioeconômico e maior uso de terapia de reposição hormonal (GONÇALVES *et al.*, 2007). Outro dado importante é que as taxas de incidências de câncer de mama são mais elevadas no Rio Grande do Sul do que nos outros dois Estados do Sul do Brasil, e essas diferenças podem refletir heterogeneidade de perfis de exposição a fatores de risco e de modos de vida e fatores genéticos ainda não totalmente identificados.

Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, registra a mais alta incidência de câncer de mama quando comparada às demais capitais da Região Sul e do país. De acordo com dados do INCA (2014), em Porto Alegre, a taxa bruta de incidência estimada para 2014 é de 146,36 em 100 mil mulheres, para Florianópolis (Santa Catarina), 82,37/100.000 e Curitiba (Paraná), 92,47/100.000. Alguns hábitos não apenas desta cidade, mas da Região Sul podem estar associados à ocorrência deste tipo de câncer, justificando as taxas mais elevadas, tais como hábitos alimentares, ingestão de carne com frequência e o tabagismo em mulheres, sendo Porto Alegre a capital com o maior número de mulheres fumantes, além de outros fatores (GUERRA; GALO; MENDONÇA, 2005).

No último século têm ocorrido vários progressos na compreensão e no manejo do câncer de mama, tendo sido considerados como fatores de risco para esta neoplasia: idade acima de 50 anos, casos de câncer de mama em parentes de primeiro grau, primiparidade com mais de 30 anos, nuliparidade, menarca antes dos 12 anos, menopausa após os 50 anos, consumo de álcool e obesidade, ou seja, hábitos e estilo de vida inadequada (BARRETO *et al.*, 2008).

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama como se pode constatar relacionam-se com idade avançada, história familiar e pessoal, características reprodutivas, hábitos de vida e influências ambientais. A história familiar e pessoal inclui as seguintes situações: um ou mais parentes de primeiro grau com câncer de mama antes dos 50

anos, um ou mais parentes de primeiro grau com câncer de mama bilateral ou câncer ovariano em qualquer idade, parente com câncer de mama masculino, câncer de mama e/ou doença mamária benigna prévios (INCA, 2008a).

As características reprodutivas de risco se dão porque a doença é estrogênio-dependente. Os hábitos de vida relacionados incluem a obesidade, pelo aumento do nível de estrogênio, produzido pelo tecido adiposo, principalmente, no climatério; e o uso regular de álcool acima de 60 gramas por dia, pois o acetaldeído, primeiro metabólito do álcool, é carcinogênico, mutagênico, estimulador da produção de estrogênio e imunodepressor (CIBEIRA; GUARAGNA, 2006).

A influência da amamentação como fator protetor, do uso de contraceptivos e da terapia de reposição hormonal (TRH) após a menopausa e a influência do tabagismo como fatores de risco ainda são controversas (SILVA; RIUL, 2011).

Apesar da presença de fatores de risco conhecidos dificilmente pode-se determinar quais mulheres desenvolverão câncer de mama, posto que a maioria delas apresenta pelo menos um desses fatores e, muitas delas, mais de um. Além disso, mulheres sem fatores de risco conhecidos, também desenvolvem a doença, o que permite considerarmos todas as mulheres em risco (FERNANDES; MAMEDE, 2003).

A prevenção dos agravos à saúde, de uma forma geral, pode ser primária ou secundária. O papel da prevenção primária é o de modificar ou eliminar fatores de risco, enquanto na prevenção secundária enquadram-se o diagnóstico e tratamento precoce (BIM *et al.*, 2010).

No caso do câncer de mama, programas de prevenção primária não são utilizados, devido às suas características biológicas. O controle dessa doença se dá através da prevenção secundária com a detecção precoce, na qual a lesão se restringe ao parênquima mamário, com um tamanho de no máximo três centímetros, permitindo o uso de recursos terapêuticos menos mutiladores e maior possibilidade de cura (INCA, 2004).

Neste contexto, os meios mais eficazes para a detecção são o exame clínico das mamas (ECM) e a mamografia, pois o autoexame das mamas (AEM) detecta a doença em estágio avançado, sendo responsável por cerca de 80% das descobertas de cânceres de mama (INCA, 2008a). No entanto, apesar de menos eficaz, a autopalpação das mamas pelas mulheres também deve fazer parte de ações de educação em saúde que contemplem o conhecimento do próprio corpo e não como uma estratégia isolada para a detecção precoce da neoplasia mamária (GONÇALVEZ *et al.*, 2009).

O ECM faz parte do atendimento integral à mulher, devendo ser inserido no exame físico e ginecológico de todas as mulheres, independente da faixa etária, servindo de subsídio para exames complementares (SILVA; RIUL, 2011). A mamografia é considerada a técnica mais confiável e eficaz para a detecção do carcinoma mamário, constituindo o método ideal para a identificação de lesões subclínicas e deve ser feita em intervalos adequados de acordo com a faixa etária (GONÇALVES *et al.*, 2009). A ultrassonografia é o exame de escolha para mulheres com menos de 35 anos de idade, sendo também utilizado para mamas densas, nódulos palpáveis com/sem mamografia negativa, processos inflamatórios e grávidas com sintomas mamários (SILVA; RIUL, 2011).

A mamografia é um exame radiológico, de alto custo, dos tecidos moles das mamas e que permite a identificação de alterações não perceptíveis ao ECM, não substituindo o mesmo. O exame mamográfico pode rastrear até 83% dos casos e o exame clínico das mamas até 70%. A correlação entre estes métodos propedêuticos eleva a acurácia no diagnóstico, comprovando a importância desta associação (GONÇALVES *et al.*, 2009).

O INCA, a partir do Documento de Consenso de 2004, preconiza a realização do ECM anualmente, dos 40-49 anos de idade. A mamografia deve ser realizada com intervalo máximo de dois anos, dos 50-69 anos, sendo ideal a realização anual a partir desta idade em combinação com o ECM também anual. A partir dos 35 anos, para os grupos com risco elevado há também a recomendação para o rastreamento com exame clínico das mamas e mamografia anuais. A garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento deve ser fornecida para todas as mulheres com alteração nos exames realizados (INCA, 2004).

O AEM não deve substituir o exame clínico realizado por profissional de saúde treinado para essa atividade, não possui efeito adverso e possibilita a participação da mulher no controle de sua saúde, devendo ser realizado mensalmente, entre o sétimo e o décimo dia após a menstruação, nos quais as mamas encontram-se indolores, menores e menos consistentes. Nos casos de climatério, histerectomia e amamentação exclusiva, quando não há menstruação, deve-se realizar o exame mensalmente, sempre no mesmo dia, escolhido arbitrariamente (SILVA; RIUL, 2011).

É importante que o autoexame das mamas, inserido num processo educativo e eficaz, juntamente com o exame clínico das mamas sejam de responsabilidade dos profissionais de saúde que assistem a todas as mulheres, e não apenas aquelas que estejam contempladas nos programas específicos. É necessário realizar orientações e ensino adequado do AEM, haja vista que as campanhas veiculadas pela mídia não informam adequadamente esse procedimento (GONÇALVEZ *et al.*, 2009).

No concernente ao desenvolvimento de programas para detecção precoce e controle do câncer de mama, em 2011 foi lançado o Plano de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, pela presidência da República, cujos eixos são: controle do câncer do colo do útero, controle do câncer de mama e ampliação da rede de assistência oncológica (INCA, 2011).

Para o controle do câncer de mama, os objetivos são: a garantia do acesso das mulheres com lesões palpáveis ao imediato esclarecimento diagnóstico e tratamento adequado (diagnóstico precoce); a ampliação do acesso à mamografia de rastreamento para mulheres de 50 a 69 anos e a qualificação da rede de atenção (INCA, 2011).

Os componentes e ações principais do plano são:

- Fortalecimento da gestão regionalizada do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama para acompanhamento e monitoramento das ações;
- Qualificar as equipes técnicas de gestão;
- Propor financiamento diferenciado para as ações de detecção precoce e incentivo para a organização da gestão.

As ações de controle do câncer de mama tiveram um marco histórico em meados dos anos 1980, com o lançamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 1984), que postulava o cuidado mais amplo à mulher para além da tradicional atenção ao ciclo gravídico-puerperal.

O Pró-Onco, Programa de Oncologia do Instituto Nacional do Câncer/Ministério da Saúde, foi criado em 1986 como estrutura técnico-administrativa da extinta Campanha Nacional de Combate ao Câncer. Em 1990, o programa tornou-se Coordenação de Programas de Controle de Câncer e suas linhas básicas de trabalho eram a informação e a educação sobre os cânceres mais incidentes, dentre os quais o câncer de mama (ABREU, 1997).

Em 2005, com o lançamento da Política Nacional de Atenção Oncológica, o controle dos cânceres do colo do útero e de mama foi destacado como componente fundamental dos planos estaduais e municipais de saúde. Neste mesmo ano foi elaborado o Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo e de Mama 2005-2007, que propôs seis diretrizes estratégicas: aumento de cobertura da população-alvo, garantia da qualidade, fortalecimento do sistema de informação, desenvolvimento de capacitações, estratégia de mobilização social e desenvolvimento de pesquisas. A importância da detecção precoce dessas neoplasias foi reafirmada no Pacto pela Saúde em 2006, com a inclusão de indicadores na pactuação de metas com estados e municípios para a melhoria do desempenho das ações prioritárias da agenda sanitária nacional (BRASIL, 2005).

Em abril de 2009, o INCA promoveu o Encontro Internacional sobre Rastreamento do Câncer de Mama, no Rio de Janeiro, que reuniu representantes do Ministério e das Secretarias Estaduais de Saúde, do movimento organizado de mulheres e de instituições ligadas ao controle do câncer, com objetivo de conhecer a experiência de programas bem-sucedidos da Europa, Canadá e Chile. O Encontro resultou no resumo executivo com recomendações para implantação de programa organizado de rastreamento de câncer de mama (INCA, 2008b).

A implantação do SISMAMA - Sistema de Informação do Câncer de Mama, em junho de 2009, o aumento da oferta de mamografias pelo Ministério da Saúde (Mais Saúde 2008-2011) e a publicação de documentos, dentre os quais os Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama (INCA, 2009) e as recomendações para a redução da mortalidade do câncer de mama no Brasil, lançadas pelo INCA em 2010, vêm dinamizando em anos recentes a organização das ações de controle.

No âmbito da detecção precoce, a perspectiva atual é impulsionar o diagnóstico precoce e o rastreamento de base populacional em áreas cuja elevada ocorrência da doença justifiquem esta iniciativa. A implementação do programa de qualidade da mamografia e a consolidação do SISMAMA como ferramenta gerencial são também prioridades nacionais. No plano da atenção terciária, a meta é dar continuidade às ações de ampliação do acesso ao tratamento do câncer com qualidade, conforme objetivos da Política Nacional de Atenção Oncológica (INCA, 2011).

O Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama propõe como estratégia para a detecção e diagnóstico precoce a abordagem de mulheres com sinais e/ou sintomas da doença e o rastreamento com aplicação de testes ou exames na população assintomática, cujo objetivo é identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhar as mulheres com resultados de exames alterados para investigação e tratamento. Em ambas as estratégias, é fundamental que a mulher esteja bem informada e atenta a possíveis alterações nas mamas e, em caso de anormalidades, busque prontamente o serviço de saúde (INCA, 2011).

A estratégia de diagnóstico precoce contribui para a redução do estágio de apresentação do câncer, conhecido em alguns países como *down-staging* (WHO, 2007). Nesta estratégia, destaca-se a importância da educação da mulher e dos profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, bem como do acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde.

O autoexame das mamas é proposto, de acordo com as diretrizes do Programa, de forma similar ao que vem sendo realizado em outros países, pois desde o final da década de

90, ensaios clínicos mostraram que o autoexame das mamas não reduzia a mortalidade pelo câncer de mama. A partir de então, diversos países passaram a adotar a estratégia do *breast awareness*, que significa “estar alerta para a saúde das mamas” (THORNTON; PILLARISSETT, 2008).

A política de “alerta à saúde das mamas” destaca a importância do diagnóstico precoce e significa orientar a população feminina sobre as mudanças habituais das mamas em diferentes momentos do ciclo de vida e os principais sinais do câncer de mama. A orientação é que a mulher realize a autopalpação das mamas sempre que se sentir confortável para tal (seja no banho, no momento da troca de roupa ou em outra situação do cotidiano), sem nenhuma recomendação de técnica específica, valorizando-se a descoberta casual de pequenas alterações mamárias. É necessário que a mulher seja estimulada a procurar esclarecimento médico sempre que houver dúvida em relação aos achados da autopalpação das mamas e a participar das ações de detecção precoce do câncer de mama (THORNTON; PILLARISSETTI, 2008).

Esta estratégia mostrou ser mais efetiva do que o autoexame das mamas habitual, isto é, a maior parte das mulheres com câncer de mama identificou o câncer por meio da palpação ocasional em comparação com o autoexame (aproximadamente 65% das mulheres identificam o câncer de mama ao acaso e 35% por meio do autoexame rotineiro) (WHO, 2007).

O rastreamento é uma estratégia também proposta no Programa e deve ser dirigida às mulheres na faixa etária em que o balanço entre benefícios e riscos da prática é mais favorável, com maior impacto na redução da mortalidade. Os benefícios são o melhor prognóstico da doença, com tratamento mais efetivo e menor morbidade associada, enquanto os riscos ou malefícios incluem os resultados falso-positivos e falso-negativos, que geram ansiedade ou falsa tranquilidade à mulher; o sobrediagnóstico e o sobretratamento, relacionados à identificação de tumores de comportamento indolente (BRASIL, 2010).

O rastreamento pode ser oportunístico ou organizado. No primeiro, o exame de rastreio é ofertado às mulheres que oportunamente chegam às unidades de saúde, enquanto o modelo organizado é dirigido às mulheres elegíveis de uma dada população que são formalmente convidadas para os exames periódicos. A experiência internacional tem demonstrado que o segundo modelo apresenta melhores resultados e menores custos (INCA, 2008b).

Em países que implantaram programas efetivos de rastreamento, com cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado, a mortalidade por câncer de

mama vem diminuindo. As evidências do impacto do rastreamento na mortalidade por esta neoplasia justificam sua adoção como política de saúde pública, tal como recomendado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2008).

No Brasil, a mamografia e o exame clínico das mamas (ECM) são os métodos preconizados para o rastreamento na rotina da atenção integral à saúde da mulher. A recomendação para as mulheres de 50 a 69 anos é a realização da mamografia a cada dois anos e do exame clínico das mamas anual. A mamografia nesta faixa etária e a periodicidade bienal é a rotina adotada na maioria dos países que implantaram o rastreamento organizado do câncer de mama e baseia-se na evidência científica do benefício desta estratégia na redução da mortalidade neste grupo. Segundo revisões sistemáticas realizadas, o impacto do rastreamento mamográfico na redução da mortalidade por câncer de mama pode chegar a 25% entre as mulheres inseridas nestas faixas etárias (US, 2009; GOTZSCHE; NIELSEN, 2006; AETMIS, 2006).

De forma geral, o êxito das ações de rastreamento depende dos seguintes pilares: informar e mobilizar a população e a sociedade civil organizada; alcançar a meta de cobertura da população-alvo; garantir acesso a diagnóstico e tratamento; garantir a qualidade das ações, monitorando e as gerenciando de forma contínua (INCA, 2011).

Outro aspecto importante a ser considerado dentro desta política é o tratamento da neoplasia da mama, variando de acordo com as características do tumor, tais como: o estadiamento e a sensibilidade hormonal, e baseando-se na remoção cirúrgica do mesmo seguido ou não de terapias complementares, como a radioterapia, quimioterapia ou hormonioterapia (GUALDA; BERGAMASCO, 2004).

O tratamento mais utilizado no combate ao câncer de mama é a mastectomia, uma cirurgia mutiladora que visa remover todo o tumor visível juntamente com a mama, sendo o tipo de cirurgia a ser realizada uma variação em torno do estadiamento clínico e histológico do tumor (FERNANDES; ARAÚJO, 2005).

A extirpação da mama, apesar de apresentar sucesso como tratamento, não elimina a possibilidade de retorno da doença que aumenta em torno de 1% ao ano, sendo o risco de recidiva locorregional e de metástases à distância do câncer de mama uma das principais preocupações dos especialistas que tratam mulheres acometidas pela neoplasia mamária (OLIVEIRA FILHO, 2004).

Apesar do câncer de mama ser considerado um câncer de bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade permanecem elevadas no

Brasil, e os tratamentos radicais e não conservadores ainda são os mais utilizados no combate à doença, muito provavelmente porque a patologia é diagnosticada em estádios avançados.

Diante disso, os esforços para o controle do câncer de mama têm seu foco na prevenção secundária a partir de “ações de detecção precoce, isto é, na descoberta dos tumores mamários ainda pequenos, com doença restrita ao parênquima mamário”. O estágio em que a doença é identificada e quando o tratamento é iniciado irá interferir na opção pelas terapêuticas, mais ou menos agressivas, e nos resultados alcançados, os quais envolvem maior ou menor comprometimento emocional, custo econômico e social e entre outros (MELO; SOUZA, 2012).

Alguns fatores podem contribuir para a detecção tardia do câncer de mama, como a deficiência no desenvolvimento de políticas públicas relativas à saúde da mulher; o desconhecimento da população sobre a patologia e métodos diagnósticos, além do medo gerado por esta neoplasia (GONÇALVES *et al.*, 2009).

Algumas estratégias de massa, além das anteriormente citadas, vêm sendo abordadas pelo Ministério da Saúde, como, por exemplo, o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, que tem como um dos objetivos reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina, com a ampliação de acesso aos meios de serviços de prevenção, tratamento e reabilitação. Além disso, o Ministério da Saúde incentiva à prática do ECM por profissionais, a utilização de metodologias de imagem como ultrassonografia das mamas e mamografia, através da ampliação da rede de mamógrafos no país (BRASIL, 2005).

1.2 Ações educativas e os efeitos sobre as práticas promotoras de saúde e de controle do câncer de mama

O conhecimento atual, as características biológicas do câncer de mama e a tecnologia disponível não justificam a adoção de estratégias direcionadas especificamente à prevenção primária, que ainda não é possível devido à variação dos fatores de risco e às características genéticas que estão envolvidas na sua etiologia. Dessa maneira, o diagnóstico precoce do carcinoma mamário está ligado além de outros fatores ao fornecimento de informações às mulheres e práticas educativas em saúde que conscientizem-nas sobre a realização desses exames, que constituem a tríade de rastreamento para esta neoplasia (MELO; SOUZA, 2012).

Além das estratégias preconizadas pelo INCA e Ministério da Saúde para abordagem e diagnóstico precoce do câncer de mama, foram desenvolvidas como parte do

Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama 2011, tendo em vista o reconhecimento da importância e relevância de ações educativas no controle da doença, algumas publicações e impressos voltados para a população tais como, folderes, folhetos informativos e cartazes de campanha de prevenção.

Os impressos e publicações foram desenvolvidos pelo Instituto Nacional do Câncer e Ministério da Saúde e encontram-se disponíveis em mídia digital para livre acesso e distribuição pelos diferentes serviços de saúde e profissionais que precisam informar a todas às mulheres sobre as ações necessárias para o controle e detecção precoce do câncer de mama.

A enfermagem, por sua formação humana e bastante voltada para educação em saúde, pode contribuir efetivamente com esse processo de fornecimento de informações e conhecimento sobre a doença. Sob essa ótica é importante destacar o papel significativo que o enfermeiro desempenha como educador em saúde, pois trabalha continuamente junto ao cliente, identificando problemas e buscando soluções.

González-Robledo *et al.* (2011) reforçam em estudo que avaliou o nível de formação de estudantes médicos e enfermeiros para a detecção precoce do câncer de mama no México, que os profissionais enfermeiros devem ser capazes de compartilhar informações de qualidade e realizar um trabalho educativo sistemático para que a população feminina adquira conhecimento e adote condutas e atitudes responsáveis em relação ao autocuidado e saúde da mama, além de realizar procedimentos para detectar algum tipo de anormalidade nos seios por meio de uma boa história clínica e um exame das mamas eficaz.

As mudanças nos sistemas de saúde de diferentes países em que se tem observado o predomínio do modelo de atenção primária em detrimento do modelo curativo requerem cada vez mais profissionais adequadamente capacitados em práticas promotoras de saúde e de prevenção de enfermidades, para que se possa contemplar a integralidade das ações em saúde, atendendo sobremaneira às necessidades em saúde observadas.

O desafio das mudanças relacionadas às novas políticas de saúde vem sendo ressaltados desde a II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em Adelaide, na Austrália em 1988, cujo tema foi Políticas Saudáveis. Nesta conferência ficou estabelecido que as mulheres são as principais promotoras da saúde no mundo, sendo enfatizado o acesso delas à informações para que sua participação seja efetiva. A mulher ainda foi beneficiada ressaltando-se sua liberdade de escolha e suas necessidades, foram enfatizados os princípios fisiológicos da mulher, preservando as preferências e direitos da população feminina, além da assistência humanizada (SILVEIRA *et al.*, 2005).

A visão da mulher como agente promotor de saúde requer atuação dos profissionais de saúde, com práticas educativas, preventivas e de atenção primária, cuja finalidade seja assegurar a participação efetiva das mulheres nas ações de promoção da saúde, bem como de maior autocuidado em saúde.

Ao tratar de promoção da saúde, é inerente a emersão de aspectos relativos à educação em saúde, ou seja, aspectos que envolvem a relação entre sujeito e estrutura em uma relação dinâmica e interdependente que mescla a articulação entre saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais, comunitários, públicos e privados (BUSS, 2003).

É sabido que as ações educativas influenciam o estilo de vida, melhoram a relação profissional-indivíduo, o ambiente social e físico e reforçam a promoção da saúde. Além disso, enquanto prática social, a educação em saúde favorece o conhecimento, atitudes e práticas adequadas em saúde, além da compreensão dessa relação no processo saúde-doença (SILVA, 2009).

No que se reporta ao desenvolvimento de ações direcionadas a um maior comprometimento das mulheres com práticas preventivas, de detecção precoce do câncer de mama, além da percepção de mudanças físicas indicativas de alerta, como a realização de procedimentos pela própria pessoa e outros desenvolvidos pelos profissionais, acredita-se no favorecimento deste processo por meio de estratégias educativas com vistas a desenvolver o conhecimento, atitude e prática voltadas para o cuidado e diagnóstico precoce da doença.

Conhecimento significa recordar fatos específicos (dentro do sistema educacional do qual o indivíduo faz parte) ou a habilidade para aplicar fatos específicos para resolução de problemas, ou ainda, emitir conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado evento. Atitude é essencialmente ter opiniões, é também ter sentimentos, predisposições e crenças, relativamente constantes, dirigidas a um objetivo, pessoa ou situação, relaciona-se ao domínio afetivo - dimensão emocional. Prática é a tomada de decisão para executar a ação, relaciona-se aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo - dimensão social (MARINHO *et al.*, 2003).

Tais conceitos vêm sendo trabalhados no contexto do câncer de mama, em especial pela enfermagem, em que se tem observado abordagens voltadas para a prática de auto-exame das mamas e mamografia e para a detecção precoce da doença, principalmente em estudos desenvolvidos nas Regiões Sudeste e Nordeste (BRITO *et al.*, 2010; MARINHO *et al.*, 2003; MARINHO *et al.*, 2008; TUCUNDUVA *et al.*, 2004; SILVA, 2012). Na Região Sul não foram encontrados estudos enfocando a temática câncer de mama, conhecimentos,

atitudes e práticas em saúde. Encontrou-se apenas um estudo relacionado a conhecimento e atitude, porém não no contexto do câncer mamário.

Marinho *et al.* (2003) avaliaram o conhecimento, a atitude e a prática do autoexame das mamas entre 663 usuárias de 13 centros de saúde. A maioria das usuárias dos centros de saúde conhecia o autoexame das mamas (95,3%), no entanto, em apenas 7,4% das entrevistadas esse conhecimento era adequado. A maioria das entrevistadas mostrou atitude adequada quanto ao autoexame das mamas (95,9%). As mulheres que participaram deste estudo afirmaram realizarem rotineiramente o autoexame das mamas (83,3%), porém a prática adequada deste procedimento foi baixa (16,7%).

Da análise do estudo pôde-se observar níveis baixos de conhecimento e prática inadequada deste exame, sendo importante que os profissionais que trabalham com estas mulheres estejam continuamente fornecendo informações sobre exames e métodos diagnósticos para o câncer de mama, seja de maneira individual ou coletiva, utilizando recursos disponíveis, em especial abordagens educativas, para que práticas adequadas em saúde das mamas venham a ser realizadas por um número cada vez maior de mulheres.

Em outro estudo Marinho *et al.* (2008) avaliaram o conhecimento, a atitude e a prática do exame de mamografia entre mulheres usuárias do serviço médico municipal em Campinas-SP. Das 663 participantes, 7,4% das entrevistadas tinham conhecimento adequado sobre o exame de mamografia, embora a atitude frente a este procedimento tenha sido adequada em 97,1% das mulheres e a prática adequada em 35,7% das entrevistadas.

Para alcançar sucesso na luta contra o câncer de mama os autores do estudo supracitado afirmam que é necessária mudança de comportamento das mulheres e dos profissionais de saúde, especialmente no que se refere ao incremento nos níveis de conhecimento das mulheres em relação aos exames de rastreamento do câncer de mama, sendo uma estratégia promissora a implementação de programas educativos sobre saúde da mulher, focando especificamente no diagnóstico inicial do câncer mamário, pois esta é a única forma de produzir mudanças nas estatísticas da doença.

Silva (2012) ao associar o uso de estratégia educativa em estudo sobre conhecimento, atitude e prática voltados para detecção precoce do câncer de mama, verificou resultados bastante promissores havendo incremento nos níveis de conhecimento, melhora da atitude e aumento de taxas de adesão das mulheres às práticas preventivas, com maior possibilidade de detecção da doença em estágios iniciais.

Este estudo foi realizado em Fortaleza - Ce, município da região Nordeste, em que se utilizou uma tecnologia educativa, caracterizada como um manual com orientações

voltadas para mulheres mastectomizadas, que traz na sua parte inicial aspectos relacionados aos exames de detecção precoce do câncer de mama, os quais foram abordados neste estudo na perspectiva de avaliar os efeitos da aplicabilidade da tecnologia na adesão de mulheres aos exames de detecção da doença, além dos efeitos produzidos no conhecimento, atitude e prática das mulheres com relação aos mesmos, os quais foram avaliados por meio de um inquérito CAP (conhecimento, atitude e prática). As participantes foram divididas em grupos controle e intervenção, a fim de verificar os resultados alcançados na presença ou não da tecnologia educativa proposta.

Os resultados deste estudo mostraram mudanças significativas voltadas para adesão das mulheres aos exames de detecção precoce do câncer de mama, havendo melhora considerável nos níveis de conhecimento das participantes em relação aos exames, atitude e prática adequada dos mesmos. Das 294 mulheres incluídas na pesquisa, 9,5% apenas tinham conhecimento sobre os exames antes de se aplicar o manual educativo, após a aplicação deste observou-se 89,2% das mulheres com adequação no conhecimento. Em relação à atitude 87,1% das mulheres apresentavam adequação antes da aplicação do manual, após o uso deste houve registro de 89,2% das participantes com atitude adequada e a prática mostrou-se adequada em 93,7% das mulheres contra 61,2% observados inicialmente.

O estudo demonstrou os efeitos promissores da aplicação e uso de tecnologias educativas na detecção precoce do câncer de mama para mulheres, possibilitando importantes resultados na promoção da saúde mamária, através da prevenção secundária, ou seja, observou-se que o conhecimento, a atitude e a prática em relação aos exames de detecção precoce do câncer de mama das mulheres que se submeteram a intervenção educativa tiveram maior adequabilidade em relação ao grupo de mulheres que não participaram da intervenção (SILVA, 2012).

Destaca-se a iniciativa da criação e utilização de tecnologias educativas por enfermeiros, pois a enfermagem ainda vem de forma incipiente produzindo elementos construtivos de produção tecnológica, sendo estes em sua maioria estratégias para controlar e auxiliar o processo de trabalho ou a estruturação de material didático-pedagógico para diferentes clientes.

A tecnologia em discussão foi previamente utilizada no estudo de Oliveira (2009) com vistas a avaliar o conhecimento e motivação para mudança de atitude em 135 mulheres no pós-operatório de cirurgia de mastectomia. Foi evidenciado após a leitura do manual educativo pelas mulheres um aumento no percentual de acertos em torno de 11%, em relação às orientações e conhecimentos relativos ao câncer de mama e mastectomia, ou seja, antes da

leitura do manual 70,56% das mulheres obtiveram respostas corretas e após a leitura 81% responderam corretamente aos questionamentos. Assim, inferiu-se que o manual contribuiu para aquisição de conhecimentos e apreensão das informações desejadas.

Com relação à distribuição do percentual de acertos segundo os níveis de dificuldades das questões, as mulheres ampliaram significativamente o conhecimento após a leitura do manual. Os resultados apresentaram melhora em todos os níveis, inclusive para as questões consideradas difíceis. Destaca-se que o percentual de acertos foi superior a 50% para todas as questões (OLIVEIRA, 2009).

Como na maioria dos estudos, pôde-se verificar algumas limitações encontradas por Oliveira (2009), como a baixa escolaridade observada entre as participantes, o que continua a ser uma questão preocupante não só sob os aspectos socioeconômicos e educacionais, mas, sobretudo, no relacionado à compreensão de informações, pois em virtude da dificuldade de acesso à educação, as pessoas não desenvolvem conhecimentos e habilidades para usar eficazmente os materiais educativos desenvolvidos e fornecidos.

No entanto, apesar de haverem limitações nos estudos que trabalham aspectos educativos, quando se discute câncer de mama não se pode deixar, em hipótese alguma, de informar e utilizar estratégias voltadas para educação em saúde, as quais, satisfatoriamente, vêm sendo desenvolvidas e aplicadas como vimos nas pesquisas mencionadas, sendo estas implementadas sobre as mais diversas facetas, como uso de livros, cartilhas, manuais e folhetos adequados para o público-alvo, com a finalidade de disseminar e ampliar o conhecimento sobre a enfermidade.

Tais ações conferem uma base para o enfrentamento da doença, o exercício do autocuidado e a promoção da saúde das mulheres. É essencial a implementação de estratégias de cuidado fundamentadas em princípios científicos, além da percepção por parte das mulheres do apoio e motivação fornecidos pelos profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, possibilitando soluções para os problemas em potencial, orientação nas ações a serem realizadas, direcionamento para a adoção de hábitos e condutas saudáveis contribuindo de forma ímpar para uma melhor qualidade de vida e alcance dos objetivos propostos pelos Programas de controle do câncer de mama.

É interessante destacar que o fornecimento de informações sobre qualquer comportamento de saúde é fundamental nas atividades educativas e o conhecimento contribui para sustentar ou desenvolver novas atitudes, tornando-se o componente racional necessário para motivar uma ação desejada. Apesar do fornecimento de informações não ser um motivador incondicional das ações visadas, nenhuma ação ocorre sem motivação e a

motivação não ocorre sem formação de uma base de experiências prévias construídas a partir de informações recebidas (KILANDER, 2001).

As mudanças comportamentais são fundamentais para a melhoria dos níveis de saúde da população, mas, muitas vezes, os profissionais de saúde, ainda que sentindo a importância das mudanças comportamentais, não estão capacitados a ajudar, de forma efetiva, as pessoas a adotarem comportamentos saudáveis. A ambivalência com relação à mudança reflete as motivações conflitantes entre desejar e não desejar concomitantemente, o que pode dificultar a abordagem profissional, sendo este um conceito fundamental de uma técnica que tem o foco na mudança de comportamento das pessoas, descrita como Entrevista Motivacional (EM), a qual busca ajudar as pessoas a falar e resolver sua ambivalência em relação à mudança comportamental, usando sua própria motivação, energia e comprometimento para tanto (MENDES, 2012).

A EM foi fundamentada em elementos de outras técnicas já existentes, tais como a terapia centrada no cliente e terapias breves e seu espírito geral é descrito como uma abordagem colaborativa, evocativa e com respeito pela autonomia da pessoa usuária dos sistemas de atenção à saúde. Busca expressar empatia, desenvolver a discrepância entre o comportamento presente e as metas do cliente, evitar argumentação e promover a autoeficácia são alguns princípios que orientam a conduta no uso desta técnica (SALES; FIGLIE, 2009).

A EM foi proposta por Miller e Rollnick (2002) pela primeira vez em 1983 como uma intervenção breve em relação ao alcoolismo, mas desde os anos 90 passou a ser utilizada em outros contextos, como problemas ligados a comportamento tais como tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física, drogadição, adesão a medicamentos e outros (OLIVEIRA, 2008; SALES; FIGLIE, 2009; ANDRETTA; MEYER, *et al.*, 2010; SEGATTO, *et al.*, 2011).

A EM pode ser realizada em uma única sessão breve e de curta duração, denominada entrevista motivacional breve (EMB), de aproximadamente dez a vinte minutos, como também pode ser feita em um conjunto de quatro ou até cinco encontros com duração de mais de noventa minutos, os quais podem ser individuais ou grupais. A EMB também conhecida como Motivational Enhancement Therapy (MET), foi desenhada para ser uma intervenção breve em intensidade e duração. Ela é mais vantajosa quando aplicada em ambientes com grande demanda de atendimento e pouca disponibilidade de tempo e profissionais e, apesar de ser breve, estudo mostrou que seu efeito não diminui ao longo do tempo (SALES; FIGLIE, 2009).

Em qualquer modalidade da EM, a informação deve ser provida de acordo com algumas diretrizes. De acordo com o princípio da autonomia, o profissional só deve informar com a permissão da pessoa. Ao informar, devem-se oferecer opções à pessoa, especialmente aquelas relativas a ações a serem tomadas, o profissional pode considerar falar como isso ocorreu com outras pessoas, evitando dizer diretamente o que a pessoa deve fazer. Uma estratégia a ser usada é a de informa-verificar-informar pela qual o profissional dá informações, verifica se a pessoa entendeu e fornece mais informações (MENDES, 2012).

Ao considerar os efeitos promissores que podem ser alcançados em relação a determinado objetivo a partir do simples fornecimento de informações de forma diferenciada, em que se busca o cliente como foco motivando-o a utilizar sua própria autonomia na busca de um comportamento adequado é que julgamos serem demasiadamente positivos os benefícios que podem advir do uso da entrevista motivacional no âmbito das ações para detecção precoce do câncer de mama.

Quando nos remetemos anteriormente à necessidade de informar e mobilizar a população para o êxito das ações de diagnóstico precoce da neoplasia mamária, sendo o desconhecimento da população sobre a patologia e métodos de detecção precoce um dos fatores contribuintes para a detecção tardia do câncer de mama, além do medo causado pela doença, acredita-se que o acréscimo e associação da técnica de entrevista motivacional a ações educativas e de fornecimento de informações e esclarecimentos sobre o controle do câncer de mama poderão incrementar melhorias auxiliando no alcance dos objetivos e metas propostas pelos programas de rastreamento e combate à doença, em particular, o Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama, o mais recentemente lançado pelo INCA em 2011 e que se encontra em plena atividade.

Ao direcionar olhares para o contexto da Região Sul, *locus* deste estudo, com destaque para o Rio Grande do Sul (RS) e capital, a qual apresenta uma das mais altas taxas de incidência do câncer de mama do país, além da dificuldade no desenvolvimento de programas de rastreamento da doença mais eficazes em nível de macro políticas, é que se julgou a possibilidade de trabalhar nesta região, constituída por mulheres com hábitos e estilo de vida associados com maior risco para o desenvolvimento do carcinoma mamário, com uma estratégia educativa (folder informativo) associada à entrevista motivacional na perspectiva da produção, acréscimo e melhora do conhecimento e atitude das mulheres gaúchas com relação à prevenção secundária e detecção precoce do câncer de mama.

Acredita-se que o desenvolvimento do estudo proposto é relevante, pois poderá trazer benefícios a uma região com taxas bastante elevadas da doença, além de trazer

implicações tanto para práticas educativas em Enfermagem, fornecendo subsídios para elaboração de estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças, quanto para as mulheres, melhorando os níveis de conhecimento, sua qualidade e expectativa de vida, minimizando os riscos de detecção tardia de tumores de mama primários, além de torná-las multiplicadoras das informações e conhecimentos adquiridos.

Sabe-se que os profissionais de saúde, em particular o enfermeiro, desempenham papel fundamental na promoção da saúde destas mulheres, sendo primordial o seu envolvimento no processo saúde-doença, em que a aplicação de estratégias educativas e práticas promotoras da saúde assumem posição de destaque. Diante disso, é que nos propomos a defender a seguinte tese: “o uso de uma estratégia educativa associada à entrevista motivacional possibilita conhecimento e atitude adequados de mulheres para a detecção precoce do câncer de mama?”.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar os efeitos de uma intervenção educativa no conhecimento e na atitude de mulheres gaúchas em relação à detecção precoce do câncer de mama.

2.2 Específicos

- Avaliar o conhecimento e a atitude das mulheres em relação aos exames de detecção precoce do câncer de mama;
- Comparar os percentuais de adequabilidade do conhecimento e da atitude antes e imediatamente após a aplicação da intervenção no grupo intervenção e no grupo controle
- Verificar o acesso das mulheres à realização dos exames e à disponibilidade de estratégias educativas em saúde sobre a detecção precoce do câncer de mama;
- Identificar barreiras relacionadas à realização dos exames de detecção precoce do câncer de mama.

3 HIPÓTESES

3.1 Hipótese H0

A adequabilidade do conhecimento e da atitude das mulheres em relação à detecção precoce do câncer de mama não será diferente nos grupos avaliados.

3.2 Hipótese H1

A adequabilidade do conhecimento e da atitude das mulheres em relação à detecção precoce do câncer de mama será diferente nos grupos avaliados após a aplicação do folder informativo associado à entrevista motivacional breve.

4 ESTADO DA ARTE

4.1 Educação em saúde: tecendo considerações sobre a temática

O conceito de educação em saúde associa-se ao conceito de promoção da saúde, que está relacionado a processos que envolvem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana. Tem como objetivo a capacitação desses indivíduos na busca da melhoria das condições de saúde, ressaltando que esse processo visa à estimulação do diálogo, da reflexão, da ação partilhada e do questionamento (MACHADO *et al.*, 2007).

Como estratégia de promoção à saúde, a práxis da educação em saúde deve eleger metodologias de ensino que conduzam a uma transformação dos indivíduos inseridos socialmente no mundo, ampliando sua capacidade de compreensão dos determinantes de ser saudável e que leve o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social capaz de prover e opinar nas decisões de saúde para o cuidado de si, da sua família e coletividade (CATRIB *et al.*, 2003).

As ações educativas em saúde podem preparar a população com a construção de novos conhecimentos, propiciando uma prática consciente de comportamentos preventivos. O conceito de saúde e doença perpassa a trajetória histórica das famílias, transmitindo conhecimentos de geração para geração, com mudanças visíveis ao longo do período (FERREIRA; AYRES; CORREIA, 2009).

Pode-se considerar a existência de inúmeras maneiras, formas e estratégias de se educar em saúde, mas considerando o que estas abordagens têm em comum é possível agrupá-las em dois macro grupos: a educação em saúde tradicional e a radical (SILVA, 2009).

A educação em saúde tradicional, também chamada de preventiva segue os pressupostos da antiga saúde pública. Este modelo objetiva a prevenção de enfermidades, centrando sua abordagem educativa na mudança de comportamento individual e com foco embasado nos princípios da ideologia do individualismo. Ao considerar a ação individual, os adeptos do modelo de educação tradicional ignoram a influência das estruturas e diferenças socioculturais e econômicas nas escolhas por comportamentos saudáveis ou não, o que leva a uma visão do indivíduo como sendo o único responsável pelas suas condições de saúde (SILVA, 2009).

No discurso tradicional e biologicista, as práticas de educação em saúde se restringem ao individual e acabam sendo impositivas, sendo a liberdade das pessoas cerceada por imperativos de origem institucionais e culturais (ALVES, 2005).

Em estudo que analisou a produção científica sobre a prática de educação em saúde, destacando o caráter do processo educativo a respeito das características emancipatórias ou normativas, observou-se que as atividades de educação em saúde são desenvolvidas em grande parte de forma coercitiva e normativa, ou seja, sobre a ótica da educação tradicional, apesar de haver desde a década de 70, um processo de reconstrução da educação em saúde no sentido de distanciar-se das ações impositivas, características próprias do discurso higienista (FERREIRA; AYRES; CORREA, 2009).

Embora as ações do campo da saúde estejam fundamentadas em questões éticas que visam ao respeito e à autonomia do sujeito e ao bem-estar, ainda essas ações seguem um modelo tradicional de educação pautada na dominação, tendo, assim, suas ações impostas (ROSA *et al.*, 2006).

A forma inovadora de educar propicia às pessoas a buscar, no momento da realização das atividades de educação em saúde, um espaço para refletir, explicitar dúvidas, dificuldades e inseguranças, mostrando-se satisfatória e motivadora. Dessa forma, as práticas de educação em saúde que têm sido desenvolvidas de maneira autoritária devem ser reestruturadas com a finalidade de causar mudanças significativas nesse cenário (CAVALCANTE; VASCONCELLOS, 2007).

Sob o ponto de vista pedagógico, a educação permanente e inovadora em saúde constitui uma estratégia importante para potencializar mudanças no modelo médico assistencial. Nesse contexto, considera-se a educação permanente, também, como uma ação política fundamental para a transformação do trabalho, gerando espaço para reflexão, despertando o senso crítico para uma atuação propositiva, compromissada e tecnicamente competente (BARRETO *et al.*, 2006).

A educação em saúde radical surge na tentativa de atender às complexidades da nova saúde pública, sobretudo por se propor a considerar as raízes dos problemas de saúde nos quais se quer intervir. O objetivo principal desse modelo é promover a saúde no seu sentido positivo. Para atingir tal objetivo deve-se promover a reflexão e a conscientização crítica sobre os aspectos da realidade pessoal e coletiva, estimulando e buscando a identificação coletiva das origens dessa realidade. A partir disso, pretende-se desenvolver planos de ação para a transformação da realidade (SILVA, 2009).

Este modelo apesar de algumas críticas é a forma mais adequada para o desenvolvimento de ações de educação em saúde com grupos na comunidade. Ao trabalhar com base neste enfoque o profissional é capaz de instrumentalizar os participantes do grupo,

estimulando a consciência crítica e o exercício da autonomia diante das decisões de saúde no âmbito individual e coletivo (SOUZA; DUARTE, 2005).

Para Levy (2007) a educação em saúde deve fornecer condições para que as pessoas desenvolvam o senso de responsabilidade, tanto por sua própria saúde, quanto pela saúde da comunidade, fato que torna este tema um dos mais importantes elos entre as perspectivas dos indivíduos, os projetos governamentais e as práticas de saúde.

As ações educativas que adotam esse modelo priorizam o diálogo como instrumento essencial, considerando o sujeito detentor de um conhecimento com potencial reflexivo e criativo por meio da gestão participativa e democrática. A educação baseada na reflexão, no diálogo e na troca de experiências entre educador/educando e profissional/cliente possibilita que ambos aprendam juntos, por meio de processo emancipatório. Essa emancipação é uma meta que visa compreender a educação com base em seus condicionantes quando se considera o indivíduo como sujeito histórico e social e capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para seu cuidado, família e coletividade (VILA A.; VILA V., 2007; SAUPE; BUDÓ, 2006).

A autonomia e a emancipação resultam de um processo inovador por meio de uma metodologia problematizadora e de uma reflexão crítica. Nessa perspectiva, está implícito que as práticas de saúde colaboram para a construção e desenvolvimento de hábitos saudáveis e de indivíduos responsáveis pelas escolhas. A prática educativa em saúde é ferramenta importante para o estímulo ao autocuidado, e é por meio dessa ferramenta que se busca um viver saudável (SOUZA; WEGNER; GORINI, 2007).

A educação popular colabora para a autonomia por meio do vínculo estabelecido entre os profissionais de saúde e as classes populares, desvencilhando as práticas autoritárias e normatizadoras, visando a uma atenção integral à saúde com maior controle das pessoas e grupos. Portanto, a conscientização dos profissionais de saúde objetiva desenvolver a dimensão político-social da educação em saúde para efetivar práticas pedagógicas que deem conta de promover efetivamente a autonomia dos sujeitos envolvidos nas atividades educativas (CHAGAS; XIMENES, 2007).

A educação popular na área da saúde é mais do que uma abordagem pedagógica de ensino. É mais uma forma de visualização de relações sociais como sendo centrado em um desejo de trazer a mudança. Programas de saúde pública definem as relações entre os setores, os quais devem assumir a responsabilidade em contribuir para a disseminação do conhecimento reconhecido como cientificamente confiável para populações que podem se beneficiar deste na melhoria das suas condições de vida (LAPERRIÈRE, 2007).

O caráter multifacetado dos processos educativos na prática é um aspecto interessante a ser considerado, sendo estes muito mais dinâmicos e complexos do que pode admitir qualquer recorte teórico, o que contribui positivamente para a formação de uma rede de solidariedade entre educadores e educandos, na qual se buscam o compartilhamento e o desenvolvimento de potencialidades na tentativa de ultrapassar limites e dificuldades, outorgando autonomia aos sujeitos envolvidos (SILVA, 2009).

Vila A. e Vila V. (2007) realizaram revisão crítica dos estudos sobre conceitos de educação em saúde e referenciais pedagógicos em educação em saúde e constataram que a educação em saúde é compreendida como campo multifocado para o qual convergem diversas concepções, tanto na área de educação, quanto na área da saúde, as quais espelham diferentes compreensões do mundo, sobre o homem e a sociedade. É um instrumento que possibilita ao indivíduo compreender o que ocorre na sociedade, ampliando sua visão do mundo no qual está inserido. Por meio do incentivo à educação e à saúde será possível transformar, desenvolver ideias, criar meios e subsídios para o crescimento e desenvolvimento de uma sociedade.

Assim, não há como desvincular o conceito de educação em saúde e promoção da saúde, pois é inerente a processos que abrangem a participação de toda população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas no das pessoas sob risco de adoecer. Essa noção baseia-se em um conceito de saúde, considerado como estado positivo de busca de bem-estar, que integra os aspectos físicos e mentais, ambiental, pessoal e social (MOURA; SOUZA, 2002).

Em relação às práticas educativas em saúde, Pereira (2003) afirma que estas são espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano e devem favorecer o processo de ensino-aprendizagem por meio da adoção de referenciais pedagógicos que promovam a reflexão crítica e participativa dos sujeitos.

Dentre as práticas pedagógicas discutidas na literatura, destacam-se a pedagogia tradicional ou condicionada, e a pedagogia crítica ou renovada. Na pedagogia tradicional ou condicionada, as ações estão voltadas ao conhecimento do professor. A pedagogia crítica ou renovada, também conhecida como “pedagogia da problematização e/ou educação problematizadora” define educação como atividade em que professores e alunos são mediatizados pela realidade que apreendem e da qual extraem o conteúdo da aprendizagem (FERNANDES, 2004; PEREIRA, 2003).

Em 22 estudos analisados por Vila A. e Vila V. (2007) entre os anos de 1986 a 2005, encontrou-se que as práticas educativas, norteadas pela pedagogia problematizadora, são as mais adequadas à educação em saúde, pois além de valorizar o saber do educando,

instrumentaliza-o para a transformação de sua realidade e de si mesmo, possibilita a efetivação do direito da clientela às informações de forma a estabelecer sua participação ativa nas ações de saúde.

Praticar educação em saúde, no contexto da enfermagem, significa proporcionar ao indivíduo condições para que ele próprio busque, exponha, questione, viva, experimente, crie, contribua, resgate, conquiste seu lugar na sociedade, alcance seus objetivos e ideais e transforme seus sonhos em realidade; é reconhecer o homem como sujeito responsável por sua realidade. Essa não é uma tarefa fácil, pois exige dedicação, empenho e vontade por parte do educador e do educando, mas, certamente, é tarefa muito prazerosa. A enfermagem deve ser vista como prática social voltada para o lado comunitário e humano (FERNANDES, 2004).

O desafio de que os profissionais de saúde venham a desenvolver a dimensão político-social da educação em saúde exige que, no contexto do ensino-aprendizagem, se efetivem práticas pedagógicas que deem conta de promover efetivamente a autonomia dos sujeitos (CHAGAS; XIMENES; JORGE, 2007).

A necessidade de implantação de práticas pedagógicas inovadoras foi evidenciada em estudo que objetivou levantar a história do Currículo de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina desde a implantação do curso, em 1972, até o currículo atual, implantado em 2000 (GODOY, 2002). A autora refere que o currículo de enfermagem dessa instituição passou por cinco mudanças ao longo de sua implantação, todas elas realizadas em virtude da melhoria da qualidade do ensino e da prestação de serviços de saúde à população.

No estudo é dado destaque ao currículo vigente na instituição caracterizado como “Currículo Integrado”, baseado na concepção crítico-social e na pedagogia problematizadora. A autora enfatiza que a adoção desse referencial pedagógico veio romper com o ensino tradicional, baseado na reprodução de conceitos e atendeu à necessidade de formação de um novo perfil do enfermeiro com visão holística e não fragmentada do ser humano, capaz de atuar nas áreas assistencial, na gerência, no ensino e na pesquisa.

O processo de educar em saúde é parte essencial do trabalho de cuidar da enfermagem, pode ser entendido como um diálogo que se trava entre as pessoas com o objetivo de mobilizar forças e a motivação para mudanças, seja de comportamento, atitude ou adaptações às novas situações de vida. A educação em saúde é uma das principais funções dos profissionais da enfermagem e é uma área de atuação em que os profissionais de todos os

níveis devem usar e abusar da criatividade, inovação e capacidade de improvisação (TREZZA; SANTOS R.; SANTOS J., 2007).

Apesar de ser conhecida a importância do desenvolvimento de atividades educativas e a contribuição do enfermeiro nesse processo, ao analisar o enfoque educativo com base nas necessidades dos sujeitos, percebe-se, frequentemente na prática, que são priorizadas as ações terapêuticas medicamentosas e administrativas em detrimento das ações educativas, apesar de serem complementares, uma vez que são imprescindíveis no processo terapêutico (QUEIRÓZ; DANTAS, 2008).

A enfermagem tem na ação educativa um de seus eixos norteadores que se concretiza nos vários espaços de realização das práticas de enfermagem em geral, especialmente no campo da saúde pública, sejam elas desenvolvidas em comunidades, serviços de saúde, vinculados ou não, à atenção básica, escolas, creches, e outros locais. Isso implica pensar a ação educativa como eixo fundamental para a formação profissional no que se refere ao cuidado de enfermagem em saúde pública e a necessidade de identificar ambientes pedagógicos capazes de potencializar essa prática (ACIOLI, 2008).

É fundamental que o enfermeiro desenvolva estratégias de educação em saúde, pois é preciso que ele tenha o entendimento integral a respeito de saúde e qualidade de vida, valorizando a história de vida da população, estimulando a autoconfiança, praticando a solidariedade e desenvolvendo atitudes e práticas de cidadania, expandindo o conhecimento científico para cooperar na construção de um pensamento mais crítico. É necessário, também, que ele promova a interação entre equipe-população, buscando resolutividade para os problemas de saúde encontrados, intervenha em indicadores de saúde e trace perfis epidemiológicos populacionais (BARBOSA *et al.*, 2010).

Ao caracterizar as práticas de educação em saúde desenvolvidas por enfermeiros em um município do centro-oeste do Estado de Minas Gerais, Barbosa *et al.* (2010) evidenciou como principais obstáculos existentes para a realização da atividade educativa a falta de capacitação técnico-político-pedagógica dos profissionais e gestores, bem como a limitação e/ou ausência de material pedagógico como suporte para as ações educativas. Na pesquisa os autores observaram que esses empecilhos, somados à prevalência de utilização de metodologias que priorizam a pedagogia de transmissão, vêm comprometendo a realização plena das práticas de enfermagem e educação em saúde no município em questão.

Neste mesmo estudo verificou-se que a maioria das ações educativas desenvolvidas no município são realizadas por agentes comunitários de saúde, visto que, por sobrecarga de processos administrativos e assistencialistas, os enfermeiros são privados de

tempo livre para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde, bem como educação permanente de sua equipe.

Este dado é preocupante, pois, especificamente para o profissional enfermeiro, a dimensão da educação, como área cooperadora na atuação da enfermagem, é de grande relevância, devendo ser tomada como indispensável na prática profissional.

Pode-se dizer que constitui papel intrínseco do enfermeiro fomentar as questões educacionais em saúde que envolvem seus diferentes contextos de trabalho, a fim de potencializar seu eixo fundamental de trabalho: a produção do cuidado (ROSA *et al.*, 2006).

Apesar da inquietação gerada pela pouca prática de ações educativas no estudo supracitado, um dado positivo observado foi que todos os enfermeiros entrevistados consideraram as ações de educação em saúde essenciais ao desenvolvimento de uma atenção básica de qualidade, seja por meio de mudanças de hábitos da população, seja pela alteração do perfil epidemiológico ou dos indicadores de saúde.

Assim, reforça-se a necessidade e relevância da conscientização dos profissionais enfermeiros da igualitária importância de desenvolver ações gerenciais, assistencialistas e educativas, sem prejuízo de nenhuma delas, fortalecendo a prática profissional e fornecendo subsídios para um melhor atendimento e cuidado em saúde.

Em outro estudo feito com famílias de crianças desnutridas, o autor reitera que já está bastante difundido entre os profissionais de saúde um conhecimento crítico que questiona as intervenções baseadas, restritamente, nas dimensões biológicas dos problemas de saúde. Há também um amplo reconhecimento da importância de mudanças subjetivas sociais e ambientais para a superação destes problemas (VASCONCELOS, 2001).

De forma geral, as mudanças em curso têm fomentado os profissionais de saúde a buscarem outros referenciais além dos biológicos, já que se reconhece que as ações necessárias para a adesão a tratamentos e cuidados a longo prazo estão profundamente imbricadas com a cultura, ou seja, com os estilos de vida, hábitos, rotinas e rituais na vida das pessoas. Por exemplo, com a Estratégia da Saúde da Família e o foco na atenção básica, os profissionais de saúde, entre os quais o enfermeiro, tendem a se tornar profissionais mais próximos e integrados com os valores culturais de famílias e populações, dentro de um território adstrito e culturalmente definido (BOEBS *et al.*, 2007).

As exigências para um cuidado adequado em saúde têm incitado os profissionais a conviverem e se aproximarem de modelos ou sistemas de cuidado, com vistas a uma maior aproximação da lógica do cliente/usuário e de uma interface entre o profissional e o cliente.

4.2 A educação em saúde e as tecnologias educacionais como ferramentas promotoras da saúde no câncer de mama

Ao buscar experiências de práticas educativas diversas, sejam tradicionais ou radicais, voltadas para a problemática do câncer de mama encontra-se a elaboração e utilização em maior escala de estratégias erguidas sob a base do modelo radical, em que a transmissão do conhecimento não ocorre de forma vertical, permitindo aos educandos modificarem seu comportamento a partir do que é refletido, assimilado e orientado.

Dessa forma, a conscientização da população sobre o câncer de mama e o estímulo às mudanças de comportamento são ações fundamentais para a prevenção inicial deste, além disso, a detecção precoce é o meio mais utilizado para diagnosticar às pacientes o mais breve possível, para que o prognóstico possa ser positivo (SILVA, 2011).

Observa-se a ocorrência de vários estudos que abordam a educação como processo dinâmico de construção e reconstrução da realidade diante do controle, prevenção e detecção precoce do câncer de mama, utilizando-se de instrumentos variados tais como vídeos educativos, manuais e cartilhas educativas e de aprendizagem em câncer de mama, programas educativos, oficinas, grupos de apoio, além de outras que de forma mais ampla tem em comum a necessidade de se conhecer a percepção das mulheres com relação ao câncer de mama, crenças, modos como percebem a doença, detecção e tratamento, para que dessa forma possa se obter maior participação das mulheres em todos os aspectos que envolvem a doença, obtendo-se com isso subsídios para a implementação de uma assistência de qualidade.

Para o levantamento de tais estudos realizou-se busca nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e PUBMED, utilizando como descritores os termos “tecnologia em saúde/biomedical technology”, “neoplasias da mama/breast neoplasms”, “tecnologia educacional/educational technology” e “educação em saúde/health education”. Foram encontrados 78 artigos na base de dados LILACS, dos quais se analisaram 17 e 59 na base PUBMED, dos quais se analisaram 10 artigos. Utilizou-se como critério de inclusão os artigos disponíveis na íntegra e com livre acesso e como critério de exclusão os artigos indisponíveis e que se encontravam fora da temática, os quais abordavam aspectos relacionados a cônjuges de mulheres com câncer de mama, fatores de risco, percepções médicas e questões emocionais.

A seguir serão apresentados algumas dos estudos analisados, bem como as estratégias educativas mencionadas e os resultados produzidos nos aspectos direcionados ao conhecimento, controle, prevenção e tratamento do câncer de mama.

Uma estratégia pedagógica simples e que traz resultados benéficos na produção de conhecimento é a utilização de oficinas educativas, a exemplo da utilizada no estudo de Grego *et al.* (2011) em que objetivou verificar repercussões produzidas no conhecimento e multiplicação de informações na rede social de 474 adolescentes de uma escola de Ribeirão Preto - SP participantes de oficinas de autoexame das mamas realizadas por enfermeiros. A repercussão das oficinas trouxe resultados animadores, não apenas pela receptividade das informações fornecidas, mas pelas mudanças registradas no cotidiano das participantes, que registraram 50% de respostas positivas em relação ao conhecimento gerado.

Esta prática se configura como uma ação real de prevenção em educação em saúde, proporcionando aos participantes uma contextualização da informação em relação ao câncer de mama e, conseqüente, compreensão dos benefícios de desenvolver e incorporar hábitos saudáveis para a melhoria da qualidade de vida.

O papel do enfermeiro em educação em saúde no estudo trouxe uma experiência rica, pois proporcionou o intercâmbio nas relações com os participantes, além de uma boa integração entre estes. A multiplicação das informações repassadas nas oficinas apresentou resultado abaixo de 50% das respostas positivas, no entanto, as oficinas foram incorporadas na grade de ensino da escola participante.

Ainda sobre a participação do enfermeiro na condução de estudos dessa natureza, salienta-se que é fundamental que este desenvolva e implemente sua função como educador para a saúde, a fim de orientar o indivíduo, a família e a comunidade sobre fatores de risco para o câncer de mama, além de formas de prevenção e a promoção de programas de educação em saúde como propagação de sua ação e intervenção (GREGO *et al.*, 2011).

Em pesquisa que utilizou tecnologia audiovisual, vídeo educativo, para prevenção do câncer de mama (Palmeira *et al.*, 2004), observou-se que de um total de 100 mulheres participantes do estudo, 96 possuíam razoável nível de escolaridade, entre ensino fundamental e médio completos, e mesmo assim, verificou-se que a maioria das mulheres eram desinformadas quanto à importância da prevenção de doenças e promoção da saúde.

No decorrer da utilização da técnica educativa e posterior explicação sobre o câncer de mama e aspectos relacionados, a maioria das mulheres (41) referiu total desconhecimento sobre o assunto. Das que tinham algum conhecimento, vinte e seis (26) relacionou a doença a algo terrível, vinte (20) a um caroço, duas (2) à doença perigosa e onze (11) a uma doença que pode ter cura, se for diagnosticada precocemente. Após a apresentação do vídeo educativo, vinte e quatro (24) mulheres relacionaram o câncer de mama a uma multiplicação de células que invadem os tecidos subjacentes, trinta e três (33) destacaram o

aparecimento de secreção mamilar, trinta e uma (31) destacaram a importância do autoexame e doze (12) relacionaram a doença a um nódulo mamário (PALMEIRA *et al.*, 2004).

Pode-se apreender que o uso de uma tecnologia educativa deste tipo enriqueceu as informações dadas pelas mulheres e ainda segundo o mesmo estudo, as participantes se mostraram mais seguras em responder indagações e inferências sobre a importância das informações. Diante destes dados, a desinformação observada surge como empecilho para as práticas de saúde, sendo imprescindível a percepção pelos sujeitos dos significados da doença e a conscientização sobre os cuidados com a saúde para que haja um maior envolvimento das mulheres com seu autocuidado.

Enquanto profissionais da área da saúde, esses dados também geram preocupação, pois é sabido o papel deste profissional frente à educação para a saúde dessas mulheres, o que nos permite atentar para a necessidade do fortalecimento das atividades educativas relacionadas ao conhecimento e detecção precoce do câncer de mama (PALMEIRA *et al.*, 2004).

Exemplificando ações exitosas de educação em saúde para o carcinoma mamário, Pagliuca e Costa (2005) aplicaram tecnologias educativas voltadas para a detecção precoce do câncer de mama em mulheres cegas, uma vez que essa população é excluída da maioria dos recursos de educação em saúde para a prevenção da doença, pois estes utilizam, principalmente, os sentidos da visão e audição para transmitir informações. Assim, o cego encontra dificuldade para ter acesso aos serviços prestados às pessoas videntes. A ausência de material educativo tátil para cegos contribui de sobremaneira para a desinformação dos mesmos acerca de temas relevantes e presentes no dia-a-dia, como é o caso da neoplasia da mama.

Construíram-se protótipos pedagógicos tridimensionais similares ao busto feminino, além de um CD de áudio educativo com linguagem radiofônica, que permitiu que as mulheres com limitações sensoriais tivessem acesso às informações sobre o que era o câncer, fatores de risco, como preveni-lo, o que resultou em um maior aprendizado, respostas satisfatórias e bom rendimento das participantes (PAGLIUCA; COSTA, 2005).

A educação em saúde é também um fator integrador para o portador de deficiência, que não pode ser excluído do processo ensino-aprendizagem na busca por melhores índices na luta contra o câncer de mama, portanto, é fundamental o desenvolvimento de práticas nesse sentido e com vistas à abrangência de toda população saudável e com limitações, uma vez que todos estão expostos aos riscos de acometimento pela doença.

Gozzo *et al.* (2012) em estudo com 51 mulheres buscou identificar as necessidades de informação para elaboração de um manual educativo a ser aplicado no pré-operatório do tratamento do câncer de mama, necessidade identificada uma vez que se verifica déficits de conhecimento e informação das mulheres em todas as fases do processo de adoecimento, ou seja, não apenas no diagnóstico e descoberta da doença, mas também no tratamento, o que gera demanda de informações e exige estratégias a serem usadas por profissionais da saúde. A elaboração de manuais educativos pode auxiliar paciente e familiar nesse processo, uma vez que uniformiza as orientações a serem realizadas pela equipe de saúde e pode auxiliar os indivíduos a entender o processo saúde-doença.

A criação de manuais auxilia no esclarecimento de dúvidas frequentes apresentadas pelas mulheres, proporcionando maior conhecimento para estas e seus familiares, além de favorecer o conhecimento do que é normal e da ocorrência de complicações, dando, assim segurança para enfrentar essa nova fase de sua vida, contribuindo com mulheres e familiares que estão vivenciando o câncer de mama, a partir de informações precisas e baseadas na literatura (GOZZO *et al.*, 2012).

Manuais ou cartilhas educativas, fundamentados em termos científicos, que objetiva informação, recuperação e desenvolvimento, e que contenha propostas de atividades para recuperar, desenvolver ou reforçar capacidades física, mental e social, podem ser utilizados como estratégia e instrumento de apoio terapêutico. Considera-se o manual um instrumento de informação, para promover a saúde, prevenir complicações, desenvolver habilidade e favorecer o autocuidado de mulheres com câncer de mama (GOZZO *et al.*, 2012).

Além disso, materiais impressos podem facilitar o entendimento de familiares, cuidadores, e demais pessoas que se relacionam com mulheres que vivenciam a realidade do câncer de mama, na medida em que se pode ter um alcance maior e mais presente que aquele dos serviços de saúde. E mais do que responder a dúvidas e questionamentos, também deve oferecer alternativas a muitas das dificuldades enfrentadas após a cirurgia para o câncer de mama (ARANTES; MAMEDE, 2003).

Oliveira, Fernandes e Sawada (2008) validaram um manual educativo para contribuir no autocuidado da mulher na reabilitação após a mastectomia, pois de acordo com as autoras a utilização de um manual educativo como estratégia e instrumento de apoio terapêutico fundamentado em termos científicos, contendo proposta de atividades selecionadas para recuperar, desenvolver ou reforçar as capacidades físicas, mentais e sociais, seria capaz de promover a saúde e a reinserção social das mulheres mastectomizadas.

Ressalta-se a importância de estudos desta natureza, pois é de grande valia a contribuição de tecnologias educativas escritas no contexto da educação em saúde e o papel desse recurso para se promover saúde, prevenir complicações, desenvolver habilidades e favorecer a autonomia e confiança do paciente. Como um componente da equipe interdisciplinar que desempenha a função de educador, o enfermeiro deve participar do processo de criação, desenvolvimento e avaliação de materiais educativos.

Além da relevante participação do enfermeiro na construção de materiais educativos é fundamental a inserção do público-alvo na elaboração de instrumentos desta natureza. Panobianco *et al.* (2009) realizaram estudo que objetivou construir conhecimento científico e empírico necessários para o desenvolvimento de um manual didático-instrucional, dirigido a mulheres mastectomizadas, ou que seriam submetidas a esse procedimento cirúrgico, no sentido de instrumentalizá-las quanto à prevenção do linfedema do membro superior homolateral à cirurgia e quanto às suas possíveis complicações.

Foram envolvidos no estudo 33 mulheres mastectomizadas que frequentavam um núcleo de reabilitação em Ribeirão Preto - SP e 16 membros da equipe multiprofissional deste serviço. Foram realizados círculos de discussão para coleta de dados, separadamente, para mulheres e profissionais, tendo sido verificado um acréscimo de informações na construção do manual com a participação das mulheres no estudo.

Os autores concluíram que houve um incremento na elaboração do manual, a partir das informações das próprias mulheres sobre sua condição e daquilo que elas consideravam relevante. Nesse sentido, um material impresso que envolva a participação dos diversos atores pode facilitar o entendimento das mulheres, familiares, cuidadores e demais pessoas envolvidas no contexto em que a mulher está inserida, na medida em que pode ter um alcance maior e mais presente.

Para que se tenha dimensão da falta de conhecimento em relação aos diversos aspectos que perpassam o câncer de mama, em estudo que verificou nível de conhecimento de cerca de 30 familiares de pacientes em tratamento para neoplasia mamária (OMOBINI *et al.*, 2011), verificou-se que 27% desconheciam vários aspectos relativos à doença, o que reforça a importância de se repensar a educação em saúde no contexto não apenas da mulher, mas também da família para que se consiga alcançá-los, já que possuem interação direta com as pacientes.

A questão está muito além da simples transmissão de informação, ou seja, o profissional da saúde, em especial, o enfermeiro, deve ter como foco o contexto social, os valores, as crenças e as necessidades destas pessoas.

Tal estudo incita questionamentos tais como: se os familiares próximos de mulheres acometidas pelo câncer de mama têm conhecimentos insuficientes, como se encontraria essa situação na população geral? Isto gera reflexões que incidem diretamente no âmbito da educação em saúde voltada para aspectos constituintes da problemática da doença e que exige a imersão em práticas inovadoras e de ampla abrangência, tendo em vista o grande problema de saúde pública que vem sendo enfrentado pelas mulheres vitimadas pelas estatísticas ora observadas.

É essencial educar a população e os profissionais de saúde, não apenas aqueles atuantes em áreas específicas, mas de uma maneira geral para que haja o reconhecimento de fatores relacionados à detecção precoce do câncer de mama, aumentando assim as chances de resultados promissores no combate ao agravo. Isto pode ser obtido por meio de campanhas educativas, reconhecidamente eficazes e instrumentos pedagógicos de amplo espectro e alcance.

Com relação aos achados de estudos internacionais quanto ao uso de tecnologias educacionais observam-se resultados positivos na melhora de aspectos diversos em relação ao cotidiano de mulheres diagnosticadas com câncer de mama.

Sherman *et al.* (2012) objetivaram, em estudo desenvolvido em três centros médicos de Nova York, examinar o ajuste físico, emocional e social de mulheres em estágio inicial de câncer de mama, após receberem psicoeducação por fitas de vídeo, aconselhamento por telefone ou associação das duas estratégias como intervenções que atendessem às necessidades específicas das mulheres durante o diagnóstico, pós-cirurgia, terapia adjuvante e fases de recuperação em curso do câncer de mama.

Das 249 mulheres envolvidas nos grupos de intervenção, observou-se melhora em todos os grupos ao longo do tempo na saúde delas em geral, bem-estar psicológico e ajustamento social. Apenas o ajuste emocional se mostrou diminuído ao comparar os grupos. Apesar disso, os autores concluíram que de uma forma geral o ajuste físico, emocional e social melhorou em relação às mulheres que recebiam cuidado usual, havendo com o uso das tecnologias educativas apoio na adaptação ao câncer de mama.

No que se refere a implicações para a enfermagem os resultados do estudo demonstraram que a psicoeducação por fitas de vídeo e o aconselhamento por telefone diminuíram a angústia e a gravidade dos efeitos colaterais dos tratamentos para o câncer de mama, além de terem aumentado o bem-estar psicológico durante a fase de terapia adjuvante da doença.

Ao testar os efeitos de uma intervenção educacional, caracterizada como site da Web, na percepção das mulheres sobre intenções para realizar mamografia, Lin e Effken (2010) designaram 128 mulheres taiwanesas para participar do estudo e obtiveram percepções significativamente mais positivas nas intenções em realizar a mamografia no grupo intervenção do que no controle. O grupo intervenção recebeu uma variedade de programa educacional adaptado ao estágio de pré-contemplação do Modelo Transteórico de Mudança para avaliar a intenção em realizar a mamografia, enquanto o grupo controle recebeu folhetos padronizados sobre mamografia.

O estudo contribui para demonstrar como os efeitos de uma intervenção educativa dinâmica como um site de educação para a saúde pode melhorar resultados relacionados a percepções e intenções positivas das mulheres no que envolve o contexto da motivação para um comportamento de saúde adequado em relação ao diagnóstico e detecção do câncer de mama, o que aumenta o impacto sobre as decisões de saúde.

Em termos de detecção precoce do câncer de mama, acredita-se que a informação ainda seja o melhor instrumento para promover ações que sensibilizem profissionais e usuárias, diminuindo a barreira que existe entre a mulher e o sistema de saúde. É de extrema relevância o papel realizado pelo enfermeiro no desenvolvimento de práticas educativas, visando tanto à saúde individual quanto à coletiva, obtendo a transformação da realidade e a participação da comunidade nesse processo. A sua ação deve ser integral e participativa; não deve perder oportunidades e deve estar voltado para o desenvolvimento das ações de saúde e práticas educativas, no sentido de prevenir doenças (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Inserida nessa perspectiva, a educação em saúde como processo orientado para a utilização de estratégias que ajudem o indivíduo a adotar condutas que permitam um estado saudável, continua a ser objeto de reflexão crescente por parte de políticos, instituições e grupos profissionais. Por isso, no que se refere à responsabilidade para criação de ações para o cuidado, a instauração de um processo de conhecimento faz-se necessário para o desenvolvimento de um trabalho educativo com as pessoas envolvidas na busca da qualidade de vida (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008).

Wood e Duffy (2004) avaliaram o impacto sobre a identificação de fatores de risco para o câncer de mama, habilidades para o autoexame da mama e rastreamento mamográfico a partir da utilização de “kits de saúde” constituídos por vídeos educativos, modelos anatômicos de simulação e “kits” de rastreio mamográfico. Foram avaliadas 439 mulheres em Massachusetts e na Geórgia. A pesquisa revelou que as mulheres que usaram os “kits” apresentaram melhor conhecimento sobre fatores de risco ($F = 23,6$, $P \leq 0,001$) e foram

mais proficientes em relação ao autoexame das mamas do que as não usuárias do “kit saúde” ($F = 47,9, P \leq 0,001$).

Com o estudo os autores provaram que lançar mão de estratégias inovadoras no rastreamento do câncer de mama é extremamente válido e eficaz, aumentando de tal forma o conhecimento das mulheres sobre o risco da doença e formas de identificá-la rapidamente.

Assim, destaca-se que promover saúde é uma atividade desafiadora para a equipe multidisciplinar, uma vez que denota uma percepção ampliada do conceito de saúde, fugindo de conceitos idealistas e partindo de percepções mais operacionais, capazes de atingir amplamente a população, em especial os estratos mais vulneráveis, com maior exposição aos riscos e menor potencial de recursos, conhecimentos e informações, ou seja, com maior necessidade de atuação, por meio de estratégias inovadoras e que considerem essa nova cultura em saúde (SANTOS V.; SANTOS M.; ROESE, 2010).

Williams e Schreier (2004) realizaram estudo em um Centro de Tratamento de Câncer nos Estados Unidos para avaliar durante três anos o efeito da educação na gestão e controle de efeitos colaterais em mulheres que receberam quimioterapia para tratamento de câncer de mama. Utilizaram-se fitas de áudio para fornecer informações sobre comportamentos e ações de autocuidado e ações para controle da ansiedade e redução de efeitos colaterais do tratamento quimioterápico. Foram selecionadas randomicamente 70 mulheres para participar do estudo, havendo no grupo experimental a presença de comportamentos adequados de autocuidado e melhora do estado de ansiedade em relação ao grupo controle.

Os autores verificaram que as fitas de áudio ou “audiotapes” são ferramentas de ensino eficazes e capazes de produzir comportamentos de saúde adequados, refletindo positivamente na gestão de efeitos colaterais causados pelo tratamento quimioterápico da doença.

Chelf *et al.* (2001) relatam que o uso de programas de computador, materiais impressos, chamadas telefônicas, áudio e informações por vídeo para educação de pacientes com câncer em geral são adequadamente aceitos e podem ser demasiadamente efetivos, não havendo muita diferença no uso isolado de um material ou outro. Entretanto, os autores enfatizam que é fundamental o uso de tais artifícios educativos na prática de enfermeiros que manejam pacientes com esta enfermidade, havendo sempre melhores resultados quando se associam mais de um tipo de material educativo.

Ao investigar padrões de competência e requisitos educacionais para enfermeiros especialistas em mama na Austrália ou “Specialist Breast Nurses (SBNs)”, Yates *et al.* (2007)

encontraram por meio da realização de revisão de literatura evidências substanciais da necessidade de enfermeiros possuírem competências para atuar em saúde das mamas, em especial, nos casos de abordagem a mulheres com câncer de mama, uma vez que são observadas contribuições importantes para a melhoria das abordagens em mulheres diagnosticadas com a patologia, havendo fornecimento de informações fundamentadas, apoio e promoção à continuidade dos cuidados de forma diferenciada.

O conjunto de normas de competência para as enfermeiras especialistas (SBNs) foram desenvolvidos pelo “National Breast Cancer Centre” e refletem os domínios essenciais e elementos da prática vistos como parte integrante para se alcançar resultados ideais para mulheres com câncer de mama. O estudo afirma que enfermeiros atuantes em câncer de mama devem aplicar conhecimentos avançados sobre necessidades de saúde e preferências das mulheres com câncer de mama, entre outras habilidades para otimizar a saúde e o bem-estar em várias fases do processo de cuidar, incluindo o diagnóstico, tratamento, reabilitação, acompanhamento e cuidados paliativos. São eleitos cinco domínios fundamentais para a prática fundamentada: tratamento de suporte; cuidado colaborativo; cuidado coordenado; ações de informação e educação e liderança clínica (YATES *et al.*, 2007).

Dessa forma, o enfermeiro envolvido no contexto do cuidado em câncer de mama deve não somente utilizar processos de educar para melhorar a assistência às pacientes, mas também deve procurar habilitar-se para tal, buscando formas de fundamentar o cuidado, as orientações e informações fornecidas.

Uma variedade de programas de educação estão disponíveis para enfermeiros que desejam aprender sobre cuidados em câncer de mama. Yates *et al.* (2007) encontraram que a maioria dos enfermeiros consultados no estudo concordaram que um nível de pós-graduação em educação para o câncer de mama é necessário para que um enfermeiro especialista possa desenvolver o nível mínimo de competência exigido para atuar em câncer de mama. Assim, as evidências apontam o papel relevante desempenhado por enfermeiros competentes e habilitados em saúde das mamas, o que requer programas de educação completos para que se tenha alta qualidade no cuidado realizado e para que se alcance o nível de competência necessário.

É consenso afirmar que para se promover saúde e prevenir doenças é indispensável a atuação do enfermeiro, sendo este citado como um importante profissional na implementação de ações em educação e fornecimento de informações, como visto em alguns estudos mencionados.

Esse profissional, durante o desenvolvimento de ações em saúde, pode conhecer, interpretar e se aproximar da realidade dos usuários, trabalhando a partir de singularidades e favorecendo também as chances de diagnóstico precoce. Acredita-se que o enfermeiro com esse entendimento consiga articular o trabalho intersetorial e interdisciplinar, promovendo a saúde da população (SANTOS V.; SANTOS M.; ROESE, 2010).

Para atingir essa realidade é preciso repensar as maneiras como se estruturam os processos de formação dos profissionais de saúde, a forma como se organizam e operam, devendo ser incorporados como estratégias de mudanças pelas diferentes experiências de mudanças, de conteúdo, de práticas pedagógicas e de cenários de aprendizagem, independente do estágio de suas transformações. Daí decorre que serão construídas ações diferenciadas na produção da saúde que operam com tecnologias voltadas para a produção do cuidado, de modo a estabelecer novas relações entre trabalhadores e usuários, tentando construir um devir para os serviços de saúde, centrado nos usuários e suas necessidades (MACHADO *et al.*, 2007).

5 REFERENCIAL METODOLÓGICO

5.1 Miller e Rollnick e as bases da entrevista motivacional

Em sua origem a Entrevista Motivacional (EM) não foi derivada da teoria, mas sim surgiu a partir da especificação dos princípios subjacentes à prática clínica intuitiva. Desta forma, o psicólogo americano Willian Miller procurou unir essa aprendizagem à teoria, o que é coerente com uma prática baseada em evidências. Em 1982 na Noruega, enquanto Miller orientava psicólogos recém-formados sobre a abordagem de aspectos relativos a métodos do tratamento cognitivo-comportamental para problemas relacionados ao álcool e drogas viu-se envolto por questionamentos direcionados ao estilo de atendimento a esses indivíduos e a partir disso, começou a articular os componentes que lançaram as bases para o modelo conceitual e as diretrizes clínicas para a prática da Entrevista Motivacional (MILLER; ROSE, 2009).

Em 1990 na Austrália, Miller conheceu Steve Rollnick, psicólogo clínico e professor de comunicação em saúde, o qual vinha usando e ensinando a EM em programas de tratamento para adições. A partir de então decidiram trabalhar em colaboração, lançando em 1991 o primeiro livro da dupla, *Motivational Interviewing: Preparing People no Change Addictive Behavior*, o qual serviu de orientação para realização de diversos estudos nesta área, os quais tem sido desenvolvidos em diversos ambientes, seja na clínica ambulatorial, hospitalar ou na pesquisa, o que demonstra que a EM pode ser utilizada independentemente do contexto (MILLER; ROLLNICK, 2001).

O método clínico da EM é definido como um estilo clínico habilidoso para evocar dos pacientes suas boas motivações para fazer mudanças comportamentais, aderirem a um comportamento de saúde saudável ou até mesmo manterem um comportamento que já é considerado adequado no interesse da sua própria saúde, ou seja, não é uma técnica para induzir as pessoas a fazerem algo que não querem fazer. A técnica envolve orientar mais que direcionar e ouvir mais do que falar. Assim, o “espírito” geral foi descrito como colaborativo, evocativo e com respeito pela autonomia da pessoa (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

Dentro da abordagem colaborativa, a EM se baseia em uma parceria cooperativa entre o paciente e o profissional. Enquanto o método centrado no cliente é uma abordagem ampla de consulta, a EM lida com uma situação específica em que na maioria das vezes é necessário que o paciente mude o seu comportamento. Em vez de uma relação de poder desigual, na qual o clínico ou profissional especialista direciona o paciente passivo no que

deve fazer, há uma conversa colaborativa ativa e um processo decisório conjunto. Isso é fundamental na mudança e adesão de comportamentos relacionados à saúde, pois, essencialmente, o paciente é o único que pode efetuar tal mudança (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

A dimensão evocativa busca evocar dos pacientes algo que eles já possuem, ativar sua própria motivação e recursos para a mudança. O paciente pode não estar motivado para fazer o que se quer que ele faça, mas cada pessoa tem objetivos pessoais, valores, aspirações e sonhos. Uma parte da arte da EM é conectar a mudança comportamental com aquilo que os pacientes gostam, com seus valores e interesses. Isso pode ser feito por meio de uma compreensão das perspectivas dos pacientes, evocando as suas próprias razões e argumentos em favor da mudança (MILLER; MOYERS, 2006).

O respeito pela autonomia do paciente envolve a consciência de que os pacientes podem e devem fazer escolhas sobre o curso de suas vidas. Os profissionais podem informar, aconselhar e até advertir, mas, essencialmente, o paciente é quem decide o que fazer. Reconhecer e respeitar essa autonomia também é um elemento fundamental para facilitar a mudança do comportamento relacionado à saúde. Existe algo na natureza humana que resiste a ser coagido e forçado a agir. Ironicamente, às vezes, o reconhecimento do direito e da liberdade do outro de não mudar é o que torna a mudança possível (MILLER; ROSE, 2009).

Segundo Miller (2000) o respeito pela autonomia também se define como apoiar a autoeficácia do paciente, que é um elemento chave na motivação e um bom preditor quanto ao provável resultado do tratamento. Além de ajudar o paciente a desenvolver a percepção de que há um aspecto importante a ser abordado, o objetivo é aumentar a confiança do indivíduo em sua capacidade de lidar com obstáculos e alcançar metas.

O entendimento dos aspectos relativos ao espírito da EM são fundamentais para eficácia do método e obtenção de resultados exitosos, sendo também, primordial a utilização de quatro princípios orientadores na prática da EM, que são: 1. Resistir ao reflexo de consertar as coisas; 2. Entender e explorar as motivações do paciente; 3. Escutar com empatia; 4. Fortalecer o paciente, estimulando a esperança e otimismo (MILLER; ROLLNICK, 2001).

O reflexo ou inclinação que alguns profissionais possuem de consertar certas atitudes de seus pacientes na perspectiva da promoção do bem-estar pode ter um efeito paradoxal. A razão não é que os pacientes sejam fracassados, resistentes ou agarrados a uma nociva negação, em vez disso, deve-se admitir que resistir a persuasão é uma tendência humana, principalmente quando há ambivalência em relação a alguma coisa. Tome-se, por exemplo, o caso dos alcoolistas que sabem perfeitamente que estão bebendo em demasia e

que podem ter consequências adversas, mas gostam de beber e não consideram que tem um problema (MILLER; ROLLNICK, 2001).

Nesses casos, se o profissional defende uma mudança necessária e o paciente resiste argumentando contra, não se deve verbalizar bons argumentos e vantagens para a mudança de atitude, a EM orienta a evocar as motivações do próprio paciente para que este se conscientize que deve seguir o caminho mais adequado, ou seja, o terapeuta deve suprimir aquilo que pode parecer o mais correto a fazer e assim deixar o paciente emanar suas motivações, este é o reflexo de resistir a consertar as coisas (ROLLNICK; MILLER, 1995).

As motivações do paciente são as razões para mudar e que são mais prováveis de desencadear a mudança de comportamento. Na EM age-se de um modo que se evoque as percepções do paciente sobre sua situação atual e sua motivação futura, não se deve dizer o que fazer. Este processo não precisa ser prolongado como possa parecer, pode ser feito dentro de um tempo normal de uma consulta ou atendimento (ROLLNICK; MILLER, 1995).

O estilo de comunicação é outro aspecto importante na prática da EM. O termo “estilo” capta adequadamente essa abordagem estratégica de ajudar os pacientes. Um estilo de comunicação se refere a uma postura, um modo de conversar com o cliente que caracteriza o relacionamento com este. Diferentes estilos de comunicação são usados para propósitos diferentes, assim, cada situação deve ser analisada em particular (MILLER; ROLLNICK, 2013).

Miller e Rollnick (2013) definem três estilos de comunicação que seguem em um contínuo: Direcionar, Guiar/Orientar e Acompanhar. Direcionar implica na postura “*Eu sei o que é melhor pra você, portanto faça o que eu estou dizendo e tudo dará certo*”. Nesse estilo o profissional assume o controle, o que implica em um relacionamento desigual com relação ao conhecimento, experiência, autoridade ou poder. Um estilo diretivo parece adequado para inúmeras situações em que o paciente depende das decisões, ações e conselhos do profissional.

Guiar/Orientar está diretamente ligado com ser um bom ouvinte e participar da conversa de forma colaborativa sem querer impor uma idéia. Um orientador ajuda a encontrar o caminho, porém determinar o que se quer enxergar ou fazer não está dentro da autoridade do orientador. Um bom orientador sabe o que é possível fazer e pode oferecer alternativas para se optar. O oposto de Direcionar é Acompanhar em que o terapeuta está interessado no que o paciente está falando sem impor um curso de ação que não seja apropriado ao momento pessoal daquele indivíduo, ou seja, no estilo de acompanhar a escuta predomina (MILLER; ROLLNICK, 2013).

Os autores afirmam que não há evidência de que um estilo é melhor que o outro, mas é sabido que o estilo de Direcionar é o menos eficaz. O estilo de Direcionar pode funcionar em momentos muito específicos como, por exemplo, quando é necessário explicar a maneira mais adequada de tomar uma medicação. Cada estilo depende das circunstâncias e do contexto. Quando o foco é a mudança de comportamento, o estilo de Guiar ou Orientar é provavelmente o melhor, porque, acima de tudo, incentiva e oportuniza o amadurecimento.

A comunicação bem-sucedida envolve além da transmissão de conhecimento e do uso adequado dos estilos de comunicação, o uso de habilidades interpessoais, tais como informar, perguntar e escutar. O processo de informar está no centro da troca de informações e da sintonia com o cliente, pois por meio deste é possível melhorar a compreensão do paciente e chegar a um consenso sobre o problema em questão (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

Para informar dentro da EM há duas estratégias:

1. Informar-verificar-informar (chunk-check-chunk): o profissional fornece algumas informações, verifica se o paciente entendeu e fornece mais informações. O valor está em verificar de forma respeitosa para ver se o paciente entendeu antes de avançar para as próximas informações. No uso do estilo de orientação, a etapa de verificar envolve um pouco mais que perguntar “entendeu?”. No lugar disso, deve-se buscar a perspectiva do paciente. Esse ritmo de buscar as respostas dos pacientes entre as informações é adequado, por várias razões; pois continua a envolver os pacientes no seu tratamento, transmite paciência e respeito e ajuda a detectar mal entendidos surgidos (MILLER, 2000).

2. Evocar-fornecer-evocar: essa expressão proporciona uma diretriz diferente para a troca de informações. O valor está em extrair dos pacientes aquilo que eles precisam e querem saber, de forma crítica. Isto enfatiza o envolvimento ativo dos pacientes em seu tratamento e visa aumentar a motivação para mudar o comportamento (MILLER, 2000).

Segundo Meyer *et al.* (2010) existem cinco estratégias descritas por Miller e Rollnick que também devem ser observadas no contexto da prática e usos da EM, as quais se encontram dentro de alguns dos princípios já mencionados para o uso adequado da técnica, são estas:

1. Expressar empatia e aceitação, ou seja, empatia significa aceitação e entendimento das perspectivas e sentimentos do outro, sem julgamentos ou avaliação;

2. Desenvolver discrepância: isto é, perceber diferenças entre uma situação atual e posteriores mudanças;

3. Evitar argumentação: quando o paciente recusa completamente uma tarefa, é o momento de parar e modificar a estratégia;
4. Trabalhar com a resistência: implica em discutir com o paciente em prol da mudança;
5. Apoiar a alta-eficácia: significa estimular a crença das pessoas nas suas habilidades, o que pode levá-las a um comportamento específico.

Assim, o entendimento e exploração das próprias motivações dos pacientes, o empoderamento destes, o encorajamento para a esperança e o otimismo ajudam o terapeuta a promover colaboração para com o cliente reduzindo a resistência.

Diante do exposto, torna-se notável que não se pode aplicar EM sem a compreensão de que os pacientes são responsáveis por suas próprias escolhas, e que devem usar sua própria motivação, energia e comprometimento, ou seja, os pacientes fazem escolhas e não se pode tirar isso deles, o que se pode fazer é ajudá-los a escolher aquilo que é melhor para eles.

A exploração dos próprios argumentos do paciente, tão enfatizada no uso da EM, é embasada pela Teoria da Dissonância Cognitiva de Festinger, que se fundamenta na ideia de que quando é o próprio paciente que verbalmente justifica a mudança ou adesão a um comportamento, este estará mais predisposto a seguir em frente. Tal conceito serviu de base para o desenvolvimento de uma das importantes estratégias da EM, a Discrepância, anteriormente mencionada, a qual é simplesmente definida como uma dissonância entre o atual estado das coisas e como se pretende que seja futuramente. Quando o paciente percebe essa discrepância tem a oportunidade de responder de diferentes maneiras, uma delas é mudar o comportamento (ROLLNICK; MILLER, 1995).

A abordagem centrada no cliente de Carl Rogers também forneceu subsídios para o desenvolvimento da EM, pois é orientada para objetivos e intencionalmente focada no cliente, em que o terapeuta seleciona e responde seletivamente com foco específico no aumento da motivação. Rogers estimou que empatia precisa, congruência e considerações positivas são elementos e/ou condições terapêuticas críticas para criar uma atmosfera de segurança e aceitação em que os clientes são livremente explorados e modificados. Estes fatores relacionados mostraram-se fortes preditores na promoção de mudanças e comportamentos positivos (MILLER; ROSE, 2010; ROGERS, 1956).

As condições pontuadas por Rogers embasaram os idealizadores da EM a descreverem elementos a serem considerados na promoção da motivação durante a prática clínica, são estes: Parceria, Aceitação e Compaixão. A Parceria é observada quando o

terapeuta estabelece uma relação de dupla com o paciente e não assume uma atitude hierarquizada, sendo assim, a EM é realizada com o paciente e não no paciente (MILLER; ROLLNICK, 2013).

A aceitação envolve quatro itens: 1. Valor Absoluto: que é genuinamente acreditar que todo ser humano tem potencial e a crença de que o paciente é essencialmente confiável; 2. Autonomia: que é respeitar o direito do paciente em decidir o seu próprio caminho; 3. Empatia Genuína: que envolve entender a perspectiva interna do outro e ver o mundo por meio dos olhos do paciente; 4. Afirmação: que é chamar atenção para os pontos fortes e esforços do paciente. Compaixão significa a sensação e o real desejo que o sofrimento do outro termine (MILLER; ROLLNICK, 2013).

De acordo com Meyer *et al.* (2010) existem três habilidades comunicativas básicas que possibilitam sobremaneira trabalhar os elementos supracitados e os estilos de comunicação outrora mencionados, são estas: perguntar, escutar e informar. Essas habilidades rotineiramente são utilizadas pelos profissionais de saúde em suas consultas, e o uso adequado desses instrumentos aumenta a liberdade para conduzir a consulta de um modo produtivo e eficiente. Segue uma breve definição de cada habilidade.

Perguntar denota a intenção do profissional em desenvolver uma compreensão sobre o problema do paciente. Escutar demonstra uma verificação se o profissional entendeu a pessoa corretamente e também transmite a ideia de que o que o paciente está dizendo é importante. A boa escuta é um processo ativo e quando bem utilizada estimula o paciente a explorar e a revelar mais, sendo isto feito em um período surpreendentemente curto. Informar é o principal veículo para transmitir conhecimento para o paciente sobre sua situação e seu tratamento. O profissional geralmente informa o paciente sobre uma variedade de fatos, diagnósticos e recomendações e quando a informação não é fornecida adequadamente, pode resultar em má adesão ou olhares indiferentes (MEYER *et al.*, 2010).

Ainda dentro da habilidade escutar, Miller e Rollnick (2009) afirmam que se pode observar um tipo específico de escuta a qual se denomina “Escuta Reflexiva” e que também faz parte das técnicas básicas da EM. Neste tipo de escuta o mais importante não é o que o terapeuta fala e sim o que o paciente se escuta dizendo. Para tanto, o terapeuta deve se imaginar como um espelho que reflete de volta o que lhe foi dito. O terapeuta emite uma hipótese sobre o significado do que o paciente falou e exprime essa hipótese na forma de uma declaração. Existem três níveis básicos de Escuta Reflexiva:

1. Reafirmar: o terapeuta apenas repete o que o paciente afirma.

2. Refrasear: ao constatar que o paciente discorda ou que se sente incomodado, o terapeuta deve permitir explorar melhor a situação ao invés de resistir. Pode-se usar as palavras do paciente, porém de forma ligeiramente diferente.

3. Reinterpretar: este é um nível mais elevado de reflexão que se torna mais fácil quanto mais o terapeuta utilizá-lo. O importante é enfatizar aspectos emocionais da comunicação por meio de declarações de sentimentos. Necessariamente deve incluir o que o paciente está sentindo e para onde a conversa sobre a mudança ou comportamento está indo.

Assim, as habilidades exploradas apesar de parecerem simples e básicas, se utilizadas da maneira adequada no alcance dos objetivos do paciente se tornam habilidades altamente especializadas. A escolha precisa das palavras, juntamente com a linguagem corporal, o uso do silêncio e a atmosfera geral da consulta, pode ser uma ferramenta poderosa. A maneira como o profissional se comunica com o paciente pode ter um efeito real não apenas em como eles se sentem, mas naquilo que fazem e na sua saúde.

A EM é mais do que um conjunto de técnicas e seus usos e aprendizado devem ser feitos em uma escala progressiva, por meio de leitura, treinamentos básicos e avançados, devendo ser ressaltado que a clareza sobre o que é a EM promove garantia de qualidade na investigação científica e prática clínica.

Diferenciar a EM do Modelo Transteórico de Mudança (MTT) se faz mister pela semelhança e confusão que pode ser causado no entendimento e aplicabilidade de ambos. Deve ficar claro que a EM não é baseada neste modelo, Miller e Rollnick (2009) acreditam que a confusão exista, pois a EM e o MTT, cujo componente mais conhecido são os Estágios de Mudança, iniciaram seus estudos em meados dos anos 80, sendo ambos apresentados em 1984 no *Third International Conference on Treatment of Addictive Behaviors*. O MTT tem o foco em como e porque ocorrem mudanças, enquanto os estágios de mudança permitem que a intervenção seja ajustada ao nível atual de prontidão para a mudança. A EM é um método clínico específico para aumentar a motivação para a mudança, em que não é necessário categorizar os estágios de mudança.

O uso da EM como estratégia para aumentar a motivação, maximizar as taxas de respostas ou o compromisso do paciente diante de um tratamento ou comportamento de saúde é altamente recomendável e pontua resultados bastante promissores como pode ser observado nos desfechos de vários estudos desenvolvidos com o uso da técnica.

Existem pelo menos cerca de 200 ensaios clínicos a respeito da EM em diferentes áreas da saúde, como por exemplo na aquisição de comportamentos de saúde (HEATHER;

ROLLNICK; BELL; RICHMOND, 1995), na adesão ao processo terapêutico (DALEY; ZUCKOFF, 1998; LINCOURT; KUETTEL; BOMBARDIER, 2002), na adesão a dietas (BERG-SMITH et al, 1999), na redução do uso de drogas (STPHENS; ROFFMAN; CURTIN, 2000; DONAVAN *et al.*, 2001; STPHENS *et al.*, 2004), na redução do uso do tabaco (BROWN *et al.*, 2003), em portadores de diabetes (BURKE *et al.*, 2002) e outros.

Os resultados dos estudos têm demonstrado vantagens e achados benéficos no uso da EM quando se comparam os achados com grupos que não utilizaram o método. Grenard et al (2006) analisou 17 ensaios clínicos sobre Entrevista Motivacional em adolescentes (13 a 18 anos) e adultos jovens (19 a 25 anos) usuários de álcool e outras substâncias psicoativas. A revisão revelou achados apontando para a eficácia da entrevista motivacional nos estudos, havendo a prevalência de 29% dos estudos com nítidas vantagens na redução do consumo de álcool pela população associado à EM.

Segatto *et al.* (2011) estudou adolescentes e adultos-jovens dependentes de álcool e comparou achados na redução da dependência e consumo da substância por meio do uso da EM como técnica isolada e uso da entrevista associada com uma brochura educacional (técnica educativa). A EM isoladamente não demonstrou mudanças tão significativas na redução do consumo, porém quando associada com a brochura educacional foi eficaz na redução do consumo de álcool, o qual ficou em torno de 50%, contra 29,7% inicialmente.

Meyer *et al.* (2010) verificou os efeitos da Entrevista Motivacional (EM) associada a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) na redução dos sintomas do Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) em comparação com um grupo que foi submetido apenas a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). O grupo que foi submetido à associação das duas técnicas (TCC+EM) demonstrou melhora significativa nas dimensões relativas à agressão e contaminação comparado com o grupo que usou apenas a TCC. As dimensões dos sintomas da doença foram mensuradas por meio da *Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS)*. De acordo com a escala, as dimensões agressão e contaminação passaram de 5,5 para 2,7 e 6,5 para 2,4, respectivamente, no grupo submetido apenas a TCC. No grupo que utilizou TCC e EM, os valores foram de 5,5 para 1,5 na dimensão agressão e de 6,5 para 0,6 na dimensão contaminação. Assim, verificou-se que a EM pode sinergicamente ampliar os efeitos de outros tratamentos com efeitos bastante promissores.

A aplicação da EM em situações que envolvem enfermidades crônicas, tais como diabetes, hipertensão, doenças cardíacas e os diferentes tipos de câncer é de grande valia também, pois estas enfermidades estão fortemente ligadas a comportamentos e estilos de vida,

podendo ser prevenidas por meio de mudanças comportamentais e atitudes adequadas em relação à saúde.

A atitude ou comportamento adequado é um componente fundamental de muitos riscos à saúde, desde o tabagismo, dieta inadequada, etilismo até a prevenção de doenças infecciosas. No século atual, cada vez mais, o tratamento de saúde envolve o controle das condições a longo prazo e o que se pode fazer para otimizar esse processo. Assim, é difícil pensar em um ambiente de tratamento ou um problema de saúde em que a mudança de comportamento e atitude positiva do paciente não seja uma contribuição potencialmente importante para a prevenção, o tratamento ou a manutenção da saúde.

Em 1990, quando a EM começou a ser testada no contexto de doenças crônicas em que a motivação do paciente é um desafio comum, verificou-se desfechos favoráveis ao se comparar com os tratamentos usuais, assim, conseguiu-se que houvessem mais adesões a tratamento glicêmicos, a prática de exercícios físicos, consumo de frutas e verduras, realização de mais mamografias (MILLER; ROLLNICK; BUTLER, 2009), ou seja, comportamentos e atitudes fundamentais no controle e prevenção de enfermidades crônicas (diabetes, hipertensão, câncer de mama e outras).

No que concerne às ações voltadas para prevenção e detecção precoce de doenças crônicas, em especial o câncer de mama, foco deste estudo, destaca-se no contexto da prática da EM o olhar direcionado para os fatores e atitudes comportamentais a serem seguidas pelos pacientes e que devem ser trabalhados pelos profissionais com ênfase na motivação e argumentação positiva por parte do paciente para que estes consigam desenvolver ou mesmo manterem um comportamento adequado em relação à prevenção e detecção precoce da doença.

A produção científica envolvendo entrevista motivacional e ações relacionadas ao câncer de mama é insipiente. Ao se realizar uma busca com os termos *breast neoplasms and motivational interviewing* na base de dados do PubMed existem poucos artigos que abordam o uso da técnica no contexto da neoplasia da mama (GORIN *et al.*, 2006; SWENSON; NISSEN; HENLY, 2010; THOMSEN *et al.*, 2010), os quais minimamente abordam ações preventivas, mudança de comportamento, adesão a tratamentos e exames de detecção da doença, eixos que podem ser tão bem trabalhados no uso da entrevista motivacional.

Diferente da abordagem em câncer de mama, o método da EM vem sendo bastante utilizado no universo da enfermagem, sendo encontrados cerca de 198 artigos na base de dados PubMed ao se cruzar os termos *nursing and motivational interviewing*, com diferentes usos da técnica, os quais abordam aspectos mais voltados para adesão a diversos

tipos de tratamentos de doenças crônicas, bem como treinamentos de enfermeiros para aquisição de habilidades e formação de expertes no uso da técnica .

Desta forma, enfatiza-se os acréscimos em experimentar esse estilo colaborativo e empático de orientação na prática clínica com vistas a promover o bem-estar do paciente e a mudança de comportamentos relacionados à saúde, devendo-se pensar de forma crítica em como os sistemas de saúde podem ser adaptados para que sejam mais compatíveis com essa abordagem de fortalecimento dos pacientes, uma vez que em diversos problemas de saúde a manutenção de um comportamento adequado ou a mudança deste é um componente vital na prevenção, diagnóstico precoce e tratamento.

6 MÉTODO

6.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo do tipo ensaio clínico randomizado controlado.

Nos ensaios clínicos, o investigador aplica uma intervenção e observa os seus efeitos sobre os desfechos. A principal vantagem de um ensaio clínico em relação a um estudo observacional é sua capacidade de demonstrar causalidade. Isso decorre, em especial, da alocação aleatória da intervenção, que pode eliminar a possibilidade de os efeitos observados serem explicados por diferenças no uso de co-intervenções nos grupos de tratamento e controle ou por vieses na mensuração ou adjudicação dos desfechos (HULLEY *et al*, 2008).

Neste tipo de estudo, o investigador seleciona uma amostra da população, mede as variáveis basais, randomiza os participantes, aplica intervenções e mede as variáveis de desfecho durante o seguimento (HULLEY *et al*, 2008).

Considerou-se para este estudo a variável dependente como sendo:

- O conhecimento e a atitude em relação à detecção precoce do câncer de mama.

Como variáveis independentes elegeram-se:

- Características sociodemográficas (faixa etária, estado civil, escolaridade, ocupação, renda, religião);
- Fatores de risco e de proteção para o câncer de mama (idade da menarca, idade da menopausa, antecedentes obstétricos, amamentação, uso de anticoncepcional oral, doença benigna da mama, hereditariedade);
- Características relativas às informações de educação em saúde fornecidas sobre a detecção precoce do câncer de mama (intervenção educativa).

Os sujeitos da pesquisa foram designados randomicamente para os grupos experimentais ou controle sendo ambos os grupos submetidos a um pré-teste e pós-teste, em que o grupo experimental foi o que recebeu a intervenção. Desse modo, neste estudo em específico, o delineamento seguiu o proposto por Souza; Driessnack e Mendes (2007):

GC	R	O		
GE	R	O	X	O

Onde:

GC - Grupo controle

GE - Grupo experimental

R - Randomização

O - Pré-teste e pós-teste

X - Intervenção

Foi utilizado um grupo controle (GC), o qual não recebeu a intervenção proposta, e um grupo experimental (GE), que recebeu a intervenção proposta (X). Os grupos foram constituídos por mulheres alocadas randomicamente (R).

6.2 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido no serviço de ambulatório de ginecologia do Hospital Militar de Área de Porto Alegre e da Policlínica Militar de Porto Alegre, instituições militares no âmbito do Exército Brasileiro.

O Hospital foi fundado em 1890 por meio do dec. Nº 307 de 7 de abril 1890, tendo sido nomeado diretor à época o Capitão Médico Raimundo Caetano da Cunha. Até o ano de 1906 o Hospital funcionou junto à Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, a partir de então se transferiu para a atual sede da instituição na cidade.

O Hospital é de médio porte e conta atualmente com 128 leitos de internação, havendo atendimento em clínica médica, emergência, unidade de terapia intensiva, maternidade/ginecologia, quimioterapia e centro cirúrgico. Além do serviço de ambulatórios que atende diferentes especialidades médicas como ginecologia/obstetrícia, dermatologia, otorrinolaringologia, neurocirurgia, cardiologia, cirurgia vascular, cirurgia plástica, traumatologia, urologia, psiquiatria, oncologia, gastrenterologia, proctologia e outros.

A missão da instituição é prestar assistência médica hospitalar humanizada e de excelência aos dependentes e servidores do Exército Brasileiro, maximizando o aproveitamento da infraestrutura instalada e otimizando a aplicação dos recursos disponibilizados, sendo reconhecido por proporcionar assistência médica-hospitalar integral e pela atuação como centro de educação, recursos humanos e pesquisa em saúde.

A Policlínica Militar de Porto Alegre foi criada pelo decreto n° 53.565 em 19 de fevereiro de 1964 e é uma Organização Militar de Saúde, cuja finalidade consiste em prestar atendimentos médicos, odontológicos, ambulatoriais e laboratoriais a militares, servidores civis e dependentes de usuários do sistema de saúde do Exército Brasileiro em Porto Alegre e nas regiões adjacentes. É a única organização militar deste tipo na Região Sul do país, registrando diariamente cerca de mil e quinhentos atendimentos.

6.3 População e Amostra

A população do estudo foi composta por mulheres que compareceram ao local do estudo para consulta ginecológica nos meses destinados a coleta de dados.

Os critérios de inclusão para compor a amostra obedeceram aos seguintes requisitos:

- mulheres com idade acima de 18 anos;
- mulheres que compareceram ao local da pesquisa para realização de atendimento em ginecologia.

Como critérios de exclusão elegeram-se:

- mulheres analfabetas;
- mulheres que não possuíam condições de responder às questões expressas pela pesquisa, em razão da idade, nível de consciência ou dificuldade de comunicação.

O critério de descontinuidade do estudo foi vir a óbito durante a intervenção e a coleta de dados.

Após serem aplicados os critérios estabelecidos na população do estudo, as mulheres foram divididas nos grupos intervenção (GI) e controle (GC), sendo selecionadas de forma randômica para compor a amostra.

O cálculo amostral foi feito por meio da seguinte fórmula proposta por Hulley et al (2008):

$$n = \frac{[Z_{\alpha/2} \cdot \sqrt{p_1 \cdot q_1 + p_2 \cdot q_2} + Z_{1-\beta} \cdot \sqrt{p_1 \cdot q_1 + p_2 \cdot q_2}]^2}{(p_2 - p_1)^2}$$

p_1 = proporção de indivíduos com conhecimento e atitude adequada antes do experimento

p_2 = proporção de indivíduos com conhecimento e atitude adequada após o experimento

$q_1 = (1 - p_1)$

$q_2 = (1 - p_2)$

$Z_{\alpha/2}$ = nível de confiança

$Z_{1-\beta}$ = poder

Para o cálculo na fórmula foi considerado o valor p_1 de 50%, o valor p_2 de 70%, pois se espera um aumento de pelo menos 20% no conhecimento e atitude das mulheres após a aplicação do experimento, o nível de confiança foi de 95% e o poder de 80%.

Ao substituir os valores na fórmula obteve-se um total de 182 mulheres que compuseram os dois grupos (GI e GC), sendo 91 mulheres em cada grupo:

$$n = \frac{[0,95 \cdot \sqrt{0,5 \cdot 0,5 + 0,7 \cdot 0,3} + 0,8 \cdot \sqrt{0,5 \cdot 0,5 + 0,7 \cdot 0,3}]^2}{(0,7 - 0,5)^2}$$

n = 182 mulheres

6.4 Randomização

A randomização neste estudo foi realizada por meio de uma sequência aleatória de números computadorizados estabelecidos através de um programa de computador, sendo assim, as integrantes de cada grupo foram alocadas ao acaso para integrá-los.

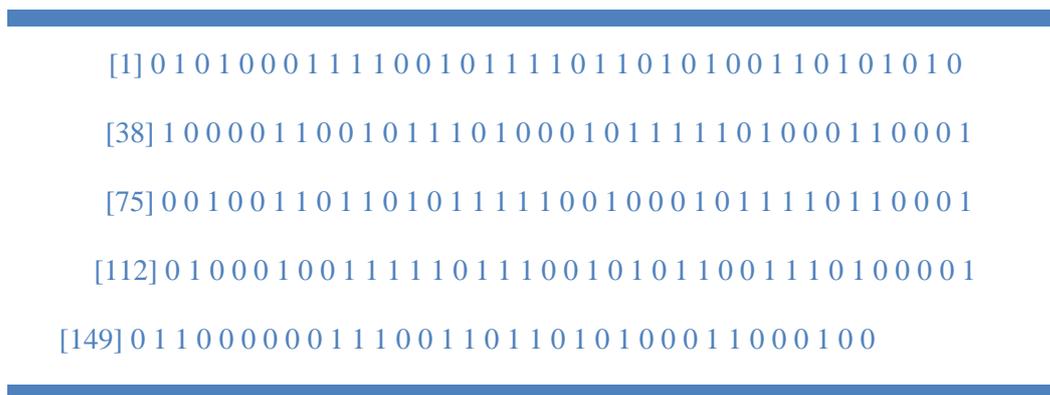
Segundo Hulley *et al.*, 2008 a randomização é a base dos ensaios clínicos, sendo importante que seja realizada de forma correta. As duas características mais importantes da randomização são que ela deve realmente alocar tratamentos aleatoriamente e que as

alocações devem ser invioláveis, de forma que seja impossível que fatores intencionais ou não-intencionais influenciem neste processo.

É fundamental planejar o procedimento de alocação aleatória de forma que os membros da equipe de pesquisa que tenham algum contato com os participantes do estudo não possam influenciar a alocação. Assim, ao ser considerado elegível para ingressar no estudo, o participante é designado aleatoriamente a um grupo, usando um algorítmico computadorizado ou aplicando-se uma série de números aleatórios, tipicamente gerados por computador (HULLEY *et al.*, 2008).

Para alocação das participantes deste estudo nos grupos controle e intervenção a sequência computacional seguida foi a representada na figura 1.

Figura 1 - Ilustração referente à randomização da amostra.



Na sequência apresentada considerou-se o numeral 0 (zero) como grupo controle e o numeral 1 (um) como grupo intervenção.

6.5 Coleta dos Dados

A coleta dos dados foi realizada nos meses de outubro de 2013 a janeiro de 2014.

➤ Instrumento de coleta de dados:

Utilizou-se como instrumento um roteiro de entrevista semiestruturada constituído pelas seguintes partes: (I) dados sociodemográficos; (II) dados relacionados à história pessoal e familiar; (III) conhecimento sobre os exames de detecção precoce do câncer de mama; (IV) atitude em relação aos exames de detecção precoce e (V) condições de acesso à realização dos

exames de detecção precoce do câncer de mama e disponibilização de informação sobre os métodos de detecção (APÊNDICE A).

As variáveis demográficas e socioeconômicas exploradas foram:

- Idade;
- Condição de união;
- Escolaridade;
- Ocupação;
- Renda familiar;
- Religião.

Com relação à história pessoal e familiar elegeram-se como variáveis:

- Idade da menarca;
- Idade da menopausa;
- Ocorrência de gravidez;
- Números de gestações;
- Amamentação;
- Uso de contraceptivo oral;
- Ocorrência de doença benigna da mama;
- Casos de câncer de mama familiar.

O instrumento de coleta utilizado foi adaptado do estudo de Silva (2012) e Marinho *et al.* (2003) e teve como eixo principal o conhecimento e atitude em relação aos exames de detecção precoce do câncer de mama. Realizou-se validação do instrumento por meio de três juízes enfermeiros, doutores em enfermagem e com atuação na área de câncer de mama, para verificar a estrutura e adequação para utilização no estudo.

Os questionários e as entrevistas podem ser avaliados quanto a sua validade (um aspecto de acurácia) e reprodutibilidade (precisão) (HULLEY *et al.*, 2008).

O conceito de validade é abordado como sendo o grau em que um instrumento mostra-se apropriado para mensurar o que supostamente ele deveria medir. Assim, quando se submete um instrumento ao procedimento de validação, na realidade não é o instrumento em si que está sendo validado, mas sim o propósito pelo qual o instrumento está sendo usado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

O processo tem início com a escolha de questões que apresentam validade aparente ou *face validity*, uma avaliação subjetiva, porém importante para saber se os itens estão realmente avaliando as características que o investigador deseja avaliar. Então, são avaliadas a validade de conteúdo ou *content validity* e a validade de construto ou *construct*

validity (HULLEY *et al.*, 2008). Neste estudo, optou-se por trabalhar a validação de aparência ou validade aparente e a de conteúdo (APÊNDICE B).

A validade de aparência ou de face, também considerada uma forma subjetiva de validar o instrumento, consiste no julgamento de um grupo de juízes quanto à clareza dos itens, facilidade de leitura, compreensão e forma de apresentação do instrumento. Trata-se de uma avaliação superficial realizada por aqueles que se utilizarão do instrumento (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008).

A validade de conteúdo é um método baseado, necessariamente, no julgamento. Para esta tarefa é chamado um grupo de juízes ou peritos com experiência na área do conteúdo, ao qual caberá analisar os itens e julgar se eles são abrangentes e representativos, ou, ainda, se o conteúdo de cada item se relaciona com aquilo que se deseja medir (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008).

Após a validação realizada pelos juízes foram realizadas as mudanças sugeridas com relação aos aspectos de cada item identificado, sendo necessária reformulação de algumas perguntas e exclusão de outras até que o instrumento se tornasse factível para aplicação às participantes do estudo.

➤ **Teste piloto:**

Após a adequação do instrumento de coleta de dados realizou-se teste piloto com 10 (dez) mulheres que estavam presentes nos locais de coleta de dados, não sendo as mesmas incluídas na amostra do estudo, como preconizado nos estudos do tipo piloto.

O objetivo do estudo piloto foi analisar o instrumento de coleta utilizado quanto à compreensão dos itens, sendo possível fazer qualquer correção antes do início da coleta de dados com o intuito de melhorar a qualidade do estudo e discutir as dificuldades de entendimento do instrumento. Não foi necessário modificar os itens do instrumento após a aplicação do teste piloto.

Estudos-piloto arrolam um pequeno número de participantes e são conduzidos para orientar decisões sobre como delinear as abordagens de recrutamento, aferições e intervenções. Além de fornecerem ao investigador uma ideia da natureza das populações que se irá abordar e que pode ser importante para o estudo. Podem ser delineados para fornecer dados sobre factibilidade de medidas, reações subjetivas a cada procedimento e algum desconforto que este possa ter causado, e para detectar se houve itens do questionário que não foram compreendidos e se há outras formas de melhorar o estudo (HULLEY *et al.*, 2008)

➤ **Descrição da coleta dos dados:**

De acordo com a randomização das participantes do estudo (Grupo Controle-GC e Grupo Intervenção-GI), a coleta de dados seguiu os seguintes passos:

- 1. Abordagem inicial da participante do estudo realizada na sala de espera para consulta em saúde da mulher (consulta ginecológica). Nesta ocasião, era realizado o convite para participar do estudo, caso a mulher aceitasse, apresentávamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido à mulher para que esta tomasse ciência de todas as etapas do estudo.
- 2. Em seguida, a partir da sequência de randomização computacional a participante era classificada como pertencente ao Grupo intervenção (GI) ou Grupo Controle (GC).
- 3. Após esta divisão, a participante era convidada a acompanhar a pesquisadora até a sala privativa do local de coleta dos dados para que fosse aplicado o instrumento de coleta (1ª etapa – Pré-teste) e realizada as demais etapas do estudo, dependendo do grupo a que pertencesse (GI ou GC).

➤ **1ª etapa-Pré-teste:**

Na sala privativa, para as participantes de ambos os grupos era aplicado o pré-teste, o qual consistia em um instrumento de coleta de dados, anteriormente mencionado, com todas as partes constituintes (I-V) para que se tivesse um conhecimento ou uma linha de base sobre o que as mulheres sabiam a respeito da detecção precoce do câncer de mama e que tipo de atitude possuíam.

Caso a participante estivesse incluída no Grupo Intervenção (GI), após a 1ª etapa (**Pré-teste**), era realizada a intervenção educativa proposta no estudo (**2ª etapa**), a qual se encontra descrita a seguir.

➤ **2ª etapa - Aplicação da Intervenção Educativa:**

Após a aplicação do pré-teste inicial, era entregue à participante o material educativo (folder informativo) contendo as informações relativas à detecção precoce e controle do câncer de mama sendo solicitado que a mesma realizasse a leitura do material

➤ **Descrição do Material Educativo:**

O material educativo utilizado consistiu em um folder com informações relativas ao câncer de mama, formas de detecção precoce e controle da doença. O mesmo foi desenvolvido como parte das publicações do Instituto Nacional do Câncer e do Ministério da Saúde e que fazem parte das ações de abrangência populacional do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama criado em 2011 (ANEXO A).

O folder traz imagens ilustrativas de mulheres em diferentes faixas etárias, mostrando que a doença pode acometer tanto mulheres mais jovens como as que se encontram em idade mais avançada. A abordagem dos aspectos relativos ao câncer de mama e detecção precoce é feita por meio dos seguintes questionamentos:

- O que é câncer de mama?
- Como é possível descobrir a doença cedo?
- Quem deve fazer exames periodicamente?
- E as mulheres com história familiar de câncer de mama?
- O que é exame clínico das mamas?
- O que é mamografia?
- E o que a mulher pode fazer?
- Como a mulher pode perceber a doença?
- O que mais a mulher pode fazer para se cuidar?

Por meio destes questionamentos pode-se possibilitar às mulheres informações, orientações e, por consequência, melhoria no conhecimento daquelas que se encontram em risco de desenvolver a doença para que possam se preservar e descobrir precocemente o câncer de mama caso sejam acometidas por este.

A linguagem utilizada no material educativo é simples e de fácil entendimento já que se destina a população de uma forma geral, estando este material disponível para livre utilização e distribuição na página do Instituto Nacional do Câncer (INCA).

Após a leitura do folder informativo, aplicava-se a técnica da entrevista motivacional (EM), descrita a seguir, com a modalidade de entrevista motivacional breve (EMB) em sessão única individual e de curta duração (20 minutos), apropriando-se das diretrizes propostas e previstas para sua aplicação no contexto do estímulo e motivação para ações benéficas de saúde em relação à detecção precoce do câncer de mama.

➤ **Aplicação da Entrevista Motivacional Breve (EMB):**

A aplicação da técnica de EMB consistiu em:

1. Aconselhar e clarificar os objetivos e a importância do conhecimento, informações e realização pela mulher dos exames de detecção precoce do câncer de mama, além dos benefícios de uma atitude positiva em relação ao controle da doença.

Para isto trabalhou-se com a estratégia de informar-verificar-informar, já anteriormente descrita, pela qual o profissional dá informações, verifica se a pessoa entendeu e fornece mais informações (MENDES, 2012).

2. Após fornecer as informações, eram elucidadas dúvidas e questionamentos que a participante apresentava.

3. Ainda como parte da EMB, abordou-se as vantagens da adesão e realização dos exames de detecção precoce do câncer de mama, através da técnica da Balança Decisacional, em que a mulher apontava as vantagens e desvantagens em conhecer e realizar os exames de controle e detecção precoce do câncer de mama em duas colunas paralelas construídas em uma folha de papel em branco.

Esta técnica é uma das técnicas cognitivo-comportamentais que podem ser utilizadas no contexto da entrevista motivacional e que a partir da comparação entre aspectos positivos e negativos objetiva-se a decisão para a mudança cognitiva do indivíduo para que ele tenha um comportamento e atitude adequados em relação a determinado assunto (KNAPP; LUZ; BALDISSEROTO, 2001). No caso particular deste estudo, esperava-se que com o uso da técnica a mulher julgasse haver mais vantagens e benefícios em relação a sua saúde a partir de um conhecimento adequado e atitude positiva no que se refere ao controle do câncer de mama.

Ressalta-se que como preconizado na maioria dos estudos que utilizam Entrevista Motivacional, foi realizado treinamento específico para a aplicação da EMB com os pesquisadores participantes do estudo. O mesmo foi feito na Pontifícia Universidade Católica-PUC-RS no mês de setembro de 2013, com carga horária de 8h, sob a coordenação da Doutora Elisabeth Meyer da Silva.

A profissional é graduada em Terapia Ocupacional e Psicologia e possui Doutorado em Ciências Médicas: Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, além de formação em Terapia Cognitivo-Comportamental desde 2001 e treinamento avançado em Terapia Cognitiva no Beck Institute (Pensilvânia, EUA), possui formação em

técnicas avançadas de Entrevista Motivacional com treinamento em Albuquerque (EUA) com William Miller e Theresa Moyers.

Durante o treinamento foram abordados aspectos teóricos, conceitos e formas de aplicação da técnica de Entrevista Motivacional. Em seguida realizou-se exercício de fixação dos conhecimentos adquiridos com abordagem prática da técnica por meio de simulações de situações envolvendo pacientes em que poderiam ser aplicadas ferramentas simples e avançadas no uso da Entrevista Motivacional.

➤ **3ª etapa-Pós-Teste Imediato:**

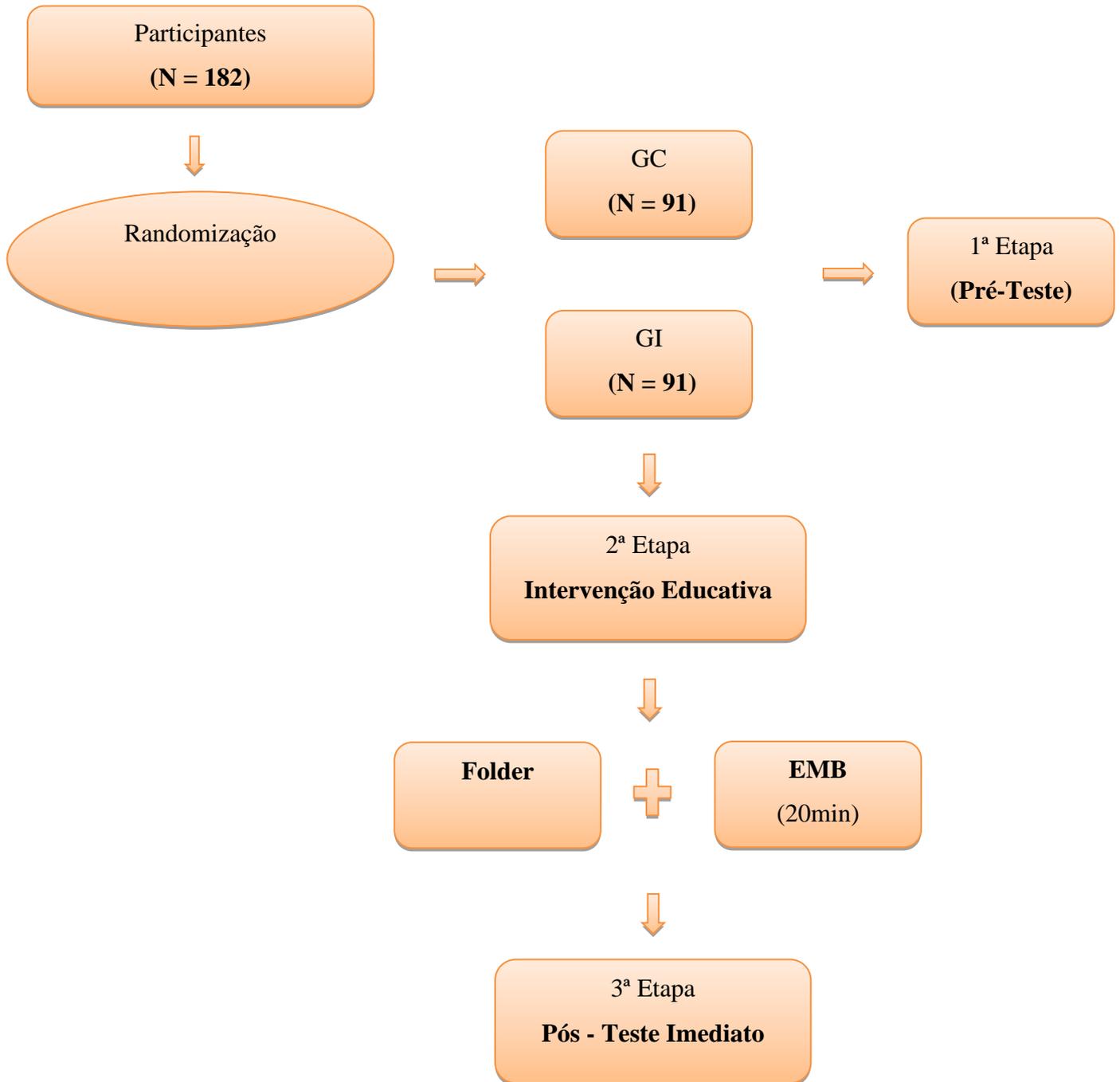
Após a finalização da estratégia educativa, era realizado o pós-teste imediato com as participantes, em que se aplicou apenas as partes III e IV do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A).

O pós-teste foi utilizado como avaliação dos resultados da intervenção aplicada, comparando os achados apresentados pelo grupo intervenção (GI) com os do grupo controle (GC).

O fluxograma da coleta de dados do estudo encontra-se exposto a seguir.

6.6 Fluxograma de Coleta de Dados do Estudo

Figura 2 – Fluxograma da coleta de dados do estudo.



6.7 Critérios para Classificação do Conhecimento e Atitude

Para efeitos de classificação dos níveis de conhecimento e atitude foram considerados os seguintes critérios:

➤ **Conhecimento:**

➤ **Adequado:**

- Quando a mulher referia que era possível detectar o câncer de mama precocemente e que a detecção é feita através da realização dos exames periódicos (exame clínico da mama e mamografia);
- Quando a mulher referiu já ter ouvido falar sobre os exames de detecção precoce do câncer de mama e soubesse definir o que é cada exame e a idade que devem ser realizados.

➤ **Inadequado:**

- Quando a mulher referia que não é possível detectar precocemente o câncer de mama;
- Quando a mulher referia que é possível detectar o câncer de mama precocemente, mas citar outros exames que não o exame clínico das mamas e mamografia para a detecção precoce da doença;
- Quando a mulher referia que nunca ouviu falar dos exames de detecção precoce;
- Quando a mulher referia que ouviu falar sobre os exames, mas não sabia definir o que são os exames e a partir de que idade eles devem ser realizados.

Ressalta-se que para o conhecimento da mulher em relação à detecção precoce do câncer de mama fosse considerado adequado, esta deveria responder corretamente todos os itens referentes ao conhecimento, ou seja, apesar do conhecimento ser adequado em algum item individualmente, a totalidade das respostas corretas é que foi considerada na avaliação final do conhecimento.

➤ **Atitude:**

➤ **Adequada:**

- Quando a mulher relatava que deve realizar os exames de detecção precoce do câncer de mama;
- Quando a mulher apresentava como motivo para a realização destes exames a detecção precoce do câncer de mama, quando referia como motivo o fato de ser um exame de rotina ou ainda quando referia que se sentia motivada a buscar uma saúde adequada para as mamas por meio dos exames de detecção precoce do câncer de mama.

➤ **Inadequada:**

- Quando a mulher relatava que não deveria fazer os exames de detecção precoce do câncer de mama, quando apresentava outras motivações para a realização do exame que não fossem o diagnóstico precoce da doença ou ainda quando referia que se sentia desmotivada para realizar os exames.

6.8 Análise dos dados

Os dados foram compilados e analisados através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0 em busca de relações estatísticas existentes entre as variáveis, sendo calculada média e desvio padrão para as variáveis contínuas, frequências e percentagens para as categóricas.

Para verificar homogeneidade entre os grupos antes de se aplicar a intervenção em relação às variáveis com cálculo de média foi utilizado o teste de Mann-Whitney e para as variáveis categóricas utilizou-se o teste χ^2 de Pearson.

Para comparar os dados relativos ao conhecimento e atitude antes e após a intervenção aplicada foi utilizado o teste χ^2 de Pearson, tendo sido considerado em todas as análises um valor $p < 0,05$ como sendo significativo estatisticamente.

Os dados foram apresentados através de gráficos e tabelas e discutidos com base na literatura existente sobre a temática.

6.9 Aspectos éticos e legais

O estudo foi desenvolvido após devidamente autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (COMPEPE-UFC), sob protocolo nº 369.590 de 23 de agosto de 2013 (ANEXO B).

Respeitou-se a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, e obteve-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas participantes (APÊNDICE C) (BRASIL, 2012).

7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

No estudo foram avaliadas 182 mulheres, as quais foram divididas nos grupos controle (GC = 91 mulheres) e intervenção (GI = 91 mulheres). A homogeneidade dos grupos em relação às variáveis mensuradas foi verificada por meio de teste estatístico específico, já descrito anteriormente. Serão apresentados inicialmente os dados relativos aos aspectos sociodemográficos e de história pessoal e familiar das participantes do estudo, em seguida os dados relacionados às variáveis conhecimento e atitude.

7.1 Dados sociodemográficos e de história pessoal e familiar

A média de idade das participantes do estudo foi de 46,4 anos (DP = \pm 15,4 anos), variando de 18 a 83 anos. A escolaridade, mensurada em anos de estudo, foi de 7 a 20 anos, com uma média de 15 anos dedicados à vida escolar (DP = \pm 3,5 anos). A renda média foi de R\$ 4.357,89 (DP = \pm 2.680,98). A maioria das mulheres possuía companheiro (76,3%) e tinham como ocupação predominante os trabalhos do lar (52,1%). A religião prevalente foi a católica (59,3%), seguida em menor percentual pela religião espírita (14,2%). Tais dados podem ser observados na tabela de número 1.

Tabela 1 - Caracterização da amostra (N=182) de acordo com as variáveis sociodemográficas. Porto Alegre - RS. 2015.

VARIÁVEL	MIN	MÁX	Md (\pm DP)
IDADE	18	83	46,4 (\pm 15,4)
ESCOLARIDADE	7	20	15 (\pm 3,5)
RENDA (R\$)	1.000,00	20.000,00	4.357,89 (\pm 2.680,98)
CONDIÇÃO UNIÃO	N	%	-
COM COMPANHEIRO	139	76,3	-
SEM COMPANHEIRO	43	23,6	-
TOTAL	182	100	-
OCUPAÇÃO	N	%	-
DONA DE CASA	95	52,1	-
ESTUDANTE	10	5,4	-
PROFESSORA	8	4,3	-
AUTÔNOMA	7	3,8	-
SECRETÁRIA	4	2,1	-
APOSENTADA	4	2,1	-
MILITAR	4	2,1	-
ENFERMEIRA	3	1,6	-
DEMAIS	47	25,8	-
TOTAL	182	100,0	-
RELIGIÃO	N	%	-
CATÓLICA	108	59,3	-
PROTESTANTE	19	10,4	-
ESPÍRITA	26	14,2	-
OUTRA	12	6,5	-
NÃO POSSUI	17	9,3	-
TOTAL	182	100,0	-

As mulheres mais atingidas pelo câncer de mama são as que se encontram na faixa de idade entre 45 e 65 anos, havendo uma tendência de aumentar, cada vez mais, o número de mulheres nessa faixa etária em virtude do aumento da expectativa de vida da população (BAIROS *et al.*, 2011).

O Rio Grande do Sul é o Estado que apresenta o maior número de casos de câncer de mama no Brasil, o qual representa 22% dos casos de câncer do país. Nesta região o cenário de acometimento das mulheres não difere do restante das outras localidades, estando as mulheres entre 45 e 65 anos de idade sob maior risco de ocorrência da doença, e, por consequência, são as efetivamente mais atingidas. Entretanto, apesar do aumento da expectativa de vida do país e do envelhecimento populacional, o qual se apresenta de forma mais promissora no Sul, do que no restante do Brasil, a incidência e o número de casos de doença mamária maligna entre as mulheres mais jovens vem aumentando (PEREIRA; SIQUEIRA, 2011).

Até os 40 anos de idade o câncer de mama ocorre de forma rara, 85% dos casos acontecem após os 40 anos. No Brasil, são 56 novos casos de câncer de mama por ano a cada grupo de 100 mil mulheres. No Estado do Rio Grande do Sul esse número quase dobra, são 70 casos anuais/100 mil mulheres, isto significa que a cada 50 mil novos casos surgidos no Brasil, 5 mil ocorrem neste Estado. O índice de cura esperado é de 70% nos casos de câncer de mama em geral, mas neste Estado o índice de cura fica abaixo dos 50%. Esse baixo índice evidenciado deve-se, em parte, à descoberta tardia da doença (RENCK *et al.*, 2014).

Estudo do tipo transversal realizado no Serviço de Oncologia de um hospital público da cidade de Campo Grande, Estado do Mato Grosso do Sul, cujo objetivo foi conhecer o método de detecção e sua associação com o estadiamento do câncer de mama, incluiu 223 mulheres que utilizaram o serviço entre os anos de 1998 e 2003 (BATISTON *et al.*, 2009). No momento do diagnóstico, as mulheres apresentaram idade média de 51,3 anos (DP \pm 12,41), ou seja, superior a 50 anos de idade, o que corrobora com a média de idade das outras regiões do País e com os achados de outros autores (MENKE *et al.*, 2007; TRUFELLI *et al.*, 2008).

A idade, à exceção do sexo feminino, é o fator de risco mais importante para ocorrência do câncer de mama. Assim, o risco do desenvolvimento da doença aumenta com a idade (BATISTON *et al.*, 2009).

No estado do Rio Grande do Sul, por razões ainda desconhecidas, o câncer de mama tem sido a principal causa de mortes por câncer em mulheres jovens (30 - 49 anos de idade) (AGUIAR, *et al.*, 2012).

Apesar de pouco comum em mulheres com idade inferior a 40 anos, quando acometidas pela doença, conforme afirmam Abreu e Koifman, 2002, as mulheres jovens apresentam piores prognósticos, é o que se pode observar no estudo pontuado a seguir.

O estudo de Melo e Silva, Saddi e Momotuk (2002) avaliou marcadores moleculares associados ao câncer de mama em 61 mulheres da cidade de Goiânia. As pacientes apresentaram em média 43 anos de idade ($DP = \pm 5.16$), sendo que das 61 pacientes analisadas, 44 (72%) apresentaram tumores maiores que 3 cm, com predominância do tipo histológico correspondente ao Carcinoma Ductal Infiltrante, com 57 casos (93%), o qual é considerado um tumor em estágio avançado.

O achado deste estudo confirma a tendência da ocorrência de tumores de pior prognóstico em mulheres jovens, e reforça a realidade das mulheres brasileiras, em que de acordo com Paulinelli et al, 2003, aproximadamente 60% das neoplasias malignas da mama são diagnosticadas em estádios III e IV, situação que se apresenta de forma inversa em países como Estados Unidos e Inglaterra, nos quais 80% das mulheres recebem o diagnóstico do câncer de mama em estádios I e II.

A Fundação Oncocentro do Estado de São Paulo (FOSP) reuniu dados obtidos do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) de 42 Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), no estado de São Paulo, no ano de 2009. Foram registrados 27.023 casos de câncer de mama de 2000 a 2005 no sexo feminino (27,2%), tendo-se obtido dados sobre idade e estadiamento em 26.076 casos (TIEZZI, 2013).

Neste levantamento observou-se um predomínio do diagnóstico em estádios avançados nas faixas etárias jovens, sendo as mulheres na faixa de 40-49 anos diagnosticadas com tumores em estágio III (26,5%). Ao somar a taxa de diagnóstico da doença nos estádios IIb (que corresponde à mulheres com tumores maiores que 5 cm ou menores, mas com axila clinicamente positiva); III (tumores localmente avançados) e IV (doença metastática) alcança-se mais de 51,2% dos casos. Este cenário, como já foi dito, é altamente discrepante se a casuística de países desenvolvidos for analisada, pois segundo dados do *Surveillance Epidemiology and End Results* (SEER), do *National Cancer Institute* nos Estados Unidos, entre 302.763 casos registrados de 1988 a 2001, somente 5,6% deles foram diagnosticados no estágio III, 50,6% como 0 e I e 50,3% com tumores menores que 20 mm (T1) (TIEZZI, 2013).

Na cidade do Rio de Janeiro, realizou-se estudo descritivo com o objetivo de retratar a assistência oferecida às mulheres com câncer de mama pelo Sistema Único de Saúde no período de 2000 a 2003, a partir das bases de dados das internações hospitalares e do

atendimento ambulatorial de alta complexidade em oncologia. Em relação à idade, observou-se que o grupo foi composto principalmente por mulheres de 40 a 69 anos, que representaram 67,1% do grupo total, e 29,7% possuíam menos de 50 anos (MAGALHÃES; COSTA; PINHEIRO, 2003).

A comparação das idades dos grupos analisados no estudo mostrou que os casos de câncer de mama com necessidade de hospitalização foram mais jovens do que os demais. A proporção de mulheres com idade abaixo de 40 anos foi próxima a 8% do total de casos. Pacientes mais jovens (abaixo de 29 anos) predominaram no grupo apenas com procedimento hospitalar. Observou-se que existe um percentual não desprezível de mulheres jovens realizando tratamento para câncer de mama, evidenciando que este problema de saúde ocorreu de forma importante nas faixas etárias abaixo de 50 anos, idade para a qual se preconiza o início do rastreamento mamográfico (MAGALHÃES; COSTA; PINHEIRO, 2003).

Em Hong Kong, na China, um estudo encontrou que a porcentagem de mulheres chinesas com câncer de mama com menos de 40 anos de idade foi de 17,6%, em comparação com cerca de 6% em caucasianas norte-americanas. As mulheres chinesas mais jovens apresentaram doença mais agressiva e tumores com características mais avançadas do que aquelas de mais idade (PORTER, 2009).

Estes achados, bem como os dos estudos apresentados demonstram com clareza a necessidade de aperfeiçoamento constante de estratégias que permitam tornar os programas de controle da doença mais eficazes em todas as faixas etárias, além de estimular o desenvolvimento de pesquisas que busquem determinar que fatores de risco relevantes possam estar relacionados com a incidência crescente de câncer de mama em mulheres jovens em vários países com elevadas taxas da doença.

A média de idade das mulheres do presente estudo foi de 46,4 anos ($DP = \pm 15,4$), estando, portanto, na faixa etária de risco de acometimento pela doença, conforme evidenciam os estudos supracitados. Tal achado alerta para a importância de se trabalhar no cotidiano destas mulheres aspectos relacionados ao rastreamento adequado e detecção precoce da doença, uma vez que apresentam um fator de risco associado ao aumento da probabilidade de adoecimento por neoplasia da mama.

Outro fator que instiga o desenvolvimento de ações direcionadas a um maior preparo da população de mulheres estudadas nesta pesquisa para descoberta precoce do câncer de mama é a naturalidade das mesmas, pois sendo natural da Região Sul, estão de acordo com os dados dos estudos realizados com mulheres dessa região, mais propensas ao desenvolvimento da doença em uma faixa etária cada vez mais jovem.

Dessa forma, reitera-se que o planejamento de ações de rastreamento e detecção precoce deve considerar, portanto, a necessidade de incluir não só as mulheres com idade superior a 50 anos, mas também mulheres mais jovens, possibilitando também neste grupo a detecção do câncer de mama em estágios iniciais.

As participantes da pesquisa apresentaram um bom nível de escolaridade, pois ter em média 15 anos de estudo, como foi encontrado, significa que a maioria das mulheres apresentava pelo menos o ensino médio completo.

A detecção precoce do câncer de mama está associada a alguns fatores que, além da oferta dos exames pelos serviços de saúde e das ações voluntárias de busca por esses serviços, podem influenciar a adesão ou não às práticas de detecção. Dentre esses, destacam-se aspectos relacionados à condição socioeconômica, tais como: escolaridade, renda e local de moradia (DOMENIGHETTI *et al.*, 2003).

A influência das variáveis citadas foi verificada por Renk et al, 2014, em estudo que encontrou aumento da realização de mamografia em mulheres com alta renda familiar, boa escolaridade e que residiam na zona urbana. Os autores apontaram como fator significativo o fato de que mulheres com mais anos de estudo teriam melhores oportunidades de informação e de diagnóstico precoce do câncer de mama. Tal achado também foi constatado na pesquisa a seguir.

Uma amostra de 294 mulheres paulistas, com idade entre 20 e 57 anos, sendo 64 funcionárias de hospitais (FH), 146 professoras (P) e 84 funcionárias de escolas ou universidades (FE) foram avaliadas quanto ao conhecimento sobre câncer de mama e de colo do útero. A maioria da população investigada possuía alto nível de escolaridade e atingiu índices de acerto acima de 80% nos itens referentes aos métodos de diagnóstico, especialidades médicas e conjunto de hábitos que ajuda na prevenção do câncer de mama (SILVA; FRANCO; MARQUES, 2005).

Entretanto, apesar de apresentarem bons índices de acertos para os itens citados, o que reforça a influência da escolaridade na aquisição de conhecimento e informação, o estudo exemplificado verificou um achado interessante, pois ao considerar o desempenho geral da amostra percebeu-se que a população investigada não conhecia de maneira satisfatória ou apresentava dúvidas sobre alguns pontos considerados importantes, uma vez que o índice de 65% de acerto para os demais itens relacionados ao câncer de mama não pareceu adequado para a manutenção de um sistema de prevenção e saúde da população sobre o assunto em tela.

Apoiando-se no nível de escolaridade das participantes estudadas, que em sua maioria (88%) possuía 2º grau completo a 3º grau completo, Silva, Franco e Marques (2005)

esperavam um melhor escore geral no teste de avaliação do conhecimento. Os dados desta pesquisa, segundo os autores aumentaram a preocupação quanto à desinformação sobre pontos-chaves para detecção precoce do câncer de mama pela população investigada, pois se esperava que pelo menos as funcionárias de hospitais, que têm maior contato com o tema, tratando de pacientes com a doença, acompanhando/fazendo diagnósticos, entre outras atividades, deveriam ter apresentado escores de acerto mais elevados, o que não ocorreu.

A ausência de conhecimento sobre vários aspectos relacionados ao câncer de mama é preocupante, pois pode estar relacionada ao diagnóstico tardio da doença, enquanto que a probabilidade do diagnóstico precoce ocorrer aumenta na proporção da existência de conhecimento prévio sobre o assunto (CIATTO, 2004).

Estudo epidemiológico seccional que abrangeu 1307 profissionais da assistência de enfermagem de três hospitais públicos do Rio de Janeiro e que objetivou identificar nesta população a associação entre apoio social referido e determinadas práticas de detecção precoce de câncer feminino (citologia vaginal e autoexame das mamas), encontrou 53,9% das participantes referindo ter cursado o ensino médio, ou seja, com uma boa escolaridade relatada (SILVA; GRIEP; ROTENBERG, 2009).

Quanto às práticas de detecção do câncer feminino, os autores observaram que quase 83% das mulheres realizaram o exame de Papanicolau com intervalos entre 1 e 2 anos. Em relação ao autoexame das mamas (AEM), 53,9% das mulheres referiram que realizavam raramente ou às vezes e 36,6% realizavam quase todo mês ou todos os meses (SILVA; GRIEP; ROTENBERG, 2009).

Especificamente em relação à prática do autoexame das mamas (AEM), o estudo encontrou proporções elevadas de não realização do exame, apesar de ter sido delineado com uma população da área da saúde e com um bom nível de escolaridade. Tal achado demonstrou que apesar de possuírem nível de estudo maior e terem conhecimento do exame, como foi relatado pela maior parte das mulheres, estes não foram fatores determinantes para a sua realização, o que se confirmou também no estudo de Monteiro *et al.* (2003), o qual demonstrou que menos de um terço das mulheres realizavam o AEM, embora 96% delas referissem conhecê-lo.

Apesar desses achados sabe-se que quanto maiores forem os níveis de escolaridade, de conhecimento, de informação, de interação social positiva, tem-se uma tendência à maior associação com práticas mais adequadas de rastreamento do câncer de mama (mamografia, AEM e exame clínico das mamas), como observado em estudo que avaliou impacto do apoio social nas práticas de rastreamento do câncer de mama em uma

população de mais de 55.000 mulheres nos EUA, sendo verificadas melhorias nas taxas de realização de mamografia e autoexame das mamas, a partir de um melhor nível educacional e apoio social às mulheres dos serviços de saúde investigados (MESSINA *et al.*, 2004).

Informar às mulheres sobre a sua situação de saúde e empoderá-las para que se tornem autoras de seus cuidados, é uma ação imprescindível no caso do câncer de mama, em que a prevenção primária não pode ser abordada, ou seja, proporcionar tratamento e detecção precoce eficaz é um grande desafio para todos os países, mas em especial para os países em desenvolvimento, devido às características de seus programas de saúde e de suas populações (KNAUL *et al.*, 2009).

Os estudos que avaliam aspectos diversos relacionados ao câncer de mama, em geral, encontram nas populações de sujeitos avaliados baixos níveis de escolaridade (SANTOS; CHUBACI, 2011; SILVA, 2011; LÔBO, 2013; SOUZA, *et al.*, 2013; BRITO; PORTELA; VASCONCELLOS, 2014; OSHIRO *et al.*, 2014) dado os cenários de realização serem inseridos, em sua grande maioria, nos serviços públicos de saúde, os quais atendem em massa uma população de baixa renda e baixo nível instrucional. Entretanto, como vimos, há estudos que demonstraram bom nível escolar de seus participantes, e ainda assim foram observados déficits de conhecimento no que concerne à aspectos relativos ao câncer de mama, o que nos remete a pensar que existe uma soma de variáveis influenciadoras e determinantes da aquisição ou não de conhecimento pela população.

Ressalta-se que a baixa escolaridade, evidenciada na maioria dos estudos, não predominou nesta pesquisa, pois a mesma foi desenvolvida no *locus* de instituições militares de saúde, o que justifica o melhor nível de escolaridade entre as mulheres quando comparado com a maioria das pesquisas realizadas nesta temática.

A população que é atendida nestas instituições é constituída apenas por militares e seus dependentes que fazem jus ao Fundo de Saúde do Exército (FUSEX), um tipo de plano privado de assistência à saúde e que não presta atendimento aos usuários do SUS. Dessa forma, entende-se que a renda e o bom nível socioeconômico desta população estejam associados ao bom nível de escolaridade evidenciado na pesquisa.

A profissão militar independente da Força Armada em que se enquadre (Exército, Marinha ou Aeronáutica) possui o nível salarial definido como soldo militar, o qual é atribuído de acordo com o posto ou graduação que seus militares ocupam, os quais possuem como menor posto, no caso do Exército Brasileiro, o de Soldado e como maior o de General. Neste estudo, trabalhou-se com mulheres militares e dependentes de militares dos mais diversos postos, o que permitiu uma grande variação salarial pela amostra, sendo encontrada

uma renda mínima de R\$: 1.000,00 e uma renda máxima de R\$: 20.000,00, com uma média de R\$: 4.357, 89 (DP \pm 2.680,98), a qual é considerada uma boa renda familiar.

É sabido que indivíduos com melhores condições socioeconômicas, de maneira geral, tem acesso facilitado a serviços de saúde e testes de rastreamento para doenças. Essa comprovação também ocorre no caso de acesso aos exames de detecção do câncer de mama, pois o maior acesso a programas de rastreamento para detecção precoce, com maior cobertura de realização de exame clínico das mamas e mamografia é observado em indivíduos usuários de serviços privados de saúde, com alta renda familiar, boa escolaridade e residentes na zona urbana (GODINHO; KOCH, 2004).

Os serviços privados são responsáveis pela maioria dos exames realizados e fornecem mais condições de busca por uma assistência de saúde de melhor qualidade. A população atendida pelo setor público esbarra na problemática da demanda excessiva, o que não permite uma atuação satisfatória e implica em baixa cobertura de exames e rastreamento, além de outros problemas que também contribuem para a assistência deficitária da clientela, tais como falta de mamógrafos, aparelhos sem condições de funcionamento, deficiência de profissionais especializados e longo tempo de espera para realização de exames e consultas (AMORIM *et al.*, 2008).

O panorama de assistência à saúde das mamas delineado no Brasil, e que considera renda e condição sócio financeira como determinantes do atendimento em saúde se assemelha ao de outros países latino-americanos, pois ao explorar que características socioeconômicas e demográficas influenciavam na realização de mamografia em mulheres colombianas, um estudo avaliou um total de 53.521 mulheres com idade entre 40-69 anos e encontrou que a maioria das mulheres com prática relatada de autoexame das mamas e exame clínico apresentavam excelente estado de saúde, inscrição no regime especial ou contributivo de assistência à saúde, viviam em área urbana, possuíam elevado nível educacional, estavam empregadas e com elevado nível de renda. O teste Qui-quadrado mostrou que todas as características sociodemográficas e econômicas foram estatisticamente associadas à frequência de rastreamento mamográfico (FONT-GONZALEZ; PIÑEROS; VRIES, 2013).

Ainda sobre o estudo colombiano, verificou-se uma probabilidade duas vezes maior de *screening mamográfico* entre as mulheres com idade entre 40-49 anos, com alto nível educacional e alta renda; para as mulheres com o mais elevado índice econômico encontrado, a probabilidade foi 3,8 vezes maior do que as mulheres de baixos níveis educacionais e de renda.

Na Europa e nos Estados Unidos, o maior número de *screening mamográfico* entre as mulheres de alto nível socioeconômico também foi reportado (AARTS *et al.*, 2011). Na América Latina, destaca-se que mulheres jovens com menor escolaridade e nível econômico, recorrem ao exame clínico das mamas significativamente menos que mulheres com melhores condições financeiras. Ao considerar uma visão geral da cobertura e abrangência dos programas de rastreamento nesses países, em relação aos exames mamográficos, por exemplo, apesar dos bons achados em mulheres com maior favorecimento socioeconômico, nos últimos anos percebeu-se de forma mais ampla, uma cobertura reduzida em mulheres de 40-49 anos independente da renda, sendo a situação consideravelmente pior nos estratos menos favorecidos da população (KNAUL *et al.*, 2009).

Quanto menor a quantidade de mulheres englobadas pelos programas de rastreamento e controle do câncer de mama, em maior estado de alerta devem estar os agentes envolvidos no desenvolvimento de ações e estratégias que visem intervir concretamente nesta realidade, tais como profissionais de saúde, instituições públicas e organizações não-governamentais diretamente associadas ao controle da doença.

A falta de sensibilização das mulheres para a detecção precoce do câncer de mama destaca-se como ponto crucial a ser observado na tentativa de incrementar melhorias nas ações de controle da neoplasia da mama. Existem grandes deficiências no que concerne à informação sobre o câncer mamário não somente na população geral de baixa renda, mas também entre os estratos populacionais com melhor nível educacional, inclusive entre os próprios provedores de serviços de saúde. Assim, os países latinoamericanos enfrentam um grande desafio para ampliar a detecção precoce do câncer de mama, com a oferta de programas exitosos de rastreamento e, conseqüente, redução da proporção de casos detectados em fases tardias. A experiência canadense nesta estratégia demonstra que o sucesso no controle do número de casos da doença está além da informação adequada, no monitoramento também de componentes específicos, em particular os programas de rastreamento (RAMIREZ-SÁNCHEZ; NÁJERA-AGUILAR; NIGENDA-LÓPEZ, 1998).

Os resultados bem sucedidos dos países europeus no controle das taxas de combate à doença maligna da mama levou a *Breast Health Global Initiative* (BHGI) a realizar três cúpulas mundiais para desenvolver diretrizes com base em evidências, que fossem economicamente viáveis e culturalmente apropriadas para serem usadas nas nações com recursos de cuidados de saúde limitados com vistas a melhorar os resultados e abordagens ao câncer de mama. A primeira ocorreu em Seattle, Washington, 2002 e voltou-se para redução das disparidades de saúde; a alocação de recursos baseada em evidências foi o

tema de discussão da segunda cúpula ocorrida em Bethesda, Maryland, 2005 e a implementação de uma diretriz relacionada ao câncer de mama em países de baixa e média renda ou em desenvolvimento foi discutido em Budapeste, Hungria, 2007 (ANDERSON; CAZAP, 2009).

A BHGI considerando todas as discussões realizadas desenvolveu um modelo ou consenso aprovado pelo *Institute of Medicine* (IOM) para criar diretrizes sensíveis em termos de recursos para a detecção precoce do câncer de mama, diagnóstico, tratamento e sistemas de cuidados de saúde em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. A necessidade observada de desenvolver diretrizes de prática clínica voltadas para estes países considerou especificamente a adaptação aos recursos de saúde existentes, pois diretrizes baseadas em evidências delineando estratégias ótimas para a detecção do câncer de mama, diagnóstico e tratamento apesar de estarem sendo bem desenvolvidas e disseminadas em vários países desenvolvidos e com altos recursos, encontram dificuldades de serem aplicadas em países menos desenvolvidos, devido alguns fatores que incluem recursos humanos inadequados, infra-estrutura de cuidados de saúde limitado, falta de medicamentos e as próprias barreiras culturais (ANDERSON; CAZAP, 2009).

No que se refere à condição de união das participantes do estudo encontrou-se na amostra (N=182) 139 mulheres (76,3%) com companheiro e apenas 43 (23,6%) sem companheiro, o que corrobora com a maioria dos estudos relacionados à problemática do câncer de mama, estejam estes associados a fatores relativos à doença, diagnóstico e tratamento ou a aspectos preventivos e de detecção, ou seja, nas diferentes temáticas abordadas verifica-se um maior percentual de mulheres que possuem um cônjuge (CUNHA *et al.*, 2002; BRITO *et al.*, 2004; MACIEIRA *et al.*, 2007; XAVIER *et al.*, 2008; ARAÚJO *et al.*, 2010).

Este achado ergue-se positivamente no contexto do câncer de mama, pois a presença do companheiro torna-se fundamental no universo que permeia as diferentes abordagens e percepções que envolvem a feminilidade da mulher acometida pela neoplasia da mama e que podem implicar em mudanças que afetam a relação familiar, marital e social. Não obstante a isso, até mesmo quando se considera trabalhar a prevenção secundária da doença mamária, espera-se resultados mais promissores pela presença do cônjuge no ambiente de vida da mulher, já que a figura masculina, muitas vezes, é sinônimo de apoio e estímulo para estas mulheres.

O câncer de mama e a proposta de articulação entre os níveis individual e familiar foram discutidos em estudo que associou avaliação psicossomática na neoplasia da mama e as

influências individuais e familiares. Os autores ressaltaram a ideia de família como um grupo cujos membros possuem laços psíquicos, e este como um espaço simbólico para cada membro, de maneira que as relações e representações fluam através dos vínculos entre os componentes. Assim, pode-se pensar na família como aquela capaz de amparar as dificuldades e angústias de cada membro, colaborando para que o sujeito melhor reaja, elaborando de maneira mais eficaz suas angústias, estruturando com isso seu aparelho psíquico e a sua própria constituição como indivíduo (FILGUEIRAS *et al.*, 2007).

Os resultados obtidos em estudo que avaliou o câncer de mama na percepção de mulheres mastectomizadas revelaram que no eixo da percepção da rede de apoio social, a importância da família foi evidenciada pelas entrevistadas como grande fonte de suporte, apoio e carinho no momento da notícia do diagnóstico e da cirurgia de mastectomia. As vivências positivas frente à doença estiveram ligadas, principalmente, às mudanças de valores e atitudes, sendo a família em geral e o cônjuge a principal rede de apoio relatada pelas mulheres (MEZZOMO; ABAID, 2012).

O significado da rede de apoio para a mulher com câncer de mama é essencial no processo da doença. Neste sentido, a família é considerada como principal fonte de apoio entre os tipos de apoio fornecidos. Dentro dessa perspectiva, a família é vista como fator essencial e inigualável, sendo capaz de compartilhar desejos, incertezas, além de oportunizar todos os tipos de suportes para a mulher que vivencia o câncer de mama (TAVARES; TRAD, 2009).

A presença do cônjuge, um dos componentes da célula familiar, como importante provedor de apoio social para mulheres que enfrentam o câncer de mama foi destacada em estudo realizado com mulheres mastectomizadas casadas e solteiras, em que se identificou um maior índice de melhores condições de saúde e a presença de maior expectativa de vida entre as mulheres casadas do que entre as solteiras. A explicação para estes achados não foi identificada pelos autores, porém, o suporte emocional proporcionado pelos cônjuges foi percebido de forma bastante positiva, até mesmo na colaboração para a prevenção e melhora do tratamento da doença (SILVA *et al.*, 2007).

Os maridos foram identificados como principais cuidadores de suas esposas durante o tratamento do câncer de mama em estudo com famílias de mulheres com diagnóstico positivo para doença maligna da mama. Ao investigar a influência da mastectomia na vida pessoal e conjugal, ressaltou-se que durante a fase de recuperação da doença, o parceiro sexual foi considerado uma das fontes mais importantes no amparo à mulher. Os autores citam, por exemplo, que mudanças ocorridas no comportamento sexual do

casal foram impostas pela mulher, ao invés do cônjuge, refletindo tanto o medo da rejeição, quanto a perda do desejo sexual (GASPARELO *et al.*, 2010).

Apesar de muitas vezes apresentarem um alto nível de desinformação sobre o câncer de mama, a preocupação e o cuidado dos cônjuges para com as esposas é identificado como incentivo para que as mulheres não desistam do tratamento, no caso das acometidas pela doença, e sigam de maneira correta as orientações e recomendações dadas no que concerne à detecção e diagnóstico, o que contribui qualitativamente para que as mulheres conduzam com qualidade sua saúde frente ao ciclo vital (SILVA, *et al.*, 2010).

No concernente à ocupação das participantes verificou-se na amostra (N=182) um total de 95 (52,1%) mulheres definindo-se como donas de casa, não possuindo, portanto, nenhum vínculo empregatício.

O papel desempenhado pela mulher no seio da família enquanto cuidadora do lar e isenta de obrigações financeiras ainda é encontrado na realidade de muitas famílias, mesmo apesar da inserção cada vez mais crescente da mulher no mercado de trabalho. Os modelos familiares em que a mulher assume exclusivamente a função de cuidadora predominam em muitos lares.

O acometimento pela doença, que no caso do câncer de mama vem acompanhado de uma série de variáveis capazes de influenciar negativamente a vida da mulher em geral, gera uma inversão de papéis, em que a mulher passa de cuidadora a objeto de cuidado, sendo esta transição por diversas vezes intranquila e vivenciada por conflitos. A aceitação da alteração do papel de cuidadora pela mulher se revela como uma tarefa árdua, pois as mesmas são acostumadas, ao longo de toda a vida, a concederem ajuda. Assim, a dificuldade em se aceitarem no papel oposto àquele que sempre desempenharam acaba por gerar uma ferida nos papéis de esposa e de mãe, fortemente associados aos cuidados prestados ao outro (SILVA; SANTOS, 2010).

É possível observar que o câncer de mama além de todos os percalços que carrega é capaz de causar dificuldades para o enfrentamento das alterações produzidas nos papéis sociais da mulher, uma vez que esta na vigência da doença já não pode exercer integralmente as funções a que se dedicava antes de adoecer, sejam estas funções específicas do lar ou de dedicação profissional.

Quanto à religião, foi predominante na amostra (N=182) a religião católica, com 108 (59,3%) mulheres referindo possuir a crença no catolicismo.

A religião é comumente mencionada pelas pessoas quando questionadas sobre como lidam com as mais diversas situações estressantes, sendo essa referência mais frequente

em alguns grupos, tais como idosos e indivíduos com risco de vida. Nas situações em que a vida parece estar fora de controle e nas quais não é possível visualizar nenhuma explicação para os fatos, as crenças e práticas voltadas para o sagrado são capazes de promover sentido e confiança, ao invés de medo e insegurança (PARGAMENT; MAGYAR-RUSSEL; MURRAY-SWANK, 2005).

Nas situações de saúde e doença, a religiosidade pode ser adaptativa e benéfica para o paciente, contudo, o uso positivo ou negativo da religiosidade está relacionado ao modo de lidar com o evento estressor e com as crenças pessoais de cada sujeito. Os fatores religiosos e espirituais têm sido relacionados a diversos aspectos da adaptação ao diagnóstico e tratamento do câncer, indicando sua importância para a saúde e recuperação dos pacientes (FARIA; SEIDL, 2005; PANZINI; BANDEIRA, 2007).

Uma revisão sistemática sobre *coping* ou enfrentamento religioso/espiritual em mulheres com câncer de mama no período de 2006 – 2011 evidenciou que apesar de os estudos não serem conclusivos sobre a relação entre *coping* religioso positivo e bem-estar, foram encontradas evidências de que o *coping* religioso negativo está relacionado a um pior ajustamento psicológico, incluindo depressão e ansiedade (VEIT; CASTRO, 2013).

A partir desses estudos, os autores observaram que a religião e a espiritualidade podem ser recursos importantes para lidar com o câncer de mama ou no caso da busca por estratégias negativas, podem inclusive prejudicar o tratamento e o bem-estar das pacientes.

Com o intuito de verificar a homogeneidade dos grupos controle (GC) e intervenção (GI) desta pesquisa em relação às variáveis sociodemográficas, comparou-se o GC e GI Pré-Teste (GI Pré), utilizando-se os testes de Mann-Whitney para os dados com cálculo de média e o teste χ^2 de Pearson para os dados com valores percentuais. Os testes não encontraram entre os grupos comparados diferenças estatisticamente significantes para estas variáveis, pois o valor p foi superior a 0,05 em todas as análises, sendo, portanto, atendido o critério de homogeneidade para comparação entre os grupos. Tais dados podem ser observados na tabela 2:

Tabela 2 - Comparação entre os grupos controle (GC) e intervenção pré-teste (GI Pré) em relação às variáveis sociodemográficas. Porto Alegre - RS. 2015.

VARIÁVEL	GC				GI PRÉ				VALOR P
	MIN	MAX	M	DP	MIN	MAX	M	DP \pm	
IDADE	20	79	48,57	15,6	18	83	44,24	14,8	0,057*
ESCOLARIDADE	7	20	14,58	3,59	8	20	15,37	3,37	0,128*
RENDA (R\$)	1.000	5.000	4.943,5	10.550	1.000	20.000	4.357,89	2.680	0,639*
CONDIÇÃO DE UNIÃO	N		%		N		%		0,383**
COM COMPANHEIRO	72		79,1		67		73,6		
SEM COMPANHEIRO	19		20,4		24		26,4		
TOTAL	91		100,0		91		100,0		
OCUPAÇÃO	N		%		N		%		0,345**
APOSENTADA	2		2,2		2		2,2		
AUTÔNOMA	2		2,2		5		5,5		
DO LAR	49		54,4		46		50,5		
ENFERMEIRA	0		0,0		3		3,3		
ESTUDANTE	4		4,4		6		6,6		
MILITAR	3		3,3		0		0,0		
PROFESSORA	4		4,4		4		4,4		
SECRETARIA	1		1,1		3		3,3		
DEMAIS	26		27,2		22		24,2		
TOTAL	91		100,0		91		100,0		
RELIGIÃO	N		%		N		%		0,513**
CATÓLICA	60		65,9		48		52,74		
PROTESTANTE	11		13,6		8		11,1		
ESPÍRITA	16		19,8		10		13,9		
OUTRA	2		2,1		10		10,9		
NÃO POSSUI	2		2,1		15		16,4		
TOTAL	91		100,0		91		100,0		

*Teste Mann-Whitney **Teste χ^2 Pearson

Para as variáveis relacionadas à história pessoal e familiar das participantes encontrou-se na amostra (N=182) os dados dispostos na tabela 3.

Tabela 3 - Caracterização da amostra (N=182) de acordo com as variáveis relacionadas à história pessoal e familiar. Porto Alegre – RS. 2015.

VARIÁVEL	MIN	MÁX	Md (\pm DP)
IDADE DA MENARCA	9	18	12,7 (\pm 1,48)
IDADE DA MENOPAUSA	32	60	48,5 (\pm 5,76)
IDADE DA 1ª GESTAÇÃO	14	39	23,15 (\pm 5,084)
TEMPO DE AMAMENTAÇÃO (MESES)	1	48	12,16 (\pm 11,82)
TEMPO DE USO DE ANTICONCEPCIONAL ORAL (MESES)	4	420	137,52 (\pm 98,95)
GRAVIDEZ	N	%	-
- SIM	147	80,7	-
- NÃO	35	19,2	-
TOTAL	182	100	-
AMAMENTAÇÃO	N	%	-
- SIM	121	67	-
- NÃO	26	14,2	-
TOTAL	147	81,2	-
ANTICONCEPCIONAL ORAL	N	%	-
- SIM	50	27,4	-
- NÃO	132	72,5	-
TOTAL	182	100	-
DOENÇA BENIGNA DA MAMA	N	%	-
- SIM	55	30,2	-
- NÃO	127	69,7	-
TOTAL	182	100	-
CA DE MAMA NA FAMÍLIA	N	%	-
- SIM	38	20,8	-
- NÃO	144	79,1	-
TOTAL	182	100	-
GRAU DE PARENTESCO FAMILIAR	N	%	-
-1º GRAU	25	12,6	-
-2º GRAU	13	7,1	-
TOTAL	38	19,7	-

De acordo com a tabela acima, verificou-se uma média de idade da menarca de 12,7 anos (DP \pm 1,48). A média de idade da menopausa foi de 48,5 anos (DP \pm 5,76). A idade média da primeira gestação entre as mulheres foi de 23,15 anos (DP \pm 5,084). O tempo médio de amamentação mensurado em meses foi de 12,16 meses (DP \pm 11,82). Em relação ao uso de anticoncepcional o tempo médio foi de 137,52 meses (DP \pm 98,95). Das 182 participantes, 147 (80,7%) tiveram pelo menos uma gravidez no curso da vida, das quais 121 (67%) amamentaram.

Ao verificar a ocorrência de doença benigna da mama entre as participantes, a maioria das mulheres, 127 (69,7%), referiu não ter tido nenhuma doença da mama de natureza benigna. No que se refere à existência de casos de câncer de mama na família, a maioria, 144 (79,1%) relatou não ter histórico familiar de câncer de mama. Das que possuíam histórico familiar de neoplasia da mama, o maior número de casos, 25 (12,6%), de ocorrência da doença foi em parentes de 1º grau.

A menarca é o indicador de maturação sexual mais comumente utilizado e é influenciada por fatores genéticos e ambientais e, dependendo da idade em que ocorre, pode se associar ao risco de desenvolvimento de enfermidades como obesidade, câncer de mama, enfermidades cardiovasculares, entre outras (VALDÉS *et al.*, 2013).

A menopausa é a fase sexual feminina caracterizada pela interrupção definitiva das menstruações, por exaustão da função ovariana. Ocorre geralmente entre 40 e 50 anos de idade, sendo acompanhada, quase sempre, de manifestações como: afinamento do epitélio vaginal com perda de suas secreções, diminuição das massas mamárias, sensações de calor, além de aumentar o risco de doença arterial coronariana e de câncer de mama, quando se apresenta mais tardiamente (SOUTO *et al.*, 2013).

A idade média da menarca (12,7 anos) e da menopausa (48,5 anos) encontradas no estudo, em tese, não se configura como fatores de risco para o câncer de mama, pois as mulheres pesquisadas não apresentaram como características hormonais presentes menarca precoce (antes dos 12 anos) e menopausa tardia (após os 50 anos).

Esses achados corroboram com os achados do estudo de Barreto, Mendes e Thuler (2012) desenvolvido no Nordeste Brasileiro, em que se avaliou 3.608 mulheres cadastradas na Estratégia Saúde da Família com vistas a acompanhar as ações do Programa “Um Beijo Pela Vida”, visando ampliar a adesão ao rastreamento do câncer de mama no município investigado.

Para o estudo citado a média de idade da primeira menstruação foi 13,7 anos e a da última foi 43,5 anos. Uma pesquisa realizada na região metropolitana de Buenos Aires com 4.041 pacientes verificou aspectos epidemiológicos do câncer de mama e registrou uma média de idade de surgimento da menarca de 12, 5 anos e de 48,6 anos para a menopausa (ELIZALDE *et al.*, 2013).

O *University Hospital West Indies* (UHWI) na Jamaica realizou estudo retrospectivo para avaliar a prevalência e importância clínica do Receptor de Estrogênio (RE) em 243 pacientes tratadas para câncer de mama. Nesta pesquisa o *status* do receptor de estrogênio foi positivo em 125 mulheres que tiveram câncer de mama e negativo em 74. O

status do RE está se tornando cada vez mais importante no campo da pesquisa sobre o câncer de mama devido seu impacto no prognóstico, tratamento e sobrevivência das mulheres diagnosticadas com a doença, principalmente, pelo fato de que é possível identificar com precisão que variáveis clínicas podem ser afetadas pelo *status* do receptor (ALFRED *et al.*, 2012).

No entanto, entre as mulheres investigadas no estudo jamaicano não houve predominância de menarca precoce e menopausa tardia e mesmo assim as mesmas foram acometidas pelo câncer de mama. Apesar de ser conhecida a relação do hormônio estrogênio na gênese do câncer de mama, diante dos achados mencionados, pôde-se inferir que mesmo na ausência de fatores de risco estabelecidos para a doença, ainda assim as mulheres se encontram em risco de adoecimento.

Com o objetivo de avaliar a influência dos fatores hormonais no desenvolvimento da neoplasia de mama em mulheres com idade superior a 40 anos, um estudo realizado no Vale do Itajaí, Sul do Brasil, analisou 484 pacientes com diagnóstico positivo da doença. Os fatores escolhidos para análise foram relacionados com o perfil hormonal e incluíram entre outros a idade da menarca e a idade da menopausa. A maior parte das pacientes (n=280) apresentou menarca acima dos 12 anos e 142 pacientes a tiveram precocemente. A idade da menopausa foi inferior a 50 anos na maioria das pacientes. Somente 77 (28,1%) apresentaram menopausa tardia (EIDT *et al.*, 2011).

A média da menarca do estudo sulista foi de 13,32 anos. Ao associar esse dado com a idade de diagnóstico de câncer de mama entre as mulheres estudadas, os autores encontraram significância estatística entre a menarca tardia e a idade de diagnóstico mais avançada, ou seja, a idade de diagnóstico de câncer de mama foi maior quanto mais tardia foi a menarca. A partir dos dados observados os autores concluíram que a menarca precoce confirmou-se como fator de risco para o aparecimento mais precoce do câncer de mama, aumentando também o risco de ocorrência da doença. A idade da menopausa não apresentou relação estatística com a idade de aparecimento de diagnóstico da neoplasia da mama, mesmo sendo relacionada como um fator hormonal conhecido no aumento do risco para o câncer de mama (EIDT *et al.*, 2011).

Os achados deste estudo reiteram que não se pode definir ao certo os exatos fatores de risco para o desenvolvimento da neoplasia mamária, o que nos leva a pensar que o rastreamento para o câncer de mama deve ser repensado como algo que seja capaz de abranger o maior número possível de mulheres, sendo realizado, até mesmo, antes dos 40

anos e após os 70 anos, pois, desta forma, pode-se diagnosticar mais precocemente os casos de câncer de mama, podendo intervir de maneira mais eficiente no controle da doença.

Diante da verificação de que há fatores conhecidamente envolvidos no risco de surgimento do câncer de mama e de que existem outros ainda não claramente elucidados, a Sociedade Brasileira de Mastologia considera grupos de mulheres com estimativa de risco maior ou menor para o desenvolvimento da doença, o que permite um olhar mais cuidadoso para estas mulheres de acordo com o risco estimado (SBM, 2008).

Segundo a Sociedade Brasileira de Mastologia as pacientes com estimativa de risco para o desenvolvimento de câncer de mama podem ser classificadas em três grupos: o primeiro grupo seriam pacientes com risco muito elevado, (risco relativo maior que 3), e inclui mãe ou irmã ou filha com câncer de mama na pré-menopausa, história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária, história familiar de câncer de mama masculino, antecedente de hiperplasia epitelial atípica ou neoplasia lobular *in situ* e susceptibilidade genética comprovada (mutação nos genes BRCA1 e BRCA2) (SBM, 2008).

No segundo grupo encontram-se pacientes de risco medianamente elevado (risco relativo entre 1,5 e 3) e inclui mãe ou irmã com câncer de mama na pós-menopausa, nuliparidade, antecedente de hiperplasia epitelial sem atipia ou macrocistos apócrinos. O terceiro e último grupo é composto por mulheres de risco pouco elevado (risco relativo menor que 1,5) e abrange menarca precoce, menopausa tardia, primeira gestação a termo após 34 anos, obesidade, dieta gordurosa, sedentarismo, terapia hormonal e consumo excessivo de álcool (SBM, 2008).

Discutidos a idade da menarca e idade da menopausa como fatores de risco para o câncer de mama, enfatiza-se também a relação entre a ocorrência de gestações e a maior ou menor chance de desenvolvimento da doença.

Na pesquisa e de acordo com a tabela 3, obteve-se o maior número de mulheres, 147 (80,7%), com pelo menos uma gravidez no curso da vida, sendo a idade média da primeira gestação entre as mulheres de 23,15 anos (DP \pm 5,084).

A nuliparidade é fator de risco para o câncer de mama, pois a proteção da mama é evidenciada em mulheres com histórico de gravidez e amamentação, assim mulheres que não geraram filhos, não se beneficiam desse efeito protetor. A paridade se apresenta como fator protetor para a doença, desde que, além da amamentação, a primeira gestação ocorra precocemente ou antes dos 30 anos de idade (PENHA *et al.*, 2013).

O número elevado de gestações foi descrito como fator protetor para neoplasia mamária por Tryggvadóttir *et al.* (2001). Os autores citam o fato de que ter tido quatro ou mais filhos é um fator protetor independente para o desenvolvimento de câncer de mama, assim cada nascimento adicional foi associado a uma redução de 8% no risco de desenvolver câncer de mama em mulheres diagnosticadas com idade superior a 55 anos.

A incidência do câncer de mama aumenta 1,7% para cada um ano de aumento na idade do primeiro filho. Para cada ano adicional de espaço entre o primeiro e o segundo filho, o risco de câncer de mama aumenta 0,4%. A redução no risco depois da gestação quando comparada com nulíparas não é imediata, mas leva de 10 a 15 anos para se manifestar (TAMAKOSHI *et al.*, 2005).

Com o objetivo de traçar o perfil socioeconômico, clínico, comportamental e reprodutivo de mulheres do município de São Mateus/Espírito Santo, que vivenciaram o diagnóstico de câncer de mama no período de 2005 a 2010, verificou-se que 87% das participantes do estudo tinham engravidado e que 60% delas teve de um a três filhos. Quanto à idade da primeira gestação, 60% tiveram o primeiro filho na faixa etária de 20 a 29 anos (LEITE *et al.*, 2012).

A primeira gestação anterior aos 30 anos, como no estudo anterior, também não protegeu as mulheres com relação ao aparecimento precoce do câncer de mama no estudo de Eidt *et al.* (2011) que analisou 484 mulheres com diagnóstico de doença mamária maligna.

Apesar de alguns estudos não terem demonstrado associação entre fatores reprodutivos, como a gestação e a ocorrência de câncer de mama, dados clínicos, epidemiológicos e experimentais têm demonstrado que o risco de desenvolvimento de câncer de mama esporádico está fortemente relacionado à função ovariana. Condições endócrinas moduladas pela função ovariana, como a menarca precoce, a menopausa tardia e a gestação, bem como a utilização de estrógenos exógenos, são fatores relevantes para o risco de desenvolvimento do câncer de mama (TIEZZI; VALEJO; PIMENTEL, 2009).

Estudos experimentais têm afirmado que o efeito preventivo da gestação precoce contra o câncer de mama é decorrente da completa diferenciação da glândula mamária e associado ao efeito da fração β da gonadotrofina coriônica humana (β hCG) nas células totipotenciais da mama (*stem cells*). O β hCG é capaz de causar alterações permanentes na expressão de determinados genes. Essa diferenciação celular se mostrou um potente inibidor da iniciação do processo de carcinogênese mamária (RUSSO *et al.*, 2005).

De acordo com a tabela 3, das 147 mulheres do estudo com pelo menos uma gravidez, 121 (67%) amamentaram. O tempo médio de amamentação mensurado em meses foi de 12,16 meses (DP \pm 11,82) ou de um ano e alguns meses.

Um estudo caso-controle realizado no Rio Grande do Sul observou que mulheres que amamentavam seis meses ou mais, tiveram um risco 84% menor de ter câncer de mama em comparação com mulheres que amamentaram por um tempo inferior a esse período ou não amamentaram. A amamentação pode contribuir para o efeito protetor das mamas, pois leva a diferenciação completa das células mamárias, assim como uma renovação do tecido mamário e das células epiteliais (FELDEN; FIGUEIREDO, 2011).

Em relação ao uso de anticoncepcional oral, 132 mulheres (72,5%) não faziam uso de contraceptivo e 50 (27,4%) referiram uso de medicação. O tempo médio de uso de contracepção foi de 137,52 meses (DP \pm 98,95) ou cerca de 12 anos de uso.

Os contraceptivos orais foram lançados no mercado no início de 1960, portanto, estão sendo usados há mais de 50 anos, sendo responsáveis por uma das maiores revoluções dentro da ginecologia e pela mudança do padrão comportamental da mulher moderna. Os contraceptivos orais têm uma eficácia de 99,7% e mais de 100.000.000 de usuárias no mundo. É fato conhecido que o câncer de mama é hormônio dependente e ainda é bastante discutido o papel do uso da anticoncepção hormonal no aumento do risco de câncer de mama (CASEY; CERHAM; PRUTHI, 2008).

Um estudo caso-controle com mulheres entre 30 - 64 anos cujo objetivo foi determinar o risco de câncer de mama entre ex e atuais usuárias de contraceptivos orais, sendo 4575 com câncer de mama e 4682 controles, encontrou um risco relativo de 1,0 para mulheres que estavam fazendo uso de contraceptivo oral e de 0,9 para aquelas que utilizaram previamente o produto. O risco relativo não aumentou com períodos maiores de utilização da medicação ou com maiores doses de hormônio. O uso de contracepção oral por mulheres com história familiar de câncer de mama não se associou ao aumento do risco. O uso de progestágenos como mini-pílulas, medroxiprogesterona de depósito e implante de levonorgestrel também não mostrou aumento do risco de câncer de mama (MARCHBANKS *et al.*, 2002).

As contradições em torno dos contraceptivos e câncer de mama motivaram Schunemann Júnior, Souza e Dória (2011) a realizarem uma revisão dos estudos publicados entre 1997 e 2011 sobre a relação entre o uso da anticoncepção hormonal e o desenvolvimento do câncer de mama.

Os autores do estudo supracitado constataram que trabalhos mais antigos sugerem aumento do risco do câncer de mama com o uso da anticoncepção hormonal, variando o risco relativo de 1,2 a 1,3; entretanto, quase todos os estudos encontrados eram observacionais. Em contrapartida, os estudos realizados a partir de 2002 não observaram maior chance de câncer de mama pelo uso de anticoncepção hormonal. Quanto à ausência de maior risco com uso de anticoncepção hormonal, nos estudos mais recentes, a explicação mais plausível para os autores talvez tenha sido a grande mudança na dosagem e formulação dos anticoncepcionais, pois a dose de etinilestradiol diminuiu de 150 µg para 20 e até 15 µg, os progestágenos são totalmente diferentes e, ainda, há anticoncepcionais só com progestágenos (SCHUNEMANN JÚNIOR, SOUZA E DÓRIA, 2011).

Pesquisa com 245 mulheres, cujo objetivo foi conhecer o impacto da mutação nos genes BRCA1 e BRCA2 sobre o planejamento familiar de pacientes com alto risco para câncer de mama, não encontrou associação entre o câncer de mama e o fato das mulheres nunca terem utilizado contraceptivo oral ou estarem em uso atual (MALUF; MARI; BARROS, 2008).

No estudo mencionado, os casos da doença usaram mais contraceptivos orais antes dos 20 anos (OR de 2,10) e antes de ter seu primeiro filho (OR 1,63). Os riscos foram semelhantes para baixas-doses e altas-doses de contraceptivos orais. A probabilidade de ser portador de mutação nos genes BRCA1 e 2 foi três vezes mais alta entre casos que começaram com o uso de contraceptivo oral prévio aos 20 anos, comparados com casos que começaram em idade de 20 anos ou mais, ou que nunca haviam usado contraceptivo oral. Nenhuma associação foi vista entre mulheres diagnosticadas com a doença e história familiar em parentes de primeiro grau com câncer de mama.

A ocorrência de doença benigna da mama entre as participantes do estudo não predominou entre a maioria das mulheres, pois 127 (69,7%) participantes não tinham apresentado nenhum tipo de alteração benigna da mama, havendo apenas 55 (30,2%) que relataram presença de doença mamária benigna.

A alteração funcional benigna da mama está intimamente relacionada à ansiedade e ao medo do câncer de mama. Tal alteração acomete cerca de 70% das mulheres, 54% das mamas normais à autópsia, 34% das biópsias mamárias e 40% de todos os cânceres de mama. O diagnóstico é basicamente clínico e está relacionado à história de dor mamária pré-menstrual, além da presença de vários nódulos. A principal conduta terapêutica é afastar a causa oncológica dos nódulos, portanto, o exame físico das mamas, adicionado aos exames subsidiários é obrigatório (KURBET, 2014).

O termo alterações funcionais benignas das mamas (AFBM), vem sendo usado desde 1994 com grande aceitação, sendo estas alterações definidas como uma síndrome caracterizada por um sintoma e sinal principal, respectivamente, a dor mamária e a nodularidade, que pode ser difusa ou localizada, sendo os quatro processos mais importantes a adenose, que é a proliferação de ductos com hipertrofia das células epiteliais e discreta hiperplasia; papilomatose, que é um processo proliferativo epitelial da parede dos ductos; fibrose, que consiste em um processo proliferativo do estroma mamário e a dilatação ductal, a qual resulta do processo involutivo natural do tecido mamário, representado por ectasia ductal e cistos. Esses processos podem ocorrer isolados ou concomitantemente (MARCHANT, 2002).

A doença benigna da mama é um fator de risco para o câncer de mama independente de outros fatores. O risco de desenvolver câncer varia de acordo com o resultado da biópsia. Mulheres que tem doença proliferativa sem atipia têm risco de 1,6 a 1,9 vezes de desenvolvimento do câncer. Entre mulheres com fibroadenoma sem evidencia de doença proliferativa, o risco aumenta em 40 a 90%, com média de seguimento de 22 anos de *follow-up*. O risco em mulheres com hiperplasia atípica é de 2,5 a 5,3 vezes mais alto que nas mulheres com doença não proliferativa da mama (ZIMMERMAN, 2002).

Para avaliar os fatores de risco para câncer de mama em pacientes de meia idade, em comparação com o risco de mulheres jovens e idosas, um estudo desenvolvido na Venezuela avaliou 515 pacientes, sendo 36 (7%) com menos de 40 anos, 379 (74%) entre 40 e 64 anos e 100 (19%) com 64 anos. A história familiar de câncer de mama, de ovário, fatores de risco hormonais e história de doença benigna da mama foram analisados. Em relação à história de doença benigna da mama, 11% das pacientes de meia-idade, 6% das pacientes jovens e 10% das idosas tinham histórico positivo. Entretanto, nenhuma das diferenças foi significativa ($p=0,58$). (HERNÁNDEZ; BORGAS; BETANCOURT, 2011).

No que se refere à existência de casos de câncer de mama na família, de acordo com os dados da tabela 3, a maioria das mulheres, 144 (79,1%) relatou não ter histórico familiar de câncer de mama. Das que possuíam histórico familiar de neoplasia da mama, 38 (20,8%), o maior número de casos, 25 (12,6%), de ocorrência da doença foi em parentes de 1º grau.

A história familiar é um importante fator de risco para o câncer de mama, especialmente se mãe e irmã foram acometidas na pré-menopausa, o que as colocaria como tendo uma história familiar de primeiro grau, e, então, cerca de duas vezes mais risco de desenvolver câncer de mama; 10% dos casos de câncer de mama acham-se ligados a uma

história familiar deste câncer. Além disso, as mulheres que já tiveram a doença em uma das mamas possuem maiores probabilidades de desenvolver câncer na outra mama (SILVA; FRANCO; MARQUES, 2005).

Fatores que contribuem para o risco incluem o número de parentes afetados, grau de parentesco, número de mulheres na família e parentes de primeiro grau com câncer de ovário. No que se refere à herança genética familiar, estudos genéticos tem mostrado uma forma de câncer de mama autossômico dominante e tem levado à identificação de vários genes altamente penetrantes e que atuam como fatores de risco para câncer herdado em famílias predispostas. No caso da síndrome do câncer de mama hereditário, os genes mais comumente associados são o BRCA 1 e BRCA 2 (LUCARELLI *et al.*, 2008).

Os genes BRCA1 e 2 operam classicamente como genes supressores do tumor. Indivíduos com câncer de mama familiar herdam, em todas as células do corpo, determinada mutação em um dos dois alelos do gene. Conseqüentemente, todas as células do organismo passam a funcionar com apenas uma cópia do gene. Com o passar do tempo, outra alteração molecular ocorre, somaticamente, no alelo funcionante e o fenótipo neoplásico se estabelece no órgão. Dessa maneira, a predisposição ao câncer é conferida geneticamente pela herança de apenas um dos alelos alterados, padrão dominante de transmissão, e não gera alterações fenotípicas somáticas detectáveis, enquanto que a neoplasia propriamente dita só se estabelece como resultado de alterações nos dois alelos do gene, padrão recessivo de expressão (INCA, 2008c).

Mulheres com mutação no BRCA 1 tem risco de quase 90% de desenvolver câncer de mama até os 70 anos de idade. Além disso, mutações nesse gene aumentam para percentuais entre 15 e 45% o risco de desenvolvimento de câncer de ovário. Mutações no BRCA 2 aumentam o risco de câncer de mama no sexo masculino, assim, o risco é de cerca de 6% de homens com mutações nesse gene desenvolverem câncer de mama ao longo da vida (EVANS; LALLOO, 2002).

Embora a história familiar seja um critério preponderante na definição dos grupos populacionais com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama, como demonstra o estudo de Batiston *et al.*, 2009, que encontrou uma prevalência de 24% de histórico familiar de câncer de mama em 223 mulheres estadiadas para a doença, deve-se ressaltar que a prevalência deste fator de risco foi baixa em outro estudo, por exemplo, encontrando-se em torno de 5%, no estudo de Silva, 2011, que avaliou 81 mulheres com relação ao perfil socioeconômico, demográfico e de conhecimento em relação aos exames e detecção precoce do câncer de mama.

A história da família, portanto, é um fator muito heterogêneo, devido às implicações envolvidas na estimativa do risco, as quais dependem, por exemplo, do número de familiares com câncer de mama, o parentesco, a idade do diagnóstico e o número de parentes não afetados. A maioria das mulheres diagnosticadas com câncer de mama não tem um membro da família com a doença, e apenas 5% a 10%, na verdade, têm uma predisposição hereditária. Assim, o risco pode ser considerado baixo em um paciente cuja mãe teve câncer de mama em uma idade avançada e não tem outros membros da família com a doença. Em contraste, uma paciente encontra-se em risco aumentado de desenvolver câncer de mama se tiver vários membros da família com a doença (HERNÁNDEZ; BORGAS; BETANCOURT, 2011).

Em uma amostra de 244 casos com confirmação histológica para câncer de mama e 276 controles de uma instituição de referência para tratamento oncológico em Alagoas encontrou-se que história familiar positiva de primeiro e/ou segundo grau de câncer de mama aumentou o risco de desenvolvimento dessa patologia (OR=2,52, IC=95%, 1,53-4,21, $p<0,01$). Dessas mulheres, 39% possuíam história familiar positiva de primeiro grau, 57% antecedente familiar de segundo grau e 4% história familiar de primeiro e segundo graus. A história familiar de primeiro grau isolada aumentou o risco de desenvolvimento da patologia (OR=3,81, IC=95%, 1,72-9,16, $p<0,01$), enquanto a história familiar de segundo grau isoladamente comportou-se como fator de risco, porém de maneira não estatisticamente significativa (OR=1,89, IC=95%, 1,03-3,51, $p=0,0503$) (ARAÚJO *et al.*, 2009).

A homogeneidade em relação às variáveis de histórico pessoal e familiar entre os grupos controle (GC) e intervenção (GI) também foi confirmada ao comparar os dados dos dois grupos utilizando-se os testes Mann-Whitney e χ^2 de Pearson. Não foram encontradas diferenças significantes entre os grupos comparados ($p>0,05$), como pode ser verificado na tabela 4.

Tabela 4 - Comparação entre os grupos controle (GC) e intervenção pré-teste (GI Pré) em relação às variáveis associadas ao histórico pessoal e familiar. Porto Alegre - RS. 2015.

VARIÁVEL	GC				GI PRÉ				VALOR P
	MIN	MAX	M	DP±	MIN	MAX	M	DP±	
IDADE DA MENARCA	9	18	12,7	1,48	9	17	12,65	1,8	0,562*
IDADE DA MENOPAUSA	32	60	48,50	5,76	40	60	49,09	5,03	0,634*
IDADE DA 1ª GESTAÇÃO	14	38	23,15	5,08	15	39	24,10	5,55	0,280*
TEMPO DE AMAMENTAÇÃO (MESES)	1	48	12,16	11,82	1	48	13,91	10,97	0,400*
TEMPO DE USO DE ACO (MESES)	4	420	137,52	98,95	1	288	115,46	87,34	0,413*
GRAVIDEZ		N		%		N		%	0,039**
SIM		79		86,8		68		74,7	
NÃO		12		13,2		23,0		25,3	
TOTAL		91		100,0		91,0		100,0	
AMAMENTAÇÃO		N		%		N		%	0,627**
SIM		64		81,0		58		84,1	
NÃO		15		19,0		11		15,9	
TOTAL		79		100,0		69		100,0	
ANTICONCEPCIONAL		N		%		N		%	0,740**
SIM		26		28,6		24		26,4	
NÃO		65		71,4		67		73,6	
TOTAL		91		100,0		91		100,0	
DOENÇA BENIGNA DA MAMA		N		%		N		%	0,420**
SIM		25		27,5		30		33,0	
NÃO		66		72,5		61		67,0	
TOTAL		91		100,0		91		100,0	
CA DE MAMA NA FAMÍLIA		N		%		N		%	0,715**
SIM		20		22,0		18		19,8	
NÃO		71		78,0		73		80,2	
TOTAL		91		100,0		91		100,0	
GRAU DE PARENTESO		N		%		N		%	0,214**
1º GRAU		11		55,0		12		75,0	
2º GRAU		9		45,0		6		25,0	
TOTAL		20		100,0		18		100,0	

*Teste Mann-Whitney **Teste χ^2 Pearson

7.2 Conhecimento e atitude em relação à detecção precoce do câncer de mama

O conhecimento e a atitude das participantes, variáveis dependentes e foco deste estudo, foram mensurados no Grupo Controle (GC) e no Grupo Intervenção (GI) antes da intervenção proposta ser aplicada entre as mulheres, para que se tivesse uma linha de base em relação à adequabilidade ou não destas variáveis entre os grupos, e em seguida foram mensurados após a aplicação da intervenção no GI, com vistas a avaliar mudanças ocorridas ou não nos percentuais inicialmente encontrados.

No GC o percentual de adequação do conhecimento foi de apenas 6,6%, ou seja, somente 6 (seis) participantes apresentaram conhecimento adequado no que se refere à detecção precoce do câncer de mama, havendo, portanto, 85 (93,4%) participantes com inadequação do conhecimento. No GI Pré houve 3 (três) mulheres (3,3%) com adequação do conhecimento e 88 (96,7%) com conhecimento inadequado. Em relação à atitude os maiores percentuais entre os grupos foram de adequação, havendo no GC 85 (93,4%) participantes com atitude adequada e no GI Pré 84 (92,3%) mulheres com adequação da atitude. O teste χ^2 de Pearson mostrou homogeneidade entre os grupos em relação às variáveis mencionadas. Os dados apresentados encontram-se na tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição das participantes de acordo com a adequabilidade do conhecimento e atitude em relação à detecção precoce do câncer de mama antes da aplicação da intervenção. Porto Alegre - RS. 2015.

VARIÁVEL	GC		GI PRÉ		VALOR P
	N	%	N	%	
CONHECIMENTO					0,305
ADEQUADO	6	6,6	3	3,3	
INADEQUADO	85	93,4	88	96,7	
TOTAL	91	100,0	91	100,0	
ATITUDE					0,733
ADEQUADA	85	93,4	84	92,3	
INADEQUADA	6	6,6	7	7,7	
TOTAL	91	100,0	91	100,0	

As doenças crônicas têm sido motivo de grande preocupação no contexto da saúde pública devido ao déficit de conhecimento observado na população de uma forma geral, principalmente, no que se referem aos aspectos de vida, hábitos saudáveis e aos métodos de detecção dessas doenças, fatores que quando inobservados causam maior vulnerabilidade à aquisição destas enfermidades, menores taxas de prevenção e elevados índices de

mortalidade. No caso do câncer de mama, a prevenção secundária é promovida através dos métodos de detecção precoce da doença. Sendo assim, considera-se de extrema importância a construção do conhecimento acerca desses métodos, sendo papel dos profissionais de saúde atuarem como educadores em saúde fornecendo subsídios para que as informações acerca dessa doença atinjam com clareza à comunidade. A transmissão do conhecimento deve ser realizada de forma a favorecer a compreensão da informação transmitida, a fim de que o processo de assimilação do conteúdo e a construção do saber sejam alcançados efetivamente (MOREIRA *et al.*, 2013).

A detecção precoce de uma doença é possível por meio de educação para o diagnóstico precoce em pessoas sintomáticas ou do rastreamento em populações assintomáticas. É essencial educar a população e os profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas precoces do câncer de mama, contribuindo para sua detecção em estágios menos avançados e aumentando as chances de sucesso do tratamento preconizado (THULER, 2003).

Em 2012, o Colombian National Cancer Institute organizou uma campanha de controle do câncer de mama em cinco cidades colombianas (Bogotá, Pereira, Cali, Bucaramanga e San Andrés) para aumentar a consciência da população sobre o autoexame das mamas, exame clínico e mamografia. A campanha incluiu anúncios televisivos, além de iniciativas locais e nacionais direcionadas para a detecção precoce, bem como ações realizadas por organizações não-governamentais do país (GONZALEZ; PIÑEROS; VRIES, 2013). Ações como estas destacam os esforços realizados na tentativa de fortalecer a educação pública como componente fundamental na implementação de programas de saúde da mama e detecção precoce.

A abordagem no âmbito de programas de educação pública determina tanto o sucesso da detecção precoce medida pela fase de diagnóstico, como também conduz a amplitude de alocação de recursos necessários para a implementação destes programas. Programas de educação pública em saúde das mamas devem incluir mensagens educativas que abordem o câncer de mama como uma patologia curável na maioria das mulheres quando é detectada precocemente, diagnosticada com precisão e tratada apropriadamente (ANDERSON; CAZAP, 2009).

As campanhas nacionais de prevenção e detecção precoce do câncer de mama promovidas no Brasil pelo Ministério da Saúde procuram difundir a informação por meio dos meios de comunicação em massa. Entretanto, apesar de buscarem alcançar um quantitativo expressivo de sujeitos, é sabido que o acesso à informação e o nível de escolaridade da

população são aspectos importantes e determinantes do processo de aquisição de conhecimento sobre dado assunto (INCA, 2004). Tal fato já foi demonstrado em vários estudos realizados, inclusive nos outrora aqui mencionados. Assim o indivíduo de classes sociais menos favorecidas e de menor nível educacional tem menos acesso aos serviços de saúde, conseqüentemente, com menor acesso à informação sobre a prevenção do câncer de mama.

O nível socioeconômico e educacional da população como visto podem ser de fato fatores influenciadores da aquisição de conhecimento a respeito da detecção precoce do câncer de mama, porém não se pode desconsiderar o grau de conhecimento e a forma como os próprios profissionais da saúde vêm aplicando estratégias voltadas para a detecção precoce da doença, pois a atuação adequada destes é aspecto primordial no êxito das ações e campanhas direcionadas ao controle da neoplasia da mama, posto que os mesmos estão diretamente envolvidos na difusão de informações voltadas para a assimilação e prática de hábitos de vida adequados à prevenção secundária do câncer de mama.

Um estudo realizado com 50 acadêmicos dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia e Psicologia de uma Universidade Catarinense, o qual objetivou identificar o nível de conhecimento destes em relação à prevenção do câncer de mama encontrou bons resultados referente ao conhecimento entre os estudantes, tendo sido identificado conhecimento adequado sobre o assunto, principalmente, entre os estudantes de Enfermagem e Fisioterapia, o que demonstra que a formação acadêmica destes profissionais tem sido direcionada para aspectos relacionados às medidas preventivas e de controle do câncer de mama (FREITAS; TERRA; MERCÊS, 2011).

Contudo, os autores verificaram no estudo citado que em se tratando do câncer de mama, um agravo crônico e não-transmissível, a educação, tendo em vista a prevenção e detecção precoce, não deveria se constituir na simples transmissão de informação sobre a doença, como foi identificado por meio do desempenho dos estudantes na pesquisa, mas ter por base o contexto sociocultural dos acadêmicos, seus valores e crenças, enfatizando o valor da educação em saúde junto à comunidade e de estratégias diferenciais na transmissão de conhecimento sobre aspectos relativos à doença, ferramentas ímpares a serem aplicadas nas futuras práticas profissionais.

As carências e oportunidades de ensino para a atenção oncológica foram estudadas por Thuler, Bergmann e Ferreira (2011). Esta pesquisa apontou que um dos temas identificados como prioritários para a qualificação dos profissionais de serviço é o referente à atenção básica, pois embora existam avanços no estabelecimento de diretrizes curriculares

que abranjam os diferentes níveis de atenção aos pacientes com câncer, pode não ter sido suficiente para impactar satisfatoriamente o desempenho prático dos profissionais nesta área. A produção científica de enfermagem na área da atenção básica e relacionada à detecção precoce do câncer de mama exemplifica este déficit, pois os autores chamaram a atenção para a existência de poucos estudos com discussão sobre a importância do diagnóstico precoce e da supervisão direta da operacionalização do programa de prevenção do câncer de mama.

Revisão integrativa da literatura buscou identificar os estudos referentes às ações realizadas pelo enfermeiro na atenção primária para o rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de mama. As ações destacadas foram: autoexame das mamas, consulta de enfermagem e exame clínico das mamas (CAVALCANTE *et al.*, 2013).

Em relação a essas ações, os autores encontraram uma baixa execução por parte dos profissionais da área, além da falta de capacitação verificada entre os enfermeiros. Todos os estudos apontaram que os enfermeiros realizavam pouco o exame clínico das mamas (ECM) e, quando o faziam, não o executavam adequadamente. Em um dos estudos encontrados pelos autores, em que estava sendo implantado o Programa Nacional de Controle de Câncer do Colo e de Mama, da totalidade de salas de atendimentos, 33% delas foram consideradas inadequadas para o ECM, sendo a baixa execução dessa ação justificada pela grande demanda de atividades a serem desenvolvidas pelos enfermeiros nos serviços.

Ainda sobre a revisão citada, cabe destacar a menção de que a prática do ECM, pelo profissional enfermeiro (a), era entendida como método complementar ao autoexame das mamas (AEM) e era realizada apenas quando a usuária referia alterações mamárias. Diante dos achados os autores constataram a importância da educação permanente, de modo que os profissionais enfermeiros possam desenvolver com competência as ações propostas pelas políticas públicas de controle do câncer que são de sua incumbência.

De acordo com a tabela 5, os elevados percentuais de inadequação do conhecimento em relação à detecção precoce do câncer de mama encontrados entre os dois grupos de participantes deste estudo podem ser hipoteticamente compreendidos pela própria carência de informações sobre este assunto a que as mulheres tiveram acesso ao longo da vida ou mesmo pela transmissão inadequada destas informações por parte dos profissionais descapacitados e que se encontram inseridos em vários serviços de atenção à saúde.

O bom nível socioeconômico e a boa escolaridade das mulheres da amostra em tese não justificariam os elevados percentuais inadequados nos níveis de conhecimento, uma vez que pode se pressupor que as mesmas tiveram mais acesso a informações sobre a doença no curso de suas vidas do que àquelas com menor nível instrucional e econômico.

Ao serem questionadas sobre a detecção precoce do câncer de mama verificou-se que no GC, 88 mulheres (96,7%), responderam que era possível detectar o câncer de mama precocemente e apenas 3 (3,3%) responderam que não era possível. No GI Pré, também se verificou que 88 mulheres (96,7%) responderam positivamente ao questionamento realizado, havendo somente 3 (3,3) que responderam negativamente. Após a intervenção educativa ser aplicada no GI, a aplicação do pós-teste imediato revelou 100% de acerto nas respostas das mulheres em relação a este questionamento, ou seja, após a leitura do folder educativo associado à entrevista motivacional breve o GI Pós teve as 91 mulheres respondendo que era possível diagnosticar o câncer de mama precocemente.

Em relação à forma de detecção precoce do câncer de mama, antes da intervenção educativa ser aplicada verificou-se no GC que a maioria das mulheres, 71 (80,7%) respondeu corretamente ao questionamento, afirmando que a forma de detecção precoce do câncer de mama é feita por meio de exames periódicos (exame clínico das mamas e mamografia). No GI Pré, 54 mulheres (60,7%) responderam corretamente ao questionamento.

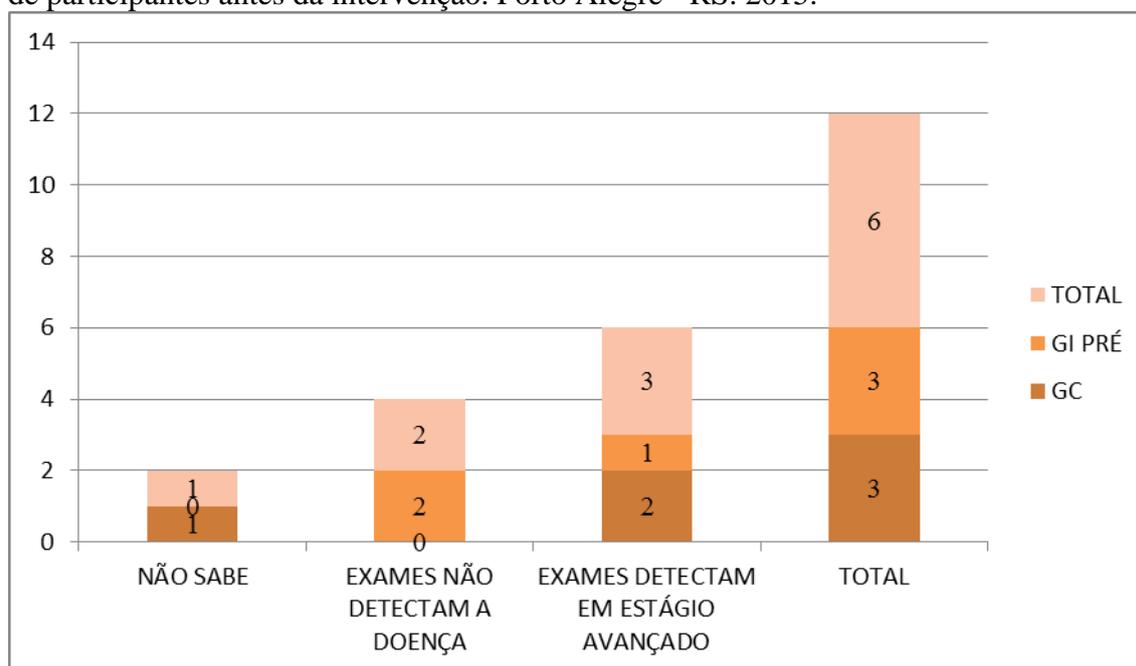
Após a aplicação da intervenção educativa, no GI Pós houve 90 participantes (98,9%) com resposta adequada para este item. O teste χ^2 de Pearson demonstrou diferença estatística entre os GC e GI Pós e GI Pré e GI Pós, ambos com valor $p = 0,0001$. Os dados descritos encontram-se na tabela 6.

Tabela 6 - Comparação entre os grupos de participantes em relação ao conhecimento sobre a forma de detecção precoce do câncer de mama antes e após a intervenção. Porto Alegre - RS. 2015.

VARIÁVEL	GC		GI PRÉ		VALOR P	GC		GI PÓS		VALOR P	GI PRÉ		GI PÓS		VALOR P
	N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%	
DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA					1,000					0,242					0,081
SIM	88	96,7	88	96,7		88	96,7	91	100		88	96,7	91	100	
NÃO	3	3,3	3	3,3		3	3,3	0	0,0		3	3,3	0	0,0	
TOTAL	91	100	91	100		91	100	91	100		91	100	91	100	
FORMA DE DETECÇÃO					0,003					0,0001					0,0001
EX.MÉD.(SANGUE, URINA)	3	3,3	2	2,2		3	3,3	0	0,0		2	2,2	0	0,0	
EX.PERÍ.(ECM+MAM.)	71	80,7	54	60,7		71	80,7	90	98,8		54	60,7	90	98,8	
AEM	17	19,3	35	39,3		17	19,3	1	1,1		35	39,3	1	1,1	
TOTAL	91	100	91	100		91	100	91	100		91	100	91	100	

Ao serem questionadas sobre os motivos para a não detecção precoce do câncer de mama, verificou-se nos dois grupos os seguintes achados: no GC, 1 (uma) participante (1,1%) referiu que não sabia o motivo da impossibilidade da doença ser diagnosticada precocemente e 2 (2,2%) referiram que quando a doença é descoberta já se encontra em estágio avançado. No GI Pré, 2 (2,2%) mulheres referiram que os exames disponíveis não são capazes de diagnosticar a doença em estágio inicial e 1 (1,1) respondeu que quando a doença é descoberta já se encontra em estágio avançado. O gráfico 1 exemplifica esses achados

Gráfico 1 - Motivos relatados para não detecção precoce do câncer de mama entre os grupos de participantes antes da intervenção. Porto Alegre - RS. 2015.



Os cânceres, de uma forma geral, em sua maioria somente são diagnosticados em fases mais avançadas, o que piora seu prognóstico e, principalmente, aumenta a mortalidade pela doença. A prevenção neste caso é fundamental para melhora da morbi-mortalidade e qualidade de vida dos acometidos. Assim, não apenas para o câncer de mama, mas também para os demais, o controle depende essencialmente de ações nas áreas da promoção da saúde, proteção específica e do diagnóstico precoce da doença, com vistas a incrementar e melhorar a qualidade das informações direcionadas à população como um todo e produzir adesão às práticas preconizadas para um maior controle e diagnose inicial da doença (STEWART; COATES, 2005).

Tonani e Carvalho (2008) ao considerar a necessidade do desenvolvimento de estudos nessa área e que possam favorecer o uso da informação pela população para adoção de métodos mais saudáveis de vida com ênfase na efetiva persuasão de informações sobre fatores de risco para o câncer de mama e sua prevenção, delinearam estudo com 110 habitantes de uma cidade paulista que buscou avaliar o grau de risco para apresentação de câncer bem como a presença e as características da persuasão na comunicação para a prevenção e detecção precoce.

Para a avaliação das características e presença de persuasão envolvida no diagnóstico do câncer de mama, os sujeitos do estudo foram questionados sobre a existência de informações acerca da prevenção ou detecção precoce conhecida, a fim de ser levantada a

capacidade de identificação de uma mensagem enviada, isto é, se ela foi percebida pelos sujeitos. Identificou-se que 80% dos entrevistados eram capazes de reconhecer a existência da informação, e 37,3% destes foram capazes de relacioná-la ao câncer de mama.

Neste estudo paulista, a motivação dos entrevistados para a execução das atividades de prevenção e detecção precoce de câncer foi em 16,4% pela importância das informações, 9,1% pelo medo do acometimento pela doença, 8,2% pelos efeitos promovidos pelas ações preventivas e de detecção precoce e para 3,6% por decisão própria. Ao serem abordados sobre os locais onde as informações foram veiculadas, 58,2% referiu a televisão como principal veículo de transmissão de informações, sendo os demais: cartazes (13,6%), posto de saúde (10,9%), folhetos (8,2%), profissional de saúde (7,3%), revistas (3,6%), jornal (2,7%) e familiar (1,8%).

Tomando por base o estudo exposto, percebe-se a existência de informações acerca da prevenção e detecção precoce do câncer de mama, sendo as mesmas reconhecidas pela população e transmitidas em maior escala por meio televisivo. Entretanto, ao analisar a capacidade de relação destas informações a finalidade a que se associa é notável o déficit encontrado entre os indivíduos, o que mostra que a população está sendo informada, porém as informações e a forma como são transmitidas não tem produzido efeitos desejáveis. Tal constatação alerta para a necessidade de desenvolvimento de estratégias de comunicação que consigam atingir as metas de uma mensagem persuasiva, capaz de considerar abordagens diferenciadas de acordo com o público receptor.

Enquanto geradora de efeitos relevantes e úteis aos receptores a comunicação persuasiva pode ser utilizada como estratégia para diminuição do risco de câncer em uma população, isto é, o uso deste processo na comunicação para prevenção e detecção precoce do câncer pode gerar comportamentos preventivos. O uso de campanhas publicitárias direcionadas ao público alvo, com a utilização de linguagem apropriada a uma determinada população, demonstra sucesso observado (COHEN; DOBSON, 2000).

As estratégias de comunicação devem ser implementadas conjuntamente com programas de rastreamento e protocolos de tratamentos baseados em evidências que estejam acessíveis, particularmente às populações menos assistidas pelos serviços de saúde. Somado a isso, é importante enfatizar também o papel do profissional de saúde, em especial o enfermeiro que, da equipe multiprofissional, é um dos agentes de educação para a saúde. A sua ação deve ser integral e participativa, estando sempre voltada para o desenvolvimento de ações de saúde e práticas educativas no sentido de prevenir doenças (TONANI; CARVALHO, 2008).

As intervenções voltadas para práticas preventivas e que valorizem a comunicação e informação como pontos primordiais na abordagem ao paciente devem ser concebidas considerando aspectos culturais, cognitivos e capacidades dos envolvidos. Tais características estão todas inclusas na entrevista motivacional, técnica de intervenção que tem sido utilizada com sucesso para promover adesão e aquisição de comportamentos diferenciados em diversas áreas (MURPHY *et al.*, 2012).

A entrevista motivacional, como já explanado neste estudo, é um estilo de aconselhamento focado no cliente e orienta metas a serem alcançadas, ou seja, é uma maneira para ajudar as pessoas a reconhecer e lidar com potenciais e atuais problemas em que o terapeuta assume o papel autoritário e a responsabilidade é deixada para o paciente. A técnica imprime um estilo de aconselhamento que permite que o paciente ou seus cuidadores encontrem suas próprias razões para a mudança e comportamentos adequados sem serem confrontados (ROLLNICK; MILLER, 2009).

Adotar uma postura de não confrontação e orientar de forma refinada os pacientes tem permitido aos profissionais que usam a entrevista motivacional a adesão dos indivíduos a comportamentos adequados em saúde e um maior acúmulo de informação e conhecimento pelos sujeitos, exatamente pelo fato da técnica permitir a transmissão de informação de forma diferenciada, empática e centrada no cliente, é o que demonstra o estudo mexicano descrito a seguir.

Cedillo e Moreno (2014) objetivaram avaliar uma intervenção baseada na entrevista motivacional para promover maior adesão terapêutica em crianças com SIDA. Os resultados mostraram significância de 0,035 ao comparar os grupos antes e após o uso da intervenção, havendo aumento da adesão em cerca de 40% dos sujeitos.

Um estudo quase-experimental realizado em Bogotá avaliou a eficácia da entrevista motivacional como intervenção de enfermagem para promover autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca. Foi obtida uma probabilidade de 0,0207 de inferência para uso da entrevista motivacional como intervenção de enfermagem efetiva, verificando-se um aumento global do autocuidado de médio a alto e um reconhecimento pelos participantes que a ação proposta era benéfica à saúde (ROJAS C.; ROJAS D.; REYES, 2013).

Os achados promissores dos estudos citados no uso da entrevista motivacional no que se refere à adoção de comportamentos saudáveis pelos indivíduos nos permite compreender que a informação transmitida de forma diferenciada pode gerar ações benéficas e comportamentos preventivos aos receptores. Assim, acredita-se que a associação do fornecimento de informações sobre a detecção precoce do câncer de mama por meio do folder

educativo com o uso da entrevista motivacional, considerando a técnica de informar-verificar-informar, como uma técnica que considera a preocupação em saber se o usuário compreendeu o que foi dito, podem justificar, neste estudo, a melhora do conhecimento e o aumento de 38,1% nos percentuais de acerto entre as mulheres do GI para o item relativo à forma de detecção precoce do câncer de mama.

Os motivos apontados pelas mulheres ao serem questionadas sobre a impossibilidade do câncer de mama ser detectado precocemente demonstram de acordo com o Gráfico 1 uma postura de descrença das participantes em relação à possibilidade de diagnose da doença em fase inicial a partir dos exames diagnósticos disponíveis. Apesar de um reduzido número de sujeitos do estudo terem apresentado estas concepções no que se refere à descoberta da doença, não se pode desconsiderar como demonstram os achados, que existem indivíduos carentes de informações adequadas acerca do câncer de mama, o que pode contribuir para não realização dos exames preventivos e, conseqüentemente, pode retardar o diagnóstico da doença, caso a mesma venha a ocorrer.

Na revisão sistemática publicada por Regis e Simões (2005) sobre sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres com câncer de mama, os autores verificaram que descrença, medo e negação são sentimentos presentes, pois levam consigo a noção do perigo, da ameaça e do sofrimento associados à doença. Os autores associam estes sentimentos aos significados que a própria doença traz, sendo caracterizada como uma doença grave e associada a perdas de pessoas acometidas, o que reforça o estigma social envolvido com os cânceres em geral e que também se reflete na descrença em relação às possibilidades de descoberta em fase inicial e da eficácia dos exames de detecção disponíveis e capazes de identificar a doença em um estágio considerado curável, como relatado por algumas mulheres deste estudo.

A descrença das mulheres sobre a descoberta inicial da doença também pode estar associada à reduzida importância dada pelos profissionais às queixas e sintomas relatados pelas pacientes durante as consultas, o que de fato pode retardar um diagnóstico que poderia ser feito prontamente diante das queixas apresentadas.

Um estudo qualitativo realizado com mulheres com câncer de mama demonstrou relatos entre as entrevistadas de descrença dos profissionais da saúde em relação aos sintomas referidos, o que gerou demora e elevado tempo de espera na confirmação e descoberta diagnóstica da doença. Assim, os autores reforçaram que quanto maior o tempo de espera entre a suspeita e a confirmação do diagnóstico e quando a suspeita da mulher não é tratada com seriedade, os sentimentos de impotência frente aos serviços de saúde geram mais

incerteza e descrença em relação ao câncer de mama e aos métodos diagnósticos (OSHIRO *et al.*, 2014).

O retardo no diagnóstico do câncer de mama por vezes é reflexo da inexistência de uma política consistente de controle da doença através do diagnóstico precoce. É sabido que não há como prevenir a neoplasia mamária, assim, para haver uma melhora do índice de sobrevivência e otimização do tratamento se faz necessário o diagnóstico imediato, daí a importância da intensificação das ações de rápida detecção, frequentemente, entre mulheres com maior susceptibilidade (MARINHO; LIMA; ARAÚJO, 2007).

A detecção precoce oportuniza um prognóstico mais favorável e permite altas chances de cura. Contudo, para o alcance de resultados exitosos na descoberta e rastreamento da doença deve-se considerar a atuação dos serviços de saúde por meio de profissionais especializados na execução do exame clínico das mamas (ECM) e mamografia, métodos reconhecidamente imprescindíveis no rastreamento da doença (PEREIRA; GUIMARÃES, 2008).

No conjunto de ações para detecção do câncer de mama se faz mister o conhecimento das mulheres em relação aos exames e métodos diagnósticos direcionados à identificação da doença em estágio precoce, pois a partir do que é sabido ou não pelos indivíduos pode se pressupor maior ou menor adoção de práticas e comportamentos preventivos no concernente à doença.

Ao mensurar o conhecimento das mulheres deste estudo em relação ao exame clínico das mamas (ECM) encontrou-se antes da intervenção educativa ser aplicada entre os GC e GI Pré um percentual acima de 50% de respostas inadequadas para o item “A partir de que idade o ECM deve ser feito?”. Para os itens “Você já ouviu falar em ECM?”, “O que é ECM?” e “Com quanto tempo o ECM deve ser feito?” encontraram-se os percentuais mais elevados para respostas adequadas entre os grupos, ficando respectivamente, acima de 52,7%, 81,3% e 69,2%. A homogeneidade entre os grupos foi verificada por meio de teste estatístico, mantendo-se os grupos homogêneos em relação aos itens mensurados.

Após a aplicação da intervenção educativa verificou-se no GI Pós aumento dos percentuais de respostas adequadas para todos os itens referentes ao ECM. Houve significância estatística para todos os cruzamentos realizados entre os GC e GI Pós e GI Pré e GI Pós. Tais dados estão dispostos na tabela 7.

Tabela 7 - Comparação entre os grupos de participantes em relação ao conhecimento sobre o exame clínico das mamas (ECM) antes e após a intervenção. Porto Alegre - RS. 2015.

VARIÁVEL	GC		GIPRÉ		VALOR	GC		GIPÓS		VALOR	GIPRÉ		GIPÓS		VALOR
	N	%	N	%	P	N	%	N	%	P	N	%	N	%	P
OUVIU FALAR EM ECM?					0,656					0,0001					0,0001
SIM	48	52,7	45	49,5		48	52,7	91	100		45	49,5	91	100	
NÃO	43	47,3	46	50,5		43	47,3	0	0,0		46	50,5	0	0,0	
TOTAL	91	100	91	100		91	100	91	100		91	100	91	100	
O QUE É ECM?					0,421					0,024					0,011
REALIZADO NA MAMA POR QUALQUER PESSOA	4	4,4	8	8,8		4	4,4	1	1,1		8	8,8	1	1,1	
REALIZADO NA MAMA POR UM TÉCNICO ATRAVÉS DE UMA MÁQUINA	13	14,3	10	11,0		13	14,3	4	4,4		10	11,0	4	4,4	
REALIZADO NA MAMA POR PROFISSIONAL MÉDICO/ENFERMEIRO	74	81,3	73	80,2		74	81,3	86	94,5		73	80,2	86	94,5	
TOTAL	91	100	91	100		91	100	91	100		91	100	91	100	
A PARTIR DE QUE IDADE DEVE SER FEITO?					0,184					0,0001					0,0001
A PARTIR DOS 18ª	48	52,7	57	62,6		48	52,7	3	3,3		57	62,6	3	3,3	
A PARTIR DOS 30ª	23	25,6	23	25,3		23	25,6	1	1,1		23	25,6	1	1,1	
A PARTIR DOS 40ª	20	22,0	11	12,1		20	22,0	87	95,6		11	12,1	87	95,6	
TOTAL	91	100	91	100		91	100	91	100		91	100	91	100	
COM QUANTO TEMPO DEVE SER FEITO?					0,647					0,0001					0,0001
SEMESTRAL	26	28,6	28	30,8		26	28,6	4	4,4		28	30,8	4	4,4	
ANUAL	63	69,2	59	64,8		63	69,2	84	92,2		59	64,8	84	92,2	
BIANUAL	2	2,2	4	4,4		2	2,2	3	3,3		4	4,4	3	3,3	
TOTAL	91	100	91	100		91	100	91	100		91	100	91	100	

O Exame Clínico das Mamas deve ser realizado por profissional médico ou enfermeiro, anualmente, para todas as mulheres com 40 anos ou mais. É parte fundamental da propedêutica para o diagnóstico de câncer da mama e deve ser realizado como parte do exame físico e ginecológico, constituindo a base para a solicitação dos exames complementares (INCA, 2004).

A *Canadian Task Force on Preventive Health Care* (CTFPHC) é uma organização canadense criada em 1976 para fornecer recomendações baseadas em evidências sobre prevenção clínica e rastreamento em câncer. As recomendações do CTFPHC são consistentes com as publicadas pela Agência Internacional para Pesquisa sobre Câncer (IARC) e para o câncer de mama a recomendação sobre o exame clínico das mamas é a seguinte: o exame clínico das mamas (ECM), bem como o autoexame das mamas isoladamente não são capazes de reduzir a mortalidade por câncer de mama, entretanto, não devem deixar de ser realizados, pois estes métodos em associação com a mamografia melhoram significativamente a triagem dos casos da doença (SULLIVAN; CHIARELLI, 2009).

Os dados de um estudo europeu realizado com 800 mulheres mostraram que um número relativamente grande de casos de cancro da mama foi detectado por mamografia e ECM em associação. A proporção de casos detectados apenas por ECM foi de 40 (5%), apenas por mamografia foi de 427 (53%) e ambos os exames foi de 323 (40%). Assim, enquanto o ECM isoladamente detectou apenas 5% dos cancros, os resultados mostraram que em associação com a mamografia foram detectados 45% dos casos. De acordo com os autores, tais resultados demonstraram a importância deste exame como método diagnóstico inicial da doença, sinalizando, portanto, a ocorrência de alterações na mama, devendo sim ser realizado, pois é capaz de detectar a doença mesmo que em menor proporção do que quando associado com a mamografia, ou seja, o ECM é considerado uma modalidade de rastreio viável para o câncer de mama e não pode ser menosprezado (SULLIVAN *et al.*, 2008).

Os autores ainda reforçam que é essencial acompanhar de perto e avaliar os serviços no que se refere à formação de profissionais para execução adequada do ECM, com vistas à garantia de qualidade e melhora nas taxas de detecção do câncer de mama, minimizando assim resultados falso-positivos, uma vez que o valor preditivo positivo é menor para o ECM isolado do que para o ECM e mamografia associados.

De acordo com a tabela 7 encontrou-se entre os grupos um maior percentual para respostas adequadas sobre a definição do ECM tanto antes da intervenção educativa ser aplicada, havendo cerca de 80% de acerto para os GC e GI Pré, bem como após a aplicação da intervenção, em que se observou um percentual ainda maior de acerto para o GI Pós, o qual apresentou 94,5% de respostas adequadas e um valor $p = 0,011$. O acréscimo foi de 14,3% no nível de conhecimento das mulheres em relação à definição do ECM.

Apesar de ter se observado um percentual em torno de 50% de respostas adequadas ao serem questionadas sobre ter ouvido falar em ECM, considerado baixo se comparado aos percentuais para os demais itens observados, quando questionadas sobre a definição do exame, a maioria das mulheres dos dois grupos conseguiu associar rapidamente a pergunta à resposta correta, ou seja, apesar de 47,3% (GC) e 50,5% (GI Pré) das mulheres não terem associado inicialmente que já ouviram falar em ECM em algum momento, ao serem indagadas sobre a definição deste exame responderam corretamente. Tal achado pode sugerir que a maioria das mulheres do estudo conhece a definição do exame e sabem que o mesmo é realizado por um profissional médico ou enfermeiro (a), entretanto, talvez não tenham sido orientadas e informadas sobre a denominação correta que é dada ao mesmo.

Acredita-se que os elevados índices de acerto observados para o item referente à definição do exame entre os grupos mesmo não expostos a qualquer tipo de intervenção que tivesse efeito sobre o conhecimento podem ser justificados tanto pelo bom nível de escolaridade das mulheres do estudo quanto pela preocupação que muitas mulheres possuem em relação à doença, já que a mesma é a que mais acomete o sexo feminino, o que acaba por refletir diretamente na busca de maiores informações sobre as formas diagnósticas existentes, uma vez que através do diagnóstico precoce, o tratamento e a cura podem ser alcançados.

Para Rezende Neta *et al.* (2011) um bom nível educacional permite reflexões importantes e pode contribuir para melhor compreensão a respeito do nível de conhecimento e efetiva prevenção do câncer de mama. Desta forma, mulheres com mais anos de estudo teriam melhores oportunidades de diagnosticar precocemente o câncer de mama. Em seu estudo, foram analisadas as ações preventivas de mulheres com Diabetes Mellitus no combate ao câncer de mama, havendo associação estatisticamente significativa entre exame clínico e mamografia em função da escolaridade ($p < 0,05$), o que sugeriu que tanto as mulheres examinadas pelos profissionais como aquelas que realizaram mamografia apresentaram melhor nível educacional, o que proporcionou a realização dos exames com maior frequência e maior oportunidade de identificar precocemente o câncer.

A importância do ECM como método diagnóstico é reforçada no estudo referenciado, pois os autores pontuaram que apesar da efetividade do mesmo ser menor que a mamografia, aquele garante uma sensibilidade entre 40% e 69% na detecção de lesões na mama, o que justifica a indicação como forma de prevenção secundária do câncer de mama, não devendo ser desconsiderado como parte da cadeia de controle da doença.

O exame clínico das mamas juntamente com a mamografia faz parte das avaliações mais eficazes para detecção precoce do câncer de mama e quando realizado por médico ou enfermeiro treinado, pode detectar tumores de até um centímetro, se superficial, enquanto que a mamografia permite a detecção precoce do câncer por ser capaz de mostrar lesões milimétricas em fase inicial (BRASIL, 2008).

Em estudo que avaliou aspectos relacionados à detecção precoce do câncer de mama, a frequência da realização do exame clínico das mamas revelou que 83,8% da amostra o fazem uma vez por ano; 7,5% o fazem uma vez a cada dois anos; 6,3% o fazem uma vez a cada seis meses; 1,2% o faz a cada três anos. A partir destes dados, os autores concluíram que apesar de algumas mulheres deixarem a desejar quanto à realização desse exame, a maioria o faz periodicamente, respeitando o intervalo anual estabelecido para realização do mesmo, o que não deixa de demonstrar o grau de importância atribuído ao exame como ferramenta de controle da doença (FERREIRA; OLIVEIRA, 2006).

Corroborando com o estudo supracitado, os dados relativos ao conhecimento sobre o intervalo de realização do ECM demonstraram de acordo com a tabela 7, percentuais acima de 60% para respostas adequadas entre os grupos antes da intervenção educativa ser aplicada, ou seja, a maioria das mulheres considerou o intervalo anual como o período adequado para realização do ECM. Houve um aumento de 27,4% nos índices de acerto após a aplicação da intervenção educativa no GI Pós. Houve significância estatística para os cruzamentos realizados entre os GC e GI Pós e GI Pré e GI Pós, sendo encontrado um valor $p = 0,0001$ para ambos.

Apesar da importância conhecida deste exame e dos achados satisfatórios encontrados em relação aos dois itens mencionados, ainda se encontra achados preocupantes em relação ao conhecimento das mulheres em relação ao exame clínico como método diagnóstico do câncer de mama como demonstra um estudo realizado com trabalhadoras de um instituto de organização social pública não estatal, cujo objetivo foi levantar os conhecimentos, atitudes e práticas referentes aos exames de prevenção do câncer de mama e de colo do útero (AFONSO *et al.*, 2011).

Foi verificado que mais da metade das participantes deste estudo (76,5%) possuíam nível superior e que ao serem avaliados os conhecimentos acerca do exame clínico das mamas, observou-se que este era o menos conhecido entre as participantes do estudo, ou seja, 47% das mulheres nunca tinha ouvido falar no exame. Tal achado demonstrou que o exame clínico das mamas não é feito pelo profissional no momento em que a mulher comparece à consulta clínica ginecológica, o que contradiz fortemente as diretrizes do Ministério da Saúde, que recomendam a avaliação das mamas para todas as mulheres que comparecem à consulta clínica, independente da faixa etária.

É importante ressaltar que o ECM faz parte tanto da consulta ginecológica quanto do exame físico da mulher, e que deve ser realizado por profissional de saúde no momento do atendimento, motivado este por todos os benefícios que advém desta ação. No entanto, essa iniciativa depende substancialmente da capacidade técnica do profissional e de sua disponibilidade e interesse em realizar o exame (REZENDE NETA *et al.*, 2011).

Para o item “a partir de que idade o ECM deve ser realizado” encontrou-se antes da aplicação da intervenção educativa, de acordo com a tabela 7, a maioria das mulheres dos dois grupos considerando a idade de 18 anos como adequada para o início da realização do exame, havendo um percentual no GC de 52,7% e no GI Pré de 62,6%. Após a intervenção educativa houve melhora do conhecimento e aumento no percentual de acerto para este item, havendo 95,6% das mulheres do GI Pós respondendo que o exame deve ser realizado a partir de 40 anos de idade.

Em relação à idade para início da realização do ECM, o INCA preconiza os 40 anos de idade como faixa etária inicial para rastreio das mulheres em relação à existência de alterações na mama, entretanto, o exame físico das mamas, como visto anteriormente, deve ser concebido como parte do exame ginecológico de rotina e, portanto, deve ser realizado no contexto da consulta ginecológica independente da idade. Assim, verificam-se aspectos contraditórios no que se refere à idade de realização do ECM. As orientações do INCA publicadas no Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama serviram de base para nortear esta pesquisa, por isso, considerou-se como resposta adequada aquela referente à idade acima de 40 anos para realização do ECM.

O aumento do conhecimento observado para todos os itens relacionados ao ECM após a utilização da intervenção educativa reforça os efeitos promissores do uso da informação como estratégia para a prevenção, a qual deve ser trabalhada juntamente com a questão da autonomia do indivíduo, neste estudo alcançada por meio da entrevista

motivacional, e com a compreensão de que a educação em saúde é uma construção do indivíduo dentro de um contexto sócio cultural e individual.

A elaboração e utilização de materiais educativos, sobre orientações às mulheres acerca do câncer de mama, podem incentivar e ampliar o exercício contínuo do conhecimento e da atitude crítica, de forma a proporcionar maior visibilidade para a problemática da doença e formas de controle e detecção (MOREIRA *et al.*, 2013).

Somado às ações educativas, os serviços de saúde devem contemplar a autonomia e a corresponsabilização dos usuários, aspectos característicos da postura do profissional educador em saúde pautado pela entrevista motivacional, o qual deve agir de forma persuasiva e não coercitiva e menos argumentativa do que compreensiva, no sentido de propor uma relação terapêutica dotada de atmosfera favorável à mudança. Neste contexto, a não adesão não é compreendida como resistência do paciente, mas como comportamento a ser refletido criticamente pelos envolvidos. Dessa forma, as metas a serem alcançadas não são impostas pelo profissional, mas negociadas entre equipe e usuário (BORGES; PORTO, 2014).

Com relação ao conhecimento sobre o exame de mamografia os resultados demonstraram elevados índices de acertos para a maioria dos itens mensurados mesmo antes da aplicação da intervenção educativa. Para o item “Já ouviu falar em Mamografia?” encontrou-se, nos GC e GI Pré, respectivamente, 100% e 98,9% de acertos entre as participantes. O item “O que é Mamografia?” mostrou 96,7% de acerto para o GC e 97,8% para o GI Pré. Para o item “A partir de que idade a Mamografia deve ser feita?” houve maiores percentuais de respostas inadequadas entre os grupos, havendo 56% das mulheres do GC e 59,3% do GI Pré respondendo inadequadamente ao item. Em relação ao intervalo de realização da Mamografia a maioria das mulheres dos dois grupos, GC (67%) e GI Pré (70,3%), respondeu adequadamente ao questionamento. Os grupos se mantiveram homogêneos em relação à mensuração destas variáveis.

Com a aplicação da intervenção educativa verificou-se no GI Pós aumento dos percentuais de respostas adequadas para todos os itens referentes à mamografia, havendo 100% de acerto em relação ao conhecimento para quase todos os itens mensurados. Verificou-se significância estatística para os cruzamentos realizados entre os GC e GI Pós e GI Pré e GI Pós no que se refere aos itens idade e intervalo de realização da mamografia. Tais dados podem ser observados na tabela 8.

Tabela 8 - Comparação entre os grupos de participantes em relação ao conhecimento sobre o exame de mamografia antes e após a intervenção. Porto Alegre - RS. 2015.

VARIÁVEL	GC		GIPRÉ		VALOR	GC		GIPÓS		VALOR	GIPRÉ		GIPÓS		VALOR
	N	%	N	%	P	N	%	N	%	P	N	%	N	%	P
OUVIU FALAR EM MAMOGRAFIA?	N	%	N	%	0,316	N	%	N	%	0,000	N	%	N	%	0,316
SIM	91	100	90	98,8		91	100	91	100		90	98,8	91	100	
NÃO	0	0,0	1	1,1		0	0,0	0	0,0		1	1,1	0	0,0	
TOTAL	91	100	91	100		91	100	91	100		91	100	91	100	
O QUE É MAMOGRAFIA?	N	%	N	%	0,650	N	%	N	%	0,081	N	%	N	%	0,155
PALPAÇÃO PROFUNDA DA MAMA REALIZADA PELO MÉDICO	3	3,3	2	2,2		3	3,3	0	0,0		2	2,2	0	0,0	
RADIOGRAFIA DA MAMA QUE DESCOBRE O CA DE MAMA	88	96,7	89	97,8		88	96,7	91	100		89	97,8	91	100	
TOTAL	91	100	91	100		91	100	91	100		91	100	91	100	
A PARTIR DE QUE IDADE DEVE SER FEITA?					0,494					0,0001					0,0001
A PARTIR DOS 25A	51	56,0	54	59,3		51	56,0	12	13,2		54	59,3	12	13,2	
A PARTIR DOS 18A	19	20,9	13	14,3		19	20,9	3	3,3		13	14,3	3	3,3	
ENTRE 50 E 69A	21	23,1	24	26,4		21	23,1	76	83,6		24	26,4	76	83,6	
TOTAL	91	100	91	100		91	100	91	100		91	100	91	100	
COM QUANTO TEMPO DEVE SER FEITA?					0,157					0,0001					0,0001
TRIANUAL	1	1,1	5	5,5		1	1,1	0	0,0		5	5,5	0	0,0	
SEMESTRAL	29	31,9	22	24,2		29	31,9	4	4,4		22	24,2	4	4,4	
NO MÁXIMO BIANUAL	61	67,7	64	70,3		61	67,7	87	95,6		64	70,3	87	95,6	
TOTAL	91	100	91	100		91	100	91	100		91	100	91	100	

A mamografia convencional é o método de escolha para a detecção precoce nos programas de rastreamento do câncer de mama e consiste em um método de avaliação por imagem das lesões palpáveis e impalpáveis em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos, podendo ser essa complementada pela ultrassonografia mamária. A mortalidade por câncer de mama pode ser reduzida em aproximadamente 25 a 30% por meio de programas de *screening* com o uso da mamografia, dado que denota o potencial de detecção de lesões mamárias importantes por meio deste exame (RICCI; PINOTTI M.; PINOTTI J., 2000).

O exame mamográfico possibilita a detecção de lesões na mama até dois anos antes destas se tornarem palpáveis, podendo ser considerado o método mais eficaz de diagnóstico para a detecção do câncer de mama. Assim, quanto mais precoce a remoção do tumor na fase inicial, mais eficiente é a redução da taxa de mortalidade das usuárias portadoras da neoplasia com subsequente melhoria da qualidade de vida. Portanto, é fundamental a elaboração e implementação de políticas públicas, em especial na Atenção Básica, que enfatizem a atenção integral à saúde da mulher contemplando etapas importantes de forma que o sistema de saúde consiga prestar serviços resolutivos, eficientes e equitativos a estas mulheres (PEREIRA, 2007).

Apesar do panorama encontrado na maioria dos estados brasileiros, em que se observam elevadas taxas de diagnóstico tardio do câncer de mama, com altos índices de mortalidade e baixa cobertura de mamografias, os efeitos do desenvolvimento de ações e políticas propostas no âmbito da saúde da mulher e no contexto do controle do câncer mamário tem causado mudanças e melhorias no concernente à oferta e cobertura de mamografia para a população, é o que demonstra um estudo desenvolvido com 77 municípios do estado de Mato Grosso do Sul, o qual indicou um aumento constante no número de exames mamográficos realizados, havendo cobertura de cerca de 78% da população do estado (KOHATSU; BARBIERI; HORTALE, 2009).

Os autores deste estudo sugerem que os profissionais e a população estão sensibilizados para o agravo e buscando diagnosticar precocemente o câncer de mama, o que tem gerado aumento da demanda e a realização crescente dos exames, achado que acabou por proporcionar no Estado uma revisão das quantidades de exames pactuadas e uma melhor adequação da oferta.

Pesquisa realizada no estado do Espírito Santo e que objetivou traçar o perfil socioeconômico, clínico, comportamental e reprodutivo de mulheres que vivenciaram o diagnóstico de câncer de mama no período de 2005 a 2010, demonstrou que a realização da mamografia antes do diagnóstico de câncer de mama era feita por cerca de 61% das mulheres

e que a maioria (78,6%), realizava o exame anualmente. Após o diagnóstico da doença, a cobertura do exame aumentou para 87%, com 60% destes sendo realizado semestralmente. Tais dados corroboram com os do estudo supracitado em que se evidenciam os efeitos de ações e das diversas campanhas realizadas nacional e mundialmente na perspectiva de melhorias nas taxas de mortalidade, diagnóstico precoce e controle do câncer de mama, pois o registro de aumento nas taxas de realização dos exames mamográficos, nos intervalos de tempo recomendados, reflete o alcance dos programas de rastreamento e de controle da doença (LEITE *et al.*, 2012).

No estado de São Paulo, um estudo realizado com 550 mulheres do Programa Saúde da Família de 19 cidades demonstrou adesão de 71,8% destas à realização do exame de mamografia. A aplicação de um questionário para avaliar o conhecimento e importância da mamografia revelou que as mulheres têm certo conhecimento sobre o exame e reconhecem a importância do mesmo como método diagnóstico para o câncer de mama, entretanto, houve relatos de que, em geral, o exame é pouco solicitado pelos médicos. Entre as mulheres que não aderiram à realização da mamografia, ao serem questionadas sobre os motivos para não realização do exame, a maioria referiu a ausência de sintomas na mama como motivo principal para não buscarem o serviço de saúde e se submeterem ao exame (LOURENÇO *et al.*, 2009).

Os estudos mencionados corroboram com os achados dispostos na tabela 8, em que se observa que a população feminina está sensibilizada para a importância do exame de mamografia, uma vez que se evidenciou que as mesmas conhecem o exame e sabem da finalidade diagnóstica frente à neoplasia da mama, já que foram verificados de acordo com a referida tabela elevados percentuais de acertos entre as mulheres dos GC (100%) e GI Pré (98,7%) quando questionadas sobre ter ouvido falar sobre a mamografia, mesmo antes de a intervenção educativa ser aplicada. No que se refere à definição correta do exame, os percentuais de acertos também foram elevados (GC - 96,7%; GI Pré - 97,8%).

No Brasil não existe uma política de rastreamento populacional para o câncer de mama, somente de rastreamento oportunístico. Portanto, ações no sentido de padronizar o rastreamento do câncer de mama por meio dos exames diagnósticos, em especial a mamografia, assim como esclarecer e sensibilizar a população sobre a importância da sua realização, provendo-a de informação e conhecimento sobre os métodos de controle e combate à doença devem ser mantidas e estimuladas. (URBAN *et al.*, 2012).

O modelo típico de *screening* do programa canadense elenca determinadas ações e componentes capazes de promover resultados positivos e impactantes sobre as taxas de

controle do cancro da mama, os quais podem ser tomados como exemplo de sucesso no combate à doença. A evidência e os resultados do programa são suficientes para demonstrar que a triagem por mamografia em mulheres com 50-69 anos reduz a mortalidade por câncer de mama em 25%, havendo apenas evidência limitada para mulheres com idade entre 40-49 anos, o que justifica a idade de rastreio para a doença no país a partir dos 50 anos de idade. Entre os componentes do programa destacam-se: abordagem e recrutamento por meio de convite à população-alvo para triagem; triagem com mamografia bilateral a cada dois anos; modalidades de acompanhamento de mulheres com resultados de triagem anormais; envio de cartas de aviso para as participantes do programa com resultado de triagem normal informando a realização da próxima mamografia (MAI; SULLIVAN; CHIARELLI, 2009).

O câncer de mama é o tumor que mais apresenta evidências científicas sobre o impacto do rastreamento na redução da mortalidade, fato que fortalece e estimula esforços para que os programas sejam efetivos em seu maior objetivo, que é o controle e diagnose inicial da doença. Nos Estados Unidos, os dados revelam queda de 30% na mortalidade pela doença desde 1990, quando foram iniciados os programas de rastreamento com mamografia (LEE; DERSHAW; KOPANS, 2010).

Na Europa, alguns países, como a Suécia, registraram uma redução de 36% na mortalidade em comparação com a era pré-rastreamento, enquanto outros, como a Noruega, demonstraram uma redução de 10% na mortalidade relacionada somente com o rastreamento (JONSSON *et al.*, 2007; KALAGER *et al.*, 2010).

Nos países desenvolvidos, como confirmam os dados apresentados, houve importante redução da mortalidade nos últimos anos, enquanto nos países em desenvolvimento, apesar de melhorias terem sido alcançadas e resultados animadores terem sido verificados, observou-se certa estabilidade ou mesmo contínuo aumento nos casos da doença. Esta diferença pode ser atribuída às diferenças nas políticas de detecção precoce, assim como à dificuldade de acesso ao tratamento adequado nos países economicamente menos favorecidos (FOROUZANFAR *et al.*, 2011).

O rastreamento do câncer de mama visa à detecção de pequenos tumores assintomáticos, tendo como objetivo primário a redução da mortalidade pela doença e como objetivo secundário o aumento da sobrevida pela doença, a redução da extensão do tratamento cirúrgico, permitindo cirurgias menos mutiladoras, bem como a redução da necessidade da quimioterapia (JACKSOS, 2002).

A mamografia é o único método de rastreamento que demonstrou ser capaz de promover uma redução absoluta da mortalidade, o que não se pode afirmar para a

ultrassonografia mamária e para a ressonância magnética, pois não há estudos randomizados e prospectivos que tenham testado o impacto destes exames na redução da mortalidade (CRYSTAL *et al.*, 2003). No grupo de pacientes entre 50 e 69 anos, todas as sociedades médicas e programas de rastreamento populacional de câncer de mama ao redor do mundo recomendam o rastreamento mamográfico (HUMPHREY *et al.*, 2002).

A U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) estimou que entre 50 e 59 anos e entre 60 e 69 anos é necessário rastrear, respectivamente, 1.339 e 377 mulheres, para se evitar uma morte pelo câncer de mama, além disso, os efeitos adversos do rastreamento em mulheres nessa faixa etária são menores que em mulheres mais jovens, o que justifica o início do rastreamento por mamografia a partir dos 50 anos de idade (NELSON *et al.*, 2009). Há autores que estimam um menor número de mulheres rastreadas para se evitar uma morte por câncer de mama, 351 mulheres entre 50 e 59 anos e 233 entre 60 e 69 anos (HENDRICK; HELVIE, 2011).

Em consonância com as demais sociedades médicas internacionais, o Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) e a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) recomendam o início do rastreamento mamográfico para os grupos de mulheres na faixa etária mencionada. Para as mulheres abaixo de 40 anos, que não são classificadas como alto risco, nenhuma organização médica recomenda o rastreamento mamográfico. Maior discussão ocorre em relação ao rastreamento mamográfico nas mulheres entre 40 e 49 anos, pois nesse grupo, a incidência do câncer de mama é menor e a frequência de mamas densas e de tumores com crescimento rápido é maior. Dessa forma, o número de mulheres rastreadas para se evitar uma morte entre 40 e 49 anos (1.904) seria maior do que entre 50 e 59 anos (1.339), conforme estimativas da USPSTF, o que gera discussão sobre preconizar ou não o rastreamento neste grupo etário (NELSON *et al.*, 2009).

A recomendação, de acordo com o Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama do INCA, para as mulheres de 50 a 69 anos é a realização de mamografia a cada dois anos e do exame clínico das mamas anual. A mamografia nesta faixa etária com periodicidade bienal é a rotina adotada na maioria dos países que implantaram rastreamento organizado do câncer de mama e baseia-se na evidência científica do benefício desta estratégia na redução da mortalidade neste grupo. Para as mulheres de 40 a 49 anos, a recomendação é o exame clínico anual e a mamografia diagnóstica em caso de resultado alterado (USTFPS, 2009; GOTZSCHE, 2006; AETMIS, 2006).

Cabe ressaltar que em virtude das discussões e recomendações diferenciadas em torno da faixa etária de início do rastreio mamográfico e por ter utilizado como intervenção

educativa neste estudo uma publicação do Instituto Nacional do Câncer (INCA), o qual recomenda de acordo com o Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama, a realização de mamografia a cada dois anos em mulheres de 50 a 69 anos, considerou-se aquele intervalo e esta idade como faixa etária adequada para realização da mamografia nas respostas apresentadas entre as mulheres do estudo.

O conhecimento das mulheres em relação à idade de realização da mamografia mostrou-se inadequado, a maioria das participantes do GC (56%) e do GI Pré (59,3%) considerou a idade de 25 anos como a idade adequada para a realização do exame. Após a aplicação da intervenção educativa, houve acréscimo de 57,2% no conhecimento em relação a este item, com 83,6% das mulheres do GI Pós respondendo adequadamente ao questionamento. A melhora do nível de conhecimento entre as participantes do GI apresentou significância estatística, sendo encontrado um valor $p = 0,0001$.

Em estudo realizado no município de Teresina, estado do Piauí, verificou-se um total de 107 (24,7%) mulheres que nunca tinham realizado o exame de mamografia. Dentre as 326 (75,3%) que afirmaram já tê-lo realizado, 17,5% o haviam realizado há mais de dois anos e 66,6% no último ano, havendo 62,1% que o tinham realizado nos últimos dois anos. Os autores encontraram associação estatisticamente significativa entre a não realização de mamografia e a faixa de idade, havendo menores taxas de realização no intervalo entre 50 e 59 anos. Ao indagarem as mulheres sobre a não realização da mamografia os autores obtiveram como principais motivos a não solicitação do exame pelo médico (55,1%), a ausência de sintomas nas mamas (51,4%), a dificuldade em marcar o exame (13,1%) e a desinformação sobre a idade de realização (9,3%) (LAGES *et al.*, 2012).

Os dados do estudo citado corroboram com os achados da tabela 8, pois se evidencia desconhecimento das mulheres em relação à faixa etária adequada de início de rastreio para o câncer de mama por meio da mamografia, por mais que o intervalo de realização do exame seja conhecido entre as mulheres que o realizam, como se pôde observar na tabela e no estudo supracitado, desconhecer em que faixa etária se deve realizar o exame de mamografia é um achado preocupante, pois o maior número de casos do câncer de mama ocorre a partir dos 50 anos de idade, o que exige que as mulheres nesta faixa de idade conheçam os métodos diagnósticos e realizem os exames no intervalo adequado de forma a garantir o rastreamento no grupo de mulheres que mais se encontram sob risco de adoecimento.

Em Florianópolis, um estudo objetivou descrever o conhecimento sobre mamografia e identificar os fatores associados ao exame em mulheres adultas e idosas. Os

resultados demonstraram que entre as mulheres adultas, 23,1% responderam adequadamente todas as questões e a média de repostas adequadas foi 7,2 (IC 95% 7,1 – 7,3). Para as idosas, 15,3% responderam todas as questões adequadamente, a média de repostas adequadas foi 6,4 (IC 95% 5,2 – 6,5). Diante dos achados, os autores concluíram que a informação sobre a mamografia pode não estar sendo transmitida de maneira clara e de fácil compreensão para a população, existindo diferenças demográficas e socioeconômicas no conhecimento sobre o exame, apesar de se verificar aumento da cobertura de mamografia nos últimos anos, ainda persistem dificuldades em relação às informações fornecidas sobre a mesma (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Estudo que avaliou o conhecimento das mulheres sobre diagnóstico precoce de câncer de mama demonstrou que as mesmas já ouviram falar sobre a mamografia, sabem que serve para detectar alterações mamárias, mas o conhecimento geral sobre o exame é baixo. Dentre as lacunas de conhecimento sobre o exame, as mulheres apresentaram déficit em relação à periodicidade de sua realização, à utilidade do exame para o rastreamento de câncer de mama e não somente para acompanhar lesões pré-existentes e que o mesmo é importante para a detecção precoce, especialmente na ausência de sintomas (BRITO L. G.; BRITO L. M.; CHEIN, 2011).

Um nível básico de conhecimento torna-se necessário para a implementação de políticas específicas para o controle do câncer, ou seja, o grau de conhecimento das mulheres em relação à mamografia é de fundamental importância para que se aumente a prevalência da realização do exame na periodicidade adequada. Mulheres que se dizem bem informadas sobre o câncer de mama e que efetivamente possuem conhecimento sobre a doença são significativamente mais aderentes às recomendações de rastreamento (WILLIAMS *et al.*, 2011).

A mídia impressa e televisiva, em geral, é a principal fonte de informação para as mulheres em relação ao câncer de mama, é o que afirmaram Santos e Chubaci (2011) em estudo que avaliou o conhecimento sobre câncer de mama e mamografia entre mulheres idosas. Apesar de serem elencados como principal fonte de informação, por vezes, a forma como a mídia transmite a informação sobre o diagnóstico precoce pode ser incompreensível, ficando claro o tema central, porém as questões relacionadas a este podem permanecer inconclusivas (TAKECHI, 2008).

Entre as campanhas de diagnóstico precoce de câncer veiculadas em alguns dos principais jornais e revistas nacionais e internacionais, mais de 80% são sobre câncer de mama, com o objetivo de conscientizar a população sobre o assunto. Entretanto, muitos dos

materiais de campanhas nos diversos países do mundo são impressos, o que pode dificultar a compreensão e o acesso à informação, pois se deve considerar um relativo percentual de mulheres que possuem menos de oito anos de estudo, fato que limita o alcance das campanhas de controle e combate ao câncer de mama. Diante disso, os profissionais da saúde são citados como importantes fontes de informação e difusores de conhecimento sobre o câncer de mama (TEMIZ *et al.*, 2008).

Acredita-se que o acréscimo de 57,2% no nível de conhecimento apresentado pelas mulheres do GI após a aplicação do folheto sobre detecção precoce do câncer de mama e da técnica de entrevista motivacional, pôde ser proporcionado não apenas pelo uso da EM como estratégia de persuasão capaz de produzir conhecimento e adoção de atitudes, mas também pelo bom nível educacional e socioeconômico da amostra, o que pode ter facilitado o entendimento e a absorção dos conhecimentos disseminados por meio da intervenção.

Os profissionais de saúde junto com a mídia e as publicações impressas podem esclarecer as mulheres sobre questões diversas relacionadas à detecção e diagnóstico do câncer de mama, tais como a importância dos exames diagnósticos para o controle da doença, independente do histórico familiar de câncer, proporcionando, assim, o encorajamento necessário à realização periódica e adequada deste exame de rastreamento. Mulheres que receberam intervenção educativa sobre câncer de mama e rastreamento têm demonstrado significativo aumento do conhecimento, e também significativa redução das barreiras para se submeter à mamografia (KIM *et al.*, 2009).

A maior adesão e conhecimento sobre o exame de mamografia dependem diretamente de orientação contínua e consciente sobre a importância da prevenção e detecção precoce, a qual deve considerar o diálogo, sensibilidade e empatia, como estratégias a serem utilizadas, características fortemente presentes no uso da entrevista motivacional como técnica capaz de motivar a adoção de comportamentos adequados em saúde e a aquisição de conhecimento e informação.

Vislumbrar caminhos que possam favorecer o conhecimento e a aderência aos exames diagnósticos do câncer de mama engloba entre outros aspectos uma prática mais humanizada com desenvolvimento de uma relação empática, considerando as angústias, medo, vergonha e aflição das mulheres atendidas. Há que se considerar na assistência humanizada a cliente como pessoa que traz consigo uma bagagem social, cultural e religiosa (FERREIRA; OLIVEIRA, 2006).

A EM caracteriza-se como uma intervenção simples, a qual é baseada nos princípios do entendimento dos conflitos, das reações emocionais associadas, do

estabelecimento de padrões de pensamento e de alternativas para implementação de soluções. O número de sessões pode ser variável na EM, embora seja usualmente realizada em sessão única, o que a torna passível de implementação como técnica subjacente às atividades de educação em saúde (ANDRETTA; OLIVEIRA, 2005).

Ao considerar a eficácia da EM, comumente aplicável ao contexto da assistência às pessoas frente a situações de saúde diversas, deve-se cogitar, dada a amplitude conceitual da EM, a pertinência da utilização dessa técnica na atenção à saúde da mulher no contexto da prevenção secundária do câncer de mama, como feito neste estudo, em que se utilizou a técnica em sessão breve e única com vistas a promover aquisição de conhecimento e adoção de atitude adequada em relação à detecção precoce do câncer de mama, objetivo alcançado no concernente ao conhecimento, pois pôde se verificar os percentuais de aumento no conhecimento dos itens mensurados entre as participantes após o uso da técnica associado à intervenção educativa.

A abordagem do profissional de saúde orientado pela EM deve-se pautar em evitar armadilhas que possam prejudicar a relação com os usuários do serviço, dentre elas, ressaltam-se: 1) um diálogo excessivo de perguntas e respostas, no lugar da escuta reflexiva; 2) confrontar o usuário com o dado da realidade, resultando em resistência e indisposição; 3) a armadilha do saber especialista, onde o educador em saúde se apresenta como detentor de todas as respostas conduzindo o usuário à passividade; 4) culpabilização do usuário pela sua própria condição de saúde (BORGES; PORTO, 2014).

Nesse sentido, o educador em saúde deve expressar empatia pelos usuários por meio da escuta reflexiva e sensível às demandas grupais. No lugar da argumentação, o educador em saúde conduz o grupo educativo no sentido de incitá-lo a apresentar, por ele mesmo, argumentos para a mudança. Assim, evita-se rotular o usuário pela patologia, mas conscientizá-lo das consequências de cada decisão sobre sua qualidade de vida. A abordagem indicada é utilizar-se da dissonância cognitiva, isto é, realizar discussões e atividades que possibilitem aumentar a discrepância entre o comportamento presente e as metas importantes para o próprio usuário (PAYÁ; FIGLIE, 2004).

A atuação do profissional alicerçado na EM, especificamente no contexto da educação em saúde, estabelecem as condições para a consolidação de uma educação popular, distanciada da fragmentação da vida social e em benefício da recomposição da integralidade nas práticas de saúde (BORGES; PORTO, 2014).

A responsabilidade que o paciente assume quanto ao provimento e manutenção de boas condições de saúde, a importância que atribui a comportamentos saudáveis e ações

preventivas, a maneira como vivencia uma situação de doença, suas expectativas quanto à resolução do problema, suas experiências anteriores, ou seja, a atitude e o conhecimento que possui relativo ao problema podem influenciar significativamente suas condutas em relação à sua saúde (FUGITA; GUALDA, 2006).

A atitude da maioria das participantes do estudo foi considerada adequada, pois ao serem questionadas se achavam importante estarem informadas sobre os exames de detecção precoce do câncer de mama, 100% das participantes do GC e GI Pré responderam positivamente. Ao serem indagadas sobre a necessidade de realização dos exames de detecção, também se obteve 100% das mulheres dos dois grupos respondendo positivamente ao questionamento.

Em relação à finalidade dos exames de detecção, obteve-se 100% das participantes do GC e 98,9% do GI Pré afirmando que os exames tinham por finalidade a detecção precoce do câncer de mama. Quando questionadas se havia motivação em buscar saúde para as mamas por meio dos exames de detecção, igual número de participantes dos dois grupos (93,4%) respondeu positivamente. Após a aplicação da intervenção educativa houve 100% das participantes do GI Pós com resposta positiva para este item. O teste χ^2 demonstrou significância estatística para os cruzamentos realizados entre os GC e GI Pós e GI Pré e GI Pós no que se refere à motivação para realização dos exames de detecção, sendo encontrado um valor $p = 0,013$. Os dados referentes à atitude estão dispostos na tabela 9.

Tabela 9 - Comparação entre os grupos de participantes em relação à atitude sobre a detecção precoce do câncer de mama antes e após a intervenção. Porto Alegre - RS. 2015.

VARIÁVEL			GC		GI PRÉ		VALOR	GC		GI PÓS		VALOR	GI PRÉ		GI PÓS		VALOR
			N	%	N	%	P	N	%	N	%	P	N	%	N	%	P
ACHA IMPORTANTE ESTAR INFORMADA SOBRE A DETECÇÃO PRECOCE DO CA DE MAMA?							0,000					0,000					0,000
SIM			91	100	91	100		91	100	91	100		91	100	91	100	
NÃO			0	0,0	0	0,0		0	0,0	0	0,0		0	0,0	0	0,0	
TOTAL			91	100	91	100		91	100	91	100		91	100	91	100	
ACHA NECESSÁRIO REALIZAR OS EXAMES DE DETECÇÃO PRECOCE?			N	%	N	%	0,000	N	%	N	%	0,000	N	%	N	%	0,000
SIM			91	100	91	100		91	100	91	100		91	100	91	100	
NÃO			0	0,0	0	0,0		0	0,0	0	0,0		0	0,0	0	0,0	
TOTAL			91	100	91	100		91	100	91	100		91	100	91	100	
PORQUE ACHA NECESSÁRIO REALIZAR OS EXAMES?							0,316					0,000					0,316
DETECTAR PRECOCEMENTE O CA DE MAMA			91	100	90	98,9		91	100	91	100		90	98,9	91	100	
OUTRA FINALIDADE			0	0,0	1	1,1		0	0,0	0	0,0		1	1,1	0	0,0	
TOTAL			91	100	91	100		91	100	91	100		91	100	91	100	
SENTE-SE MOTIVADA A BUSCAR SAÚDE PARA AS MAMAS POR MEIO DOS EXAMES?							1,000					0,013					0,013
SIM			85	93,4	85	93,4		85	93,4	91	100		85	93,4	91	100	
NÃO			6	6,6	6	6,6		6	6,6	0	0,0		6	6,6	0	0,0	
TOTAL			91	100	91	100		91	100	91	100		91	100	91	100	

A necessidade de desenvolver atividades de ensino e práticas educativas de saúde centradas na disponibilização do conhecimento e no fortalecimento de atitude ativa frente à doença ou a possibilidade de ocorrência desta está relacionada a ações de prevenção e de diagnóstico, o que, por conseguinte, gera auto manejo no controle dos fatores de risco controláveis (RODRIGUES *et al.*, 2009).

Em estudo que objetivou a partir do Modelo de Crenças em Saúde explorar as crenças de um grupo de mulheres sobre a causalidade de seu câncer de mama verificou-se a necessidade de se trabalhar no processo educativo das mulheres, em um contexto cultural significativo, aspectos relacionados a medidas de controle e diagnose da doença, uma vez que ao proporcionar conhecimento sobre a temática aumenta-se a chance de favorecer atitudes positivas voltadas para a aderência aos programas de detecção precoce do câncer de mama (FUGITA; GUALDA, 2006).

No estudo citado, a importância das mulheres apresentarem uma atitude positiva frente ao câncer de mama foi bastante ressaltada pelos autores, pois segundo os mesmos a percepção das mulheres sobre os benefícios que resultariam de ações adequadas no que se refere à detecção precoce do câncer de mama é capaz de direcionar corretamente a conduta. Assim, as mulheres do estudo que acreditavam que a detecção precoce do câncer de mama poderia diminuir a severidade da doença, possibilitando a sua cura e controle, seriam mais prováveis de procurar os serviços de saúde para fazer os exames de detecção precoce e adotarem práticas adequadas de cuidado, principalmente, relacionadas à mudança de comportamento ou atitude frente à doença.

A importância do exame de mamografia foi pesquisada em dois inquéritos de base populacional realizado com 2152 mulheres adultas e idosas em Florianópolis, que demonstraram resultados satisfatórios no que se refere à atitude em relação ao exame. No estudo, 72,6% das participantes consideraram a mamografia útil para mulheres com menos de 50 anos; 79,3% consideraram que o exame não é indicado somente para mulheres com histórico familiar de câncer e 78,1% responderam que este exame em associação com o exame clínico das mamas e autoexame das mamas detecta precocemente o câncer de mama (SCHNEIDER *et al.*, 2013).

Webster e Austoker (2006) em pesquisa realizada sobre o conhecimento sobre risco para câncer de mama e implicações do rastreamento encontraram 94% das mulheres respondendo acertadamente ao afirmarem que o rastreamento mamográfico promove detecção precoce. Entretanto, embora em menor percentual, encontraram 45% das mulheres respondendo que acreditavam que a mamografia evita o câncer de mama, o que foi um achado

preocupante para os autores, pois acreditar que a mamografia evita o câncer de mama pode fazer com que as mulheres ignorem a ocorrência de sintomas no intervalo entre os exames, o que reafirma a necessidade de informar e reforçar a importância da mamografia como método diagnóstico da doença imprescindível na detecção de lesões mamárias sintomáticas ou não.

A comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e a mulher, com auxílio de campanhas de mídia, pode garantir que a mulher tenha acesso ao conhecimento sobre a importância dos exames de rastreamento do câncer de mama como exames de rotina, independente de fatores de risco ou sintomas, e sinta-se motivada e com atitude positiva diante da realização dos exames tendo acesso aos mesmos na periodicidade correta (WEBSTER; AUSTOKER, 2006).

Diante dos estudos apresentados é notório que as mulheres têm em sua grande maioria uma atitude positiva e adequada frente ao câncer de mama, fatores de risco e os exames de controle e rastreamento, o que também foi observado neste estudo em que se obteve, de acordo com a tabela 9, em quase todos os itens que avaliaram a atitude das participantes um percentual de 100% de respostas adequadas entre as mulheres dos dois grupos avaliados (GC e GI).

A atitude favorável das mulheres em buscar um comportamento adequado de saúde para as mamas parece ser reflexo da maioria dos programas de rastreio da mama, em que a mensagem chave para as mulheres elegíveis é que o rastreio mamário “salva vidas”. Nos últimos anos, os programas de rastreio foram desafiados a fornecer informações mais equilibradas, sendo promocional em suas mensagens, o que desencadeou a natureza promocional de esforços de educação em saúde para detectar o câncer de mama em seu estágio mais precoce (SULLIVAN *et al.*, 2008).

A intervenção educativa aplicada neste estudo e associada à entrevista motivacional objetivou fornecer conhecimento para as mulheres sobre a detecção precoce do câncer de mama proporcionando por meio deste uma atitude adequada em relação aos exames de detecção da doença. Embora a atitude tenha se mostrado positiva na maioria das mulheres do estudo mesmo sem a aplicação da intervenção, ainda assim a motivação para manter a atitude adequada foi reforçada e retroalimentada por meio da técnica da entrevista motivacional, assim como orientam Miller e Rollnick (2002).

De acordo com os autores da técnica, a EM deve evocar as motivações das pessoas para fazer mudanças em comportamentos para a sua saúde, quando estes são considerados inadequados, estimulando também a motivação em manter um comportamento e atitude positivos quando estes já são praticados pelo indivíduo, o que a caracteriza como uma

perspectiva promissora na manutenção duradoura de comportamentos adequados e na melhoria das intervenções em saúde.

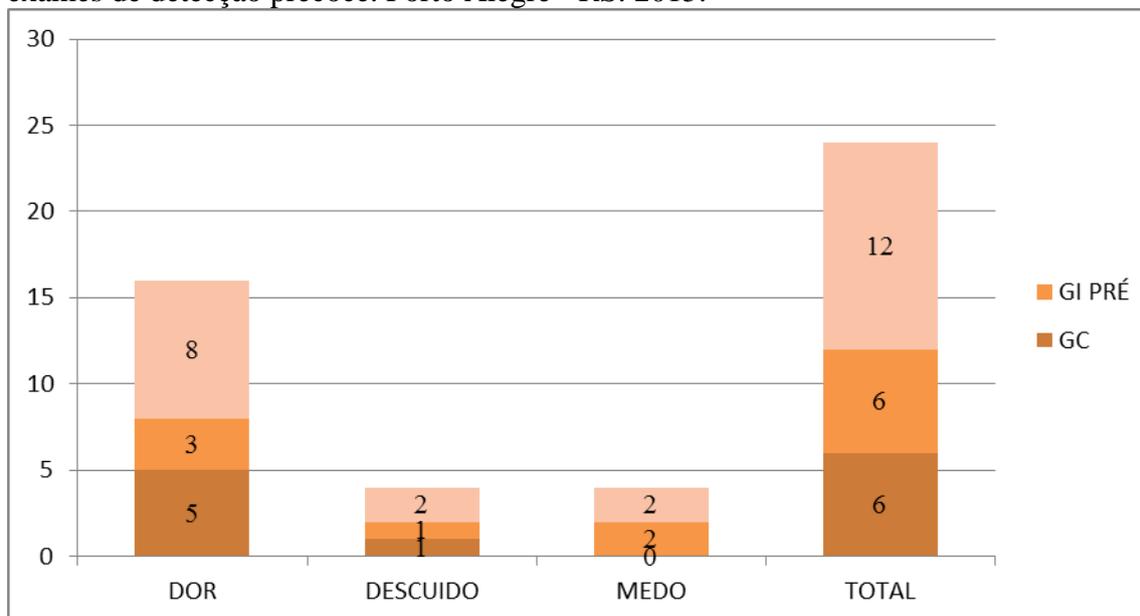
Apesar da incipiência das publicações que associam o uso da entrevista motivacional e aspectos relacionados ao câncer de mama, observou-se que o reduzido quantitativo de estudos que se utilizaram da técnica obtiveram bons resultados em termos de aderência a tratamentos, aumento de motivação para adoção de práticas promotoras da saúde das mamas, bem como atitude positiva diante de ações voltadas para o enfrentamento do câncer de mama, tratamentos e prevenção (SWENSON; NISSEN; HENLY, 2010; THOMSEN *et al.*, 2010; SPECTOR *et al.*, 2013).

Há consonância entre os resultados apresentados nos estudos citados e os verificados entre as participantes do grupo intervenção (GI), pois se obtiveram bons achados no que se refere à atitude e motivação com o uso da EM. Foi observado no GI Pós, após a sessão de EM, a manutenção da adequação da atitude e da motivação em buscar uma saúde para as mamas por meio dos exames de detecção do câncer de mama em 93,4% das participantes que inicialmente se disseram motivadas, além da mudança da motivação entre os 6,6% das participantes que inicialmente não haviam se mostrado motivadas em buscar um comportamento adequado para a saúde das mamas.

Para uma maior adesão e adoção de atitude e comportamentos adequados, acredita-se na orientação contínua e consciente da importância da prevenção e detecção precoce do câncer de mama, sendo o diálogo, a sensibilidade e a empatia do profissional de saúde estratégias e componentes fundamentais deste processo.

Ao serem questionadas sobre as causas da desmotivação em buscar uma saúde para as mamas por meio dos exames de detecção precoce, o que demonstrou uma atitude inadequada das participantes do estudo antes de se aplicar a intervenção educativa, obteve-se como motivos relatados entre as mulheres do GC: a dor associada à mamografia (5,5%) e o descuido com a saúde (1,1%). Entre as mulheres do GI Pré obteve-se: a dor (3,3%), o medo do resultado dos exames (2,2%) e o descuido com a saúde (1,1%). Os dados descritos estão ilustrados no gráfico 2.

Gráfico 2 - Causas da desmotivação para a busca de saúde para as mamas por meio dos exames de detecção precoce. Porto Alegre - RS. 2015.



Estudo exploratório de corte transversal realizado com 98 mulheres em São Paulo verificou o conhecimento de mulheres idosas sobre o câncer de mama e mamografia e apontou os motivos para a realização ou não desse exame. Os motivos mais apontados para se submeter à mamografia foram preocupação com a saúde (53,8%) e recomendação médica (38,5%). Os motivos para não fazer o exame foram: não ter recomendação médica (50%), nunca terá a doença (23,0%), não teve sintomas (19,2%) e medo do exame (7,7%) (SANTOS; CHUBACI, 2011).

Das 76 mulheres do estudo que fizeram a mamografia, 33 (43,4%) referiram ter dificuldades e 43 (56,6%) não. As dificuldades citadas foram: achava o exame dolorido – 27 (27,6%); demora na marcação do exame – 10 (10,2%); vergonha – 7 (7,1%); demora em fazer o exame – 5 (5,1%); medo do exame – 5 (5,1%); mau atendimento no momento do exame – 2 (2%) e receio de descobrir algo – 2 (2%) (SANTOS; CHUBACI, 2011).

De acordo com os dados do estudo citado a dor causada pela realização do exame de mamografia foi apontada pela maioria das mulheres como dificuldade associada ao exame. Tal achado confirma os dados do Gráfico 2 relacionados à desmotivação das participantes do estudo em buscar saúde para as mamas por meio dos exames de detecção, uma vez que a dor associada ao exame de mamografia pode atuar como fator de ausência de motivação na busca por uma atitude adequada das mulheres em relação ao diagnóstico precoce do câncer de mama.

Os autores do estudo citado mencionam que o desconforto e a dor são frequentemente referidos pelas mulheres durante a realização da mamografia, sendo que as mulheres do estudo com menos de 50 anos apresentavam, em geral, mastalgia prévia e queixavam-se mais de dor do que as idosas. Entretanto, um dado favorável observado foi que o fato de sentir dificuldades para realizar a mamografia não atuou como um empecilho para que as mulheres realizassem o exame.

Ao avaliar a frequência de desconforto e dor durante a mamografia, um estudo prospectivo realizado com 2.164 pacientes, sendo 996 previdenciárias e 1.168 da rede privada, encontrou o desconforto sendo relatado como queixa em 90% das pacientes, das quais 12% o referiram como intenso ou intolerável. Os fatores associados à dor foram: idade da paciente, o uso de anticoncepcional, mastalgia prévia e pacientes usuárias de serviços privados (FREITAS JÚNIOR *et al.*, 2006).

Para um grande número de mulheres a mamografia causa desconforto, que varia de discreto a insuportável, sendo que após o exame, os traumas físicos e psicológicos deixados podem levar as mulheres a evitarem exames futuros ou podem levá-las a influenciar outras mulheres, impedindo que estas, por sua vez, se submetam a este importante método propedêutico (WARREN, 2004).

Apesar da grande maioria das pacientes do estudo supracitado ter referido dor e desconforto durante a mamografia, os autores salientam que apenas 12% referiram desconforto intolerável, o que demonstrou que, apesar de ser um exame desagradável, a mamografia foi bem tolerada pela quase totalidade do grupo estudado.

A dor e o desconforto durante a mamografia acontecem com grande frequência, como demonstram os estudos, principalmente nas pacientes que apresentam mastalgia prévia, o que deve impulsionar ações no sentido de diminuir a desmotivação associada a esta característica do exame mamográfico, de forma que a mulher possa usufruir dessa tecnologia em seu benefício, porém, sem sofrimento (GUPTA *et al.*, 2013).

O estudo de Marchi (2004) obteve achado semelhante ao exposto no Gráfico 2 em relação ao medo constatado como causa para mulheres usuárias do serviço público sentirem-se desmotivadas a não realizarem a mamografia. Diante deste achado o autor reforçou a ação educativa com respeito mútuo ao cliente-profissional de saúde como um importante passo para que a mulher compreenda a importância do exame preventivo e sinta-se motivada a realizá-lo.

O relacionamento interpessoal entre profissional e paciente, por meio de uma comunicação efetiva, é primordial para que a mulher tenha confiança no profissional de saúde

e supere as eventuais dificuldades apontadas para a realização dos exames de detecção do câncer de mama, em especial a mamografia.

Diante do exposto, observa-se que embora tenha havido um reduzido percentual de mulheres mostrando-se desmotivadas e com atitude inadequada diante da detecção precoce do câncer de mama, a aplicação do folder informativo em associação com a entrevista motivacional breve foi capaz de produzir um aumento nos percentuais de adequabilidade do conhecimento no GI Pós em torno de 78% quando comparado com o GI Pré e com o GC.

O percentual de aumento na adequação da atitude na comparação entre os grupos foi de 7,8%, havendo 100% de adequação entre as participantes do GI Pós, o que significa mudança e manutenção de uma atitude adequada entre as participantes diante da intervenção educativa aplicada.

Os achados do estudo refutam a hipótese nula de que a adequabilidade do conhecimento e da atitude das mulheres em relação à detecção precoce do câncer de mama não seria diferente nos grupos avaliados após a aplicação do folder informativo associado à entrevista motivacional. Houve confirmação da probabilidade esperada no cálculo amostral de aumento do percentual do conhecimento e da atitude entre as mulheres em torno de 20% após aplicação da intervenção.

Os dados referentes à adequabilidade do conhecimento e da atitude entre os grupos comparados encontram-se na tabela 10.

Tabela 10 - Comparação da adequação do conhecimento e da atitude das participantes antes e após a intervenção educativa. Porto Alegre - RS. 2015.

VARIÁVEL	GC		GIPRÉ		P	GC		GIPOS		P	GIPRÉ		GIPOS		P
CONHECIME	N	%	N	%	0,305	N	%	N	%	0,001	N	%	N	%	0,001
NTO															
ADEQUADO	6	6,6	3	3,3		6	6,6	74	81,3		3	3,3	74	81,3	
INADEQUAD	85	93,4	88	96,7		85	93,4	17	18,7		88	96,7	17	18,7	
O															
TOTAL	91	100	91	100		91	100	91	100		91	100	91	100	
ATTITUDE	N	%	N	%	0,773	N	%	N	%	0,013	N	%	N	%	0,007
ADEQUADA	85	93,4	84	92,2		85	93,4	91	100		84	92,2	91	100	
INADEQUAD	6	6,6	7	7,7		6	6,6	0	0,0		7	7,7	0	0,0	
A															
TOTAL	91	100	91	100		91	100	91	100		91	100	91	100	

O aumento do conhecimento sobre o câncer de mama e de seus exames de detecção precoce proporciona motivação em relação à saúde, podendo influenciar a prática da realização desses exames, ou seja, o aumento da sensibilização sobre a neoplasia mamária pode promover a sua detecção precoce, principalmente, na mulher idosa, que tem mais riscos para desenvolvê-lo e demora mais para reconhecer os sintomas e procurar auxílio do que as mulheres jovens (RUTLEDGE *et al.*, 2001).

As informações e interpretação errônea do processo relacionado ao diagnóstico do câncer de mama faz com que as mulheres sintam medo e apreensão em realizar os exames de detecção, o que gera atrasos no diagnóstico, caso a doença venha a ocorrer, facilitando a disseminação do tumor (LINSELL; BURGESS; RAMIREZ, 2008).

Thompson et al, 2008 consideram que a informação acerca da magnitude do risco é importante para que se tenha consciência dos mesmos e revelam que o termo câncer de mama está tipicamente associado com campanhas públicas que podem ser efetivas aumentando a consciência da população, porém as vezes não são efetivas em motivar as mulheres a buscarem tratamentos preventivos e de controle da doença, ou seja, por vezes as mulheres reconhecem a existência da informação, mas não mantêm uma atitude adequada na busca por medidas de controle e diagnóstico.

A informação sobre a suscetibilidade pessoal contra determinadas situações é importante na transição da conscientização à decisão de agir. Neste sentido, é necessário que a informação proveniente de campanhas publicitárias relacionadas ao câncer de mama seja planejada e destinada a mudar a consciência da população de risco, ou seja, mais do que a

transmissão de informações sobre esta doença, deve-se planejar estratégias de educação para percepção de risco do impacto na saúde, para que se tomem medidas oportunas voltadas para a detecção (JARVANDI *et al.*, 2002).

Os resultados encontrados no estudo revelaram um aumento promissor do conhecimento e da atitude das mulheres com a aplicação da intervenção proposta, os quais superaram, inclusive, a probabilidade inicial esperada. Acredita-se que a associação da entrevista motivacional à transmissão de informações via folder tenha proporcionado resultados mais vantajosos na aquisição do conhecimento, pois transmitir conhecimento motivando o indivíduo para uma atitude adequada é uma estratégia educativa capaz de produzir maior conscientização e ação positiva diante da realidade que se deseja atuar.

O profissional enfermeiro (a) tem a oportunidade de contribuir para a saúde das mulheres através do rastreamento dos casos suspeitos e confirmados de câncer de mama, podendo oportunizar também nos espaços de convivência a contribuição de mulheres que desenvolveram uma nova lógica contra a doença por tê-la vivenciado, o que pode gerar conscientização em outras mulheres sobre o risco. A consciência do risco para o câncer de mama é capaz de aumentar práticas de cuidado como o exame clínico das mamas e a mamografia.

Há evidências científicas em relação ao atendimento de mulheres que reconhecem o enfermeiro (a) como componente no processo de comunicação, o qual é mais eficaz quando pautado pela empatia, disponibilidade, tranquilidade, com transmissão de informações práticas e capazes de gerar consciência para as mulheres (CEBALLOS-GARCÍA; GIRALDO-MORA, 2011).

7.3 Acesso aos exames de detecção precoce do câncer de mama x Acesso a estratégias educativas em saúde sobre a detecção precoce

A acessibilidade das mulheres do estudo aos exames de detecção precoce do câncer de mama nos locais de coleta dos dados foi verificada na tentativa de se traçar um panorama da situação do serviço estudado no que se refere às facilidades e dificuldades encontradas na busca pelos exames diagnósticos de controle do câncer de mama.

A visão sobre a acessibilidade ao serviço de saúde se faz mister, pois o fornecimento de informações sobre a doença e o empoderamento das mulheres na busca por uma atitude adequada em relação à detecção do câncer de mama pode, por vezes, esbarrar nas condições de acesso aos exames, o que gera barreiras diante dos esforços em manter um

comportamento de busca pela saúde das mamas com consequente controle e redução de taxas de morbimortalidade.

Em relação ao exame clínico das mamas (ECM) houve um percentual maior de mulheres referindo que possuem fácil acesso (50,54%) à realização do exame. Entretanto o percentual de mulheres que referiu difícil acesso (49,45%) foi praticamente similar ao percentual apontado para o acesso fácil à realização dos exames, o que dificultou inferir de fato se o acesso das participantes à realização do exame clínico das mamas no serviço pesquisado é realmente fácil como mencionado pela maioria.

Ao serem questionadas sobre as causas da dificuldade de acesso à realização do exame clínico das mamas, das 45 (49,45%) mulheres que referiram dificuldades em relação ao exame, 33 (36,26%) apontaram a demanda elevada de pacientes como principal dificuldade encontrada e 12 (13,18%) relataram a deficiência de profissionais disponíveis para atendimento no serviço.

O acesso à mamografia foi considerado fácil pela maioria das mulheres do estudo (69; 75,82%), havendo apenas 22 participantes (24,17%) que consideraram o exame de difícil acesso nos locais pesquisados. Entre as causas apontadas para a dificuldade de acesso ao exame, a demanda elevada foi apontada pela maioria das mulheres (20; 21,97%), havendo somente duas (2,19%) mulheres referindo a existência de mamógrafos com defeito como fator causador de dificuldade para realizar o exame mamográfico. Os dados referentes ao acesso das mulheres do estudo à realização dos exames de detecção precoce do câncer de mama estão expostos na tabela 11.

Tabela 11 - Acessibilidade para a realização dos exames de detecção precoce do câncer de mama nos locais de estudo. Porto Alegre - RS. 2015.

VARIÁVEL	N	%
EXAME CLÍNICO DAS MAMAS (ECM)		
FÁCIL ACESSO	46	50,5
DIFÍCIL ACESSO	45	49,4
TOTAL	91	100,0
CAUSAS DA DIFICULDADE DE ACESSO AO ECM		
FALTAM PROFISSIONAIS	12	13,1
DEMANDA ELEVADA	33	36,2
TOTAL	45	49,4
MAMOGRAFIA		
FÁCIL ACESSO	69	75,8
DIFÍCIL ACESSO	22	24,1
TOTAL	91	100,0
CAUSAS DA DIFICULDADE DE ACESSO À MAMOGRAFIA		
DEMANDA ELEVADA	20	21,9
MAMÓGRAFOS COM DEFEITO	2	2,1
TOTAL	22	24,1

De forma geral e de acordo com os dados da tabela acima, pode-se afirmar que o acesso das mulheres aos exames de detecção precoce do câncer de mama no serviço pesquisado foi considerado fácil, apesar de algumas barreiras terem sido relatadas, em especial, no que se refere ao exame clínico das mamas, tais como a demanda elevada de pacientes e a falta de profissionais.

Cabe ressaltar que o estudo foi desenvolvido em um serviço privado de atenção à saúde e que apesar das dificuldades evidenciadas pelas participantes, o tempo de espera, em virtude da demanda de pacientes, para realização dos exames não pode ser considerado elevado quando comparado à realidade do serviço público, nem tampouco atuar como fator impeditivo para que as mulheres não se submetam aos exames diagnósticos e de rastreamento do câncer de mama.

Estudo qualitativo realizado em Medellín na Colômbia descreveu as barreiras que impedem as mulheres de acessar os serviços de saúde e adotar atitude favorável para a detecção precoce e tratamento oportuno para o câncer de mama. No estudo os autores revelaram que as barreiras são todas as condições psicológicas e sociais que impedem ou atrasam o acesso ao serviço de saúde, tais como a falta de seguro saúde, medo do diagnóstico da doença, falha na comunicação com o paciente, falha na implementação de diretrizes clínicas, prática diagnóstica e tratamento, uso de aparelhos e métodos diagnósticos inadequados e a fragmentação da assistência aos pacientes (CEBALLOS-GARCÍA; GIRALDO-MORA, 2011).

Entre as barreiras evidenciadas, devem-se considerar aquelas que dependem da atuação profissional direta, pois são passível de mudanças, desde que os profissionais estejam voltados para uma práxis baseada na busca por uma assistência em saúde de qualidade e comprometida com os melhores resultados a serem alcançados.

Em uma pesquisa que avaliou o conhecimento de 200 mulheres sobre o câncer de mama, 97,5% concordaram sobre a importância da participação dos enfermeiros nas campanhas de prevenção, entretanto, apenas 35% receberam orientações deste profissional (PEREIRA; GUIMARÃES, 2008). Tal achado demonstra a urgente necessidade da mudança na prática profissional desta categoria, para que não se caracterize a atuação destes profissionais como barreiras evidenciadas para o acesso e controle do câncer de mama, mas sim como agente de mudança e de motivação na luta contra a doença.

Uma das funções do enfermeiro entre as diversas desempenhadas é a de educador em saúde. A prática de educação em saúde é bem antiga - desde o século XVIII – quando a educação em saúde era voltada para as doenças, salientando os "certos e errados", hoje se tem

um paradigma diferente, onde a educação em saúde volta-se para ações educativas à população. Estas constituem um dos instrumentos utilizados pela enfermagem, tanto no modelo assistencial individual, cuja preocupação é o desenvolvimento individual, como no modelo de saúde coletiva (HAMMERSCHMIDT; LISBOA, 2004).

Ainda sobre o estudo de Pereira e Guimarães (2008), um dado importante foi que apenas 7% das mulheres do estudo referiram o enfermeiro como orientador, estando este profissional ocupando a última posição entre os profissionais mencionados como transmissor de educação em saúde, evidenciando mais uma vez que os enfermeiros estão deixando lacunas na sua atuação, permitindo que outros profissionais ocupem o seu lugar. Verificou-se junto às participantes a importância da realização de campanhas sobre o câncer de mama, obteve-se 100% de respostas positivas; entretanto, quando questionadas se receberam informações sobre prevenção do câncer de mama em campanhas realizadas 21% (42) das respostas foram negativas, relatando não terem recebido nenhuma informação sobre o assunto nas campanhas.

Os dados demonstraram que as mulheres de uma forma geral estavam preocupadas com sua saúde, mas necessitavam de informações e estímulos frequentes para manutenção de seu bem estar, o que de acordo com os autores pode ser incitado por meio da realização de campanhas de prevenção sobre o câncer de mama que alcancem a população não de forma superficial, mas que se utilize de novas técnicas de divulgação capazes de garantir melhor absorção de conhecimentos.

Ao verificar o acesso prévio das participantes do estudo a informações educativas sobre a detecção precoce do câncer de mama a maioria das participantes (69; 75,8%) respondeu positivamente, havendo 22 (24,1%) respondendo negativamente. Das participantes que já tinham tido acesso a informações sobre a doença, a maioria referiu a televisão (42; 46,1%) como principal veículo de informação, sendo o uso de folhetos o segundo veículo mais referido (20; 21,9%), seguido pelas palestras (5; 5,4%) e vídeo (2; 2,1%).

Ao serem questionadas sobre o desejo de acesso a mais informações sobre os exames diagnósticos, 72 (79,12%) mulheres responderam que gostariam de saber mais sobre os exames de detecção do câncer de mama. Os principais veículos de informação citados pelas mulheres e capazes de gerar maior conhecimento e aprendizado foram as palestras, oficinas e vídeos educativos, os quais foram referidos por 83 (91,20%) participantes, enquanto 8 (8,79%) referiram o uso de folhetos e cartilhas como melhor veículo de informação na transmissão de conhecimentos. Tais dados estão dispostos na tabela 12.

Tabela 12 - Acesso das mulheres à informação educativa sobre os exames de detecção precoce do câncer de mama. Porto Alegre - RS. 2015.

VARIÁVEL	N	%
ACESSO PRÉVIO À INFORMAÇÃO SOBRE OS EXAMES DE DETECÇÃO		
SIM	69	75,8
NÃO	22	24,1
TOTAL	91	100,0
TIPO DE VEÍCULO DE INFORMAÇÃO		
TELEVISÃO	42	46,1
FOLHETOS	20	21,9
PALESTRA	5	5,4
VÍDEO	2	2,1
TOTAL	69	75,8
DESEJO DE ACESSO A NOVAS INFORMAÇÕES SOBRE OS EXAMES		
SIM	72	79,1
NÃO	19	20,8
TOTAL	91	100,0
PRINCIPAIS VEÍCULOS DE INFORMAÇÃO		
FOLHETOS/CARTILHAS	8	8,7
PALESTRAS/OFICINAS/VÍDEOS	83	91,2
TOTAL	91	100,0

Um estudo que avaliou o perfil das mulheres submetidas à mamografia revelou que as mulheres pesquisadas já tinham obtido algum tipo de informação sobre o câncer de mama. Dentre as respostas sobre onde obtiveram as informações sobre essa doença, 53 (31,9%) referiram-se aos meios de comunicação, 34 (20,5%) a palestras, 27 (16,3%) aos amigos, 21 (12,7%) à família e 31 (18,7%) aos profissionais de saúde (GODINHO; KOCH, 2002).

De acordo com os autores, os resultados demonstraram que os meios de comunicação são uma das principais fontes de informação para o câncer de mama, tendo sido encontrado entre as participantes a televisão destacando-se nas respostas sobre as fontes utilizadas para se obter conhecimento sobre o câncer de mama, seguida pelas revistas, conversas interpessoais, médico, jornais, rádio e Internet.

Os achados deste estudo corroboram com os expostos na tabela 12, em que a televisão foi elencada pela maioria das participantes como meio de comunicação de destaque na transmissão de informações a respeito do câncer de mama e exames de detecção, havendo, também e de forma similar ao estudo citado, expressivo percentual de mulheres que elegeram o uso de palestras como preferência na escolha pelo tipo de estratégia educativa a ser utilizada para fornecer informações e conhecimento sobre o câncer de mama.

Nos últimos anos, a mídia aumentou o número de matérias relacionadas à detecção precoce, principalmente, sobre o câncer de mama e a importância da realização de seus exames de detecção (mamografia, ultrassonografia e exame clínico das mamas). Entretanto, ainda existem lacunas no conhecimento das mulheres acerca de tais métodos o que, por vezes, gera uma reduzida adesão a prática desses exames (FOGAÇA; GARROTE, 2004).

Essa realidade direciona para a importância da construção do conhecimento em saúde, o qual deve ser erguido com base em atividades de educação em saúde que estimulem a prevenção de doenças, a promoção da saúde e de maneira primordial o engajamento da população.

O caráter muitas vezes superficial e/ou autoritário das ações educativas em saúde tem incitado a busca de novas práticas capazes não apenas de educar, mas de conscientizar e motivar para atuar, de forma que o preparo para o autocuidado e promoção da saúde perpassa as meras informações superficiais (MOREIRA *et al.*, 2013).

A entrevista motivacional como técnica capaz de motivar a adoção de comportamentos e ações em saúde desenvolvendo o exercício da reflexão e atitude crítica pode atuar como elo e suporte na transmissão de conhecimento sobre prevenção de doenças, como é o caso do câncer de mama, sendo capaz de produzir resultados exitosos e com maior alcance na assimilação das informações e orientações repassadas à população.

Diante disto, acredita-se que a entrevista motivacional foi capaz de produzir os resultados significantes alcançados no estudo no que se refere ao aumento do conhecimento em relação à detecção precoce do câncer de mama, mesmo tendo se utilizado de uma tecnologia educativa leve (folder informativo) e que não fora mencionada pela maioria das participantes da amostra quando questionadas sobre o tipo de estratégia educativa a ser utilizada para melhor transmissão de informações sobre a detecção do câncer de mama.

A contribuição de estratégias educativas na aquisição de conhecimentos envolve a promoção da saúde, prevenção de complicações, desenvolvimento de habilidades e favorecimento da autonomia e confiança do paciente. Assim, considera-se de extrema importância a atuação do enfermeiro como educador em saúde, pois é capaz de lançar mão de estratégias inovadoras e associar técnicas para que as informações sejam fornecidas de forma diferenciada à comunidade.

A transmissão do conhecimento deve ser realizada de forma a favorecer a compreensão da informação transmitida, a fim de que o processo de assimilação do conteúdo e a construção do saber se deem de forma crítica e eficaz (MOREIRA; SILVA, 2005).

8 CONCLUSÕES

A avaliação do conhecimento em relação aos exames de detecção precoce do câncer de mama entre as participantes dos dois grupos estudados (GC e GI) apresentou baixo percentual de adequabilidade antes da aplicação da intervenção educativa utilizada (folder informativo e entrevista motivacional), havendo 6,6% das participantes do GC com conhecimento adequado e 3,3% do GI Pré.

Diferentemente dos percentuais verificados em relação ao conhecimento, a atitude apresentou elevado percentual de adequação entre as participantes dos grupos estudados mesmo antes da aplicação da intervenção educativa, havendo 93,4% das mulheres do GC com atitude adequada e 92,3% do GI Pré.

A homogeneidade entre os grupos em relação às duas variáveis foi observada por meio do teste χ^2 de Pearson ($p > 0,05$).

A aplicação da intervenção educativa foi capaz de produzir um aumento no percentual de adequabilidade do conhecimento no GI de 78%, o qual superou a probabilidade inicial de um aumento de 20% prevista no cálculo amostral após a aplicação da intervenção proposta. Assim, após a intervenção houve 81,3% das mulheres do GI Pós com adequação do conhecimento em relação aos exames de detecção do câncer de mama. Verificou-se significância estatística na comparação entre os grupos com relação à adequação do conhecimento antes e após a intervenção educativa ($p = 0,001$).

A adequação da atitude apresentou um aumento de 7,8% entre as participantes do GI, havendo 100% de adequação após a aplicação da intervenção. Também se verificou significância estatística na comparação entre os grupos ($p < 0,05$). Os achados relativos à atitude demonstraram mudança entre as participantes que haviam apresentado inadequação inicialmente e manutenção da adequação entre aquelas que mostraram motivação inicial em manter um comportamento adequado em relação aos exames de detecção.

Diante dos resultados refuta-se a hipótese nula (H_0) do estudo e se aceita a hipótese H_1 de que a adequabilidade do conhecimento e da atitude das mulheres em relação à detecção precoce do câncer de mama seria diferente nos grupos avaliados após a aplicação do folder informativo associado à entrevista motivacional. Assim, confirma-se a tese de que o uso de uma estratégia educativa (folder informativo) associada à entrevista motivacional possibilita a aquisição de conhecimentos e atitude adequada de mulheres para a prevenção secundária do câncer de mama.

O acesso das participantes aos exames de detecção precoce do câncer de mama nos locais de estudo foi considerado fácil pela maioria das participantes, o que pode atuar como fator positivo na busca das mulheres pela prática dos exames de detecção, uma vez que possuir mais informações e conhecimento sobre os exames associados à uma atitude adequada e motivação pela busca de saúde para as mamas poderia esbarrar no acesso dificultado ao serviço de saúde, impedindo a prática adequada em relação à detecção precoce.

As barreiras relatadas pelas mulheres para o acesso aos exames de detecção do câncer de mama foram, principalmente, a demanda elevada de pacientes e a deficiência de profissionais disponíveis para atendimento, as quais foram apontadas como dificuldades associadas mais ao exame clínico das mamas do que em relação à mamografia.

Salienta-se o fato do estudo ter sido desenvolvido em um serviço privado de atenção à saúde, o que certamente diferencia as dificuldades relatadas pelas participantes quando comparadas à realidade dos serviços públicos, em que as dificuldades e barreiras para o acesso aos exames de detecção precoce podem atuar fortemente como fatores impeditivos para a prática dos mesmos e para o rastreamento do câncer de mama.

A maioria das participantes do estudo tinha tido acesso prévio a informações sobre a detecção precoce do câncer de mama, sendo a televisão o principal veículo de informação relatado pelas mulheres, seguido pelos folhetos informativos. Entretanto, apesar da disponibilidade de informações prévias sobre a prevenção secundária do câncer de mama, houve um elevado percentual de inadequação do conhecimento entre as participantes do estudo antes da aplicação da intervenção educativa.

A grande quantidade de campanhas relacionadas à detecção precoce do câncer de mama e veiculadas pela televisão e folhetos parece atingir à população de forma superficial, causando lacunas no conhecimento das mulheres acerca dos métodos diagnósticos e de prevenção do câncer de mama, o que pode contribuir para uma redução na prática desses métodos.

O desenvolvimento de práticas educativas em saúde que transcendam a simples função de informar deve ser estimulado, baseando-se nos resultados promissores encontrados na aquisição de conhecimento quando se associam estratégias capazes de educar, de produzir reflexão e conscientização.

Acredita-se na entrevista motivacional como técnica passível de ser utilizada em associação com estratégias educativas a serem aplicadas nos espaços de convivência e no contexto da detecção precoce do câncer de mama, pois a mesma é capaz de alavancar a

transmissão de informação e conhecimentos por ser promotora de uma consciência crítico-reflexiva voltada para adoção de comportamentos adequados.

Diante disto, infere-se que a técnica foi capaz de produzir os resultados significantes alcançados no estudo no que se refere ao aumento do conhecimento e manutenção da atitude adequada em relação à detecção precoce do câncer de mama, mesmo tendo se utilizado de uma tecnologia educativa leve como suporte na transmissão e produção do conhecimento.

Avaliar em longo prazo os efeitos da intervenção educativa sobre o conhecimento e a atitude das participantes do estudo foi considerada uma limitação, apesar de alguns estudos demonstrarem que a entrevista motivacional é capaz de produzir resultados relativos à motivação para manutenção de um comportamento adequado em longo prazo entre os sujeitos, não foi possível constatar neste estudo os efeitos da intervenção aplicada em longo prazo, havendo somente a verificação dos resultados obtidos imediatamente após o uso do folder informativo associado à entrevista motivacional breve.

Sugere-se para estudos futuros avaliar o custo benefício e a disponibilidade de pesquisadores trabalharemos com a entrevista motivacional em mais sessões com os sujeitos. Apesar de haverem relatos e resultados positivos com o uso da entrevista motivacional breve em sessão única como feito neste estudo, acredita-se que o vínculo e a empatia gerados pelo profissional à medida que se realizam mais encontros com a clientela sejam capazes de produzir melhores efeitos em longo prazo.

REFERÊNCIAS

- AARTS, M.; VOOGD, A.; DUIJM, L.; COEBERGH, J.; LOUWMAN, W. Socioeconomic inequalities in attending the mass screening for breast cancer in the south of the Netherlands - associations with stage at diagnosis and survival. **Breast Cancer Res. Treat.**, v. 128, p: 517-525, 2011.
- ABREU, Evaldo de. Pró-Onco 10 anos. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 43, n. 4, out-dez, 1997.
- ABREU, E., KOIFMAN, S. Fatores prognósticos no câncer de mama feminina. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 48, n. 1, p: 113-131, 2002.
- ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Rev. Bras. Enferm.**, jan./fev; v. 6, n. 1, p: 117-121, 2008.
- AETMIS. Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Report prepared by Wilber Deck with the contribution of Ritsuko Kakuma. Screening mammography: a reassessment. **Montreal: AETMIS**, 2006. Disponível em: <<http://www.aetmis.gouv.qc.ca/site/download.php?f=48202dfec055e10d2333f594c7d1b1b4>>. Acesso em: 15 mar. 2015.
- AFONSO, V. W.; RIBEIRO, L. C.; BERTOCCHI, F. M.; DINIZ, A. L. D.; PASSOS, C. S.; PAULA, E. A. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca de exames ginecológicos preventivos por trabalhadoras do terceiro setor. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 37, n. 4, p. 431-439, out./dez. 2011.
- AGUIAR, E. D.; *et al.* *GSTM1*, *GSTT1*, and *GSTP1* polymorphisms, breast cancer risk factors and mammographic density in women submitted to breast cancer screening. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 15, n. 2, p: 246-255, 2012.
- ALFRED, R.; *et al.* Prevalencia y significación de la positividad del receptor de estrógeno (RE) en el cáncer de mama en el Hospital Universitario de West Indies, Jamaica. **West Indian Med. J.**, v. 61, n. 8, p: 795-801, 2012.
- ALVES, V. S. A. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic Saúde Educ.**, v. 9, n. 16, p: 39-52, 2005.
- AMORIM, V.; *et al.* Fatores associados a não realização da mamografia e do exame clínico das mamas: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**; v. 24, p: 2623-232, 2008.
- ANDERSON, B. O.; CAZAP, E. Breast Health Global Initiative outline for program development in Latin America. **Salud Pública de México**, v. 51, suplemento. 2, 2009.
- ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M. S. A técnica da entrevista motivacional na adolescência. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 127-139, 2005.

ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M. S. Efeitos da entrevista motivacional em adolescentes infratores. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 1, jan-mar, p. 45-53, 2008.

ARANTES, S. L.; MAMEDE, M. V. A participação das mulheres com câncer de mama na escolha do tratamento: um direito a ser conquistado. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 11, n. 1, p. 49-58, 2003.

ARAÚJO, A. L. N.; *et al.* Grau de satisfação após mastectomia com reconstrução mamária. **Arq Catarinense Méd**, v. 39, n. 2, abr-jun, 2010.

ARAÚJO, M. M. V. de; *et al.* Antecedentes familiares de primeiro e segundo graus como fatores de risco para o câncer de mama: estudo caso-controle. **Rev Bras Mastologia**, v. 19, n. 1, p: 16-20, jan-mar, 2009.

BAIROS, F. S., *et al.* Racial inequalities in access to women's health care in southern Brazil. **Cad. Saúde Pública**: Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p: 2364-2372, dez, 2011.

BARBOSA, F. I.; *et al.* Caracterização das práticas de educação em saúde desenvolvidas por enfermeiros em um município do centro-oeste mineiro. **REME**, 2010.

BARRETO, I. C. H. C. ; *et al.* A educação permanente e a construção de Sistemas Municipais de Saúde- Escola: o caso de Fortaleza. **Divulg Saúde Debate**, v. 34, p: 31-46, 2006.

BARRETO, A. S. B., MENDES, M. F. M., THULER, L. C. S. 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, 2012.

BARRETO, R. A. S. dos; SUZUKI, K.; LIMA, M. A. de; MOREIRA, A. A. As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.10, n.1, p. 110 – 123, jan./abr., 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a10.htm>>. Acesso em: 10 de jan. de 2011.

BATISTON, A.P.; *et al.* O Método de detecção do câncer de mama e suas implicações. **Cogitare Enferm**, v. 14, n. 1, p. 59-64, 2009.

BIM, C. R.; *et al.* Diagnostico precoce do câncer de mama e de colo uterino em mulheres do município de Guarapuava. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 940-946, 2010.

BONFIM, I. S. M.; ALMEIDA, P. C.; ARAÚJO, I. M. A.; BARBOSA, I. C. F. J.; FERNANDES, A. F. C. Identificando fatores de risco e as práticas de autocuidado para detecção precoce do câncer de mama em familiares de mastectomizadas. **Rev RENE**, v. 10, n. 1, p. 45-52, 2009.

BORGES, S. A. C.; PORTO, P. N. Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p: 338-346, abr-jun, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 97p. 1984.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** 2012.

_____. Portaria GM 2439/2006. **Política Nacional de Atenção Oncológica.** 2005.

BRITO, L. G.; BRITO, L. M.; CHEIN, M. B. Knowledge about mammography of women from a Northeastern city in Brazil. **Prev Med**; v. 52, n. 3, p: 285-286, 2011.

BRITO, L.M. O.; *et al.* Conhecimento, prática e atitude sobre o autoexame das mamas em mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 32, n. 5, p. 241-246, 2010.

BRITO, C.; PORTELA, M. C.; VASCONCELLOS, M. T. L. de. Fatores associados à persistência à terapia hormonal em mulheres com câncer de mama. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p: 284-295, 2014.

BRITO, N. M. B.; *et al.* Perfil epidemiológico das pacientes com neoplasia maligna de mama atendidas no Hospital Ofir Loyola. **Rev Para Med**, v. 18, n. 3, jul-set, p. 49-54, 2004.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção de saúde. In: **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz, 2003.

GUIMARÃES, H. C. Q. C. P.; PEREIRA, B. C. S. Conhecimento sobre câncer de mama em usuárias do serviço público. **Rev Inst Ciênc Saúde**; v. 26, n. 1, p: 10-15, 2008.

CASEY, M. C., CERHAM, J. R., PRUTHI, S. Oral contraceptive use and the risk of breast cancer. **Mayo Clin Proc**; v. 83, n. 1, p: 86-91, 2008.

CAVALCANTE, S. A. M.; SILVA, F. B.; MARQUES, C. A. V.; FIGUEIREDO, E. N.; GUTIÉRREZ, M. G. R.. Ações do Enfermeiro no rastreamento e Diagnóstico do Câncer de Mama no Brasil. **Rev Bras Cancerol**, v. 59, n. 3, p: 459-466, 2013.

CAVALCANTE, M. T. L.; VASCONCELLOS, M. M. Tecnologia de informação para a educação na saúde: duas revisões e uma proposta. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.12, n.3, p: 611-622, 2007.

CATRIB, A. M. F.; *et al.* **Educação em saúde:** no contexto da promoção humana. Fortaleza: Demócrito Rocha, p. 31-38, 2003.

CEBALLOS-GARCÍA, G. Y.; GIRALDO-MORA, C. V. “Autobarreras” de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama. **Chía, Colombia**, v. 11, n. 2, agosto, p. 1140-1157, 2011.

CEDILLO, I. G.; MORENO, M. J. Promoción de una mayor adherencia terapéutica en niños con VIH/SIDA mediante entrevista motivacional. **Univ Psychol**, v. 13, n. 2, p: 651-660, Bogotá, Colombia, abr-jun, 2014.

CIATTO, S., GUIDO, M.; MARCO, Z. Prognostic impact of the early detection of metachronous contralateral breast cancer. **European Journal of Cancer**, v. 40, n. 10, p: 1496-1501, 2004.

CIBEIRA, G. H.; GUARAGNA, R. M. Lipídio: fator de risco e prevenção do câncer de mama. **Rev Nutr**, v. 19, n. 1, p. 65-75, 2006.

CHAGAS, M. I. O, XIMENES, L. B. , JORGE, M. S. B. Educação em Saúde e interfaces conceituais: representações de estudantes de um curso de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 60, n. 6, p: 646-650, 2007.

CHELF, J. H., *et al.* Cancer-related patient education: An overview of the last decade of evaluation and research. **Oncology Nursing Forum**, v. 28, p.1139–1147, 2001.

COHEN, L.; DOBSON, H. MCGUIRE. Promoting breast screening in Glasgow. **Health Bull**, v. 58, n. 2, p: 127-132, 2000.

CRYSTAL, P.; STRANO, S. D.; SHCHARYNSKI, S, et al. Using sonography to screen women with mammographically dense breasts. **AJR Am J Roentgenol.**; v. 181, p:177–182, 2003.

CUNHA, A. M. R. da, LEMÔNICA, L. Incidência da síndrome da mama fantasma e suas características clínicas. **Rev Bras Mastol**. v. 12, n. 4, out-dez, p. 29-38, 2002.

DOMENIGHETTI, G., *et al.* Women's perception of the benefits of mammography screening: population-based survey in four countries. **Int J Epidemiol**, v. 32, n. 5, p: 816-821, 2003.

EIDT, E. R., *et al.* Avaliação dos fatores hormonais em mulheres com diagnóstico de neoplasia de mama com idade superior a 40 anos. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 40, n. 1, p: 40-44, 2011.

EVANS, D. G. R., LALLOO, F. Risk assessment and management of high risk familial breast cancer. **JMG**. v. 39, p: 865-871, 2002.

ELIZALDE, R.; *et al.* Características epidemiológicas del cáncer de mama en el área metropolitana de Buenos Aires e La Plata. Estudio de una serie de 4041 casos del Registro del Cáncer de Mama (RCM). **Rev Argent Mastología**, v. 32, n. 116, p: 253-268, 2013.

FARIA, J. B. de., E SEIDL, E. M. F. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p.155-164, 2006.

FELDEN, J. B. B.; FIGUEIREDO, A. C. L. Distribuição da gordura corporal e câncer de mama: um estudo caso-controle no Sul do Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p: 2425-2433, 2011.

FERNANDES, C. N. S. Refletindo sobre o aprendizado do papel de educador no processo de formação do enfermeiro. **Rev Latino-am Enfermagem**, julho-agosto; v.12, n.4, p. 691-6933, 2004.

FERNANDES, A. F. C.; MAMEDE, M. V. **Câncer de mama: mulheres que sobreviveram.** Fortaleza: UFC, 2003, p.11 - 58.

FERNANDES, A. F. C.; ARAÚJO, I. M. A de. **Enfrentando o diagnóstico de câncer de mama: depoimentos de mulheres mastectomizadas.** Fortaleza: UFC, 2005, p.13 - 45.

FERREIRA, M. L. S. M., AYRES, J. A., CORREA, I. Educação em saúde — revisão bibliográfica de 2005-2007. **Rev Min Enferm.**, v. 13, n. 2, p: 266-273, 2009.

FERREIRA, M. L. M.; OLIVEIRA, C. de. Conhecimento e significado para funcionárias de indústrias têxteis sobre prevenção do câncer do colo-uterino e detecção precoce do câncer da mama. **Rev Bras Cancerol**, v. 52, n. 1, p: 5-15, 2006.

FILGUEIRAS, M. S. T.; *et al.* Avaliação psicossomática no câncer de mama: proposta de articulação entre os níveis individual e familiar. **Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 4, p. 551-560, 2007.

FOGAÇA, E. I. C.; GARROTE, L. F. Câncer de mama: atenção primária e detecção precoce. **Arq Cienc Saúde**, v. 11, n. 3, p: 179-181, 2004.

FOROUZANFAR, M. H, FOREMAN, K. J, DELOSSANTOS, A. M. Breast and cervical cancer in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. **Lancet**, v. 378, p: 1461-1484, 2011.

FREITAS, C. R. P.; TERRA, K. L.; MERCÊS, N. N. A. Conhecimentos dos acadêmicos sobre prevenção do câncer de mama. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 32, n. 4, p: 682-687, Porto Alegre (RS), dez, 2011.

FREITAS JÚNIOR, R.; *et al.* Desconforto e dor durante realização da Mamografia. **Rev Assoc Med Bras**; v. 52, n. 5, p: 333-336, 2006.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA (FEE). **Resumo estatístico Rio Grande do Sul.** Rio Grande do Sul. 2014. Disponível em: <http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/resumo/pg_estado_tabela.php?id=10>. Acesso em: 11 de mai. de 2014.

FUGITA, R. M. I.; GUALDA, D. M. R. A causalidade do câncer de mama à luz do Modelo de Crenças em Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 4, p: 501-506, 2006.

GASPARELO, C., *et al.* Women's perceptions on the impact of radical mastectomy in their personal and marital life. **Ciência, Cuidado e Saúde**.v. 9, n. 3, jul-set, p. 535-542, 2010.

GODINHO, E. R.; KOCH, H. A. O perfil da mulher que se submete a mamografia em Goiânia: uma contribuição a bases para um programa de detecção precoce do câncer de mama. **Radiol Bras;** v. 35, n. 3, p: 139-145, 2002.

GODINHO, E. R., KOCH, H. A. Rastreamento do câncer de mama: aspectos relacionados ao médico. **Radiol Bras**, v. 37, p: 91-9, 2004.

- GODOY, C. B. O curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina na construção de uma nova proposta pedagógica. **Rev Latino-am Enfermagem**, julho-agosto; v. 10, n. 4, p: 596-603, 2002.
- GONÇALVES, A. T. C.; *et al.* Câncer de mama: mortalidade crescente na Região Sul do Brasil entre 1980 e 2002. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, agosto, p. 1785-1790, 2007.
- GONÇALVES, L. L. C.; *et al.* Mulheres portadoras de câncer de mama: conhecimento e acesso às medidas de detecção precoce. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 362-367, 2009.
- GONZÁLEZ-ROBLEDO, L. M.; *et al.* Acciones gubernamentales para la detección temprana del cáncer de mama em América Latina. Retos a futuro. **Salud Publica de México**, v. 52, n. 6, nov-dic, 2010.
- GONZÁLEZ-ROBLEDO, M. C; *et al.* Formación de médicos y enfermeiras para la detección temprana del cáncer de mama em México. **Rev Salud Pública**, v. 13, n. 6, p. 966-979, 2011.
- FONT-GONZALEZ, A. F., PIÑEROS, M., VRIES, E. de. Self-reported early detection activities for breast cancer in Colombia in 2010: impact of socioeconomic and demographic characteristics. **Salud Pública de México**, v. 55, n. 4, jul-ago, P. 368-378, 2013.
- GOZZO, T. O.; *et al.* Informações para a elaboração de um manual educativo destinado às mulheres com câncer de mama. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 2, abr-jun, p. 306-311, 2012.
- GREGO, M. C.; *et al.* Oficina de autoexame de mamas: uma estratégia para o autoconhecimento de adolescentes. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 4, p. 493-499. 2011.
- GUALDA, M. R. G.; BERGAMASCO, R. B. Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença. **A experiência da mulher com câncer de mama: uma análise segundo o modelo de trajetória da doença crônica**. São Paulo: Ícone, 2004, p. 169-183.
- GUERRA, M. R.; GALLO, C.V. M.; MENDONÇA, G. A. S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Rev Bras Cancerol**, v. 51, n.3, p. 227-234, 2005.
- GUPTA, R.; *et al.* Pain during mammography: impact of breast pathologies and demographic factors. **Med Princ Pract**; v. 12, p: 180-183, 2003.
- HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; LISBOA, M. C. Educação em saúde para pessoas idosas com diabetes mellitus. **Rev Nursing**, v. 79, n. 7, p: 36-40, 2004.
- HENDRICK, R. E.; HELVIE, M. A. United States Preventive Services Task Force screening mammography recommendations: science ignored. **AJR Am J Roentgenol**; v. 196, p: 112–116, 2011.
- HERNÁNDEZ, D. E.; BORGAS, R.; BETANCOURT, L. Câncer de mama en mujeres de edad media evaluación de los factores de riesgo. **Rev Venez Oncol [online]**. v. 23, n. 4, p. 238-245. 2011.

HULLEY, S. B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica.** 3ª ed Porto Alegre. Artmed. 2008.

HUMPHREY, L. L.; HELFAND, M.; CHAN, B. K, et al. Breast cancer screening: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. **Ann Intern Med.**; v. 137, (Part 1), p: 347–360, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Área territorial brasileira:** consulta por Unidade da Federação. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/areaterritorial/principal.shtm>>. Acesso em 17 de outubro de 2012.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Controle de câncer de mama:** documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

_____. **Ações de enfermagem para o controle do câncer:** uma proposta de integração ensino-serviço. 3ª edição. Rio de Janeiro: INCA, 2008a.

_____. **Encontro Internacional sobre Rastreamento do Câncer de Mama – Resumo das Apresentações.** Rio de Janeiro, 2008b.

_____. **Genética do câncer de mama e de câncer de ovário,** Rio de Janeiro, 2008c.

_____. **Encontro Internacional sobre Rastreamento do Câncer de Mama – Caderno de Resumos.** Rio de Janeiro, 2009, 393p.

_____. **Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama.** Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil+/programa_controle_cancer_mama/>. Acesso em 24 de mar. de 2013.

_____. **Fatores de risco para o câncer de mama.** Disponível em:<<http://www.inca.gov.br/fatorderisco/2010>>. Acesso em: 20 out. 2012.

_____. **Estimativas de incidência e mortalidade por câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/tabelaregiones.asp?ID=5>>. Acesso em 11 mai. 2014.

JACKSOS, V. P. Screening mammography: controversies and headlines. **Radiology.** v. 225, p: 323–326, 2002.

JARVANDI, S.; *et al.* Beliefs and behaviours of Iranian teachers toward early detection of breast cancer and breast selfexamination. **Public Health;** v. 116, n. 4, p: 245-249, 2002.

JONSSON, H. BORDÁS, P. WALLIN, H. et al. Service screening with mammography in Northern Sweden: effects on breast cancer mortality – an update. **J Med Screen.** v. 14, n. 3, p: 87–93., 2007.

KALAGER, M.; *et al.* Effect of screening mammography on breast-cancer mortality in Norway. **N Engl J Med.**; v. 363, p: 1203–1210, 2010.

KILANDER, H. F. **Testing health information of students and adults.** J. School Health, v. 71, n. 8, p. 411-413, 2001.

KIM, J. H.; *et al.* Assess the effects of culturally relevant intervention on breast cancer knowledge, beliefs, and mammography use among Korean American women. **J Immigr Minor Health**; v. 12, n. 4, p: 586-597, 2009.

KNAPP, P.; LUZ, E.; BALDISSEROTTO, G. Terapia cognitiva no tratamento da dependência química. In RANGÉ, B. (Org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria.** p. 332-350. Porto Alegre: Artes Médicas. 2001.

KNAUL, F.; BUSTREO, F.; HA, E.; LANGER, A. Breast cancer: why link early detection to reproductive health interventions in developing countries? **Salud Pública de México**, v. 51, suplemento. 2, p. 220-227, 2009.

KNAUL, F. M.; *et al.* Cáncer de mama: un reto para la sociedade y los sistemas de salud. **Salud Pública de México**, v. 51, suplemento 2, 2009.

KURBET, S. Alterações funcionais benignas da mama, **Rev Bras Med**, v. 7, n. 9, set, 2014.

LAGES, R. B.; *et al.* Desigualdades associadas à não realização de mamografia na zona urbana de Teresina-Piauí-Brasil 2010-2011, **Rev Bras Epidemiol**, v.15, n. 4, p. 737-747, 2012.

LEE, C. H.; DERSHAW, D. D.; KOPANS, D. Breast cancer screening with imaging: recommendations from the Society of Breast Imaging and ACR on the use of mammography, breast MRI, breast ultrasound, and other technologies for the detection of clinically occult breast cancer. **J Am Coll Radiol**, v. 7, p: 18–27, 2010.

LEITE, F. M. C.; *et al.* Diagnóstico de câncer de mama: perfil socioeconômico, clínico, reprodutivo e comportamental de mulheres, **Cogitare Enferm**, v. 17, n. 2, p: 342-347, abr/jun; 2012.

LEVY, S. **Programa educação em saúde.** 2007. Site da Internet. Acessado em 20 de outubro de 2012.

LIN, ZU-CHUN; EFFKEN, J. A. Effects of a tailored web-based educational intervention on women's perceptions of and intentions to obtain mammography. **J Clin Nurs.** May, v. 19, n.9-10, p:1261-1269.2010. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03180.x

LINSELL, L.; BURGESS, C. C.; RAMIREZ, A. J. Breast cancer awareness among older women. **British Journal of Cancer**, v. 99, n. 8, p:1221-1225, 2008.

LÔBO, S. A. **Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em quimioterapia.** 2013. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, 2013.

LOURENÇO, T. S.; *et al.* Barreiras relacionadas à adesão ao exame de mamografia em rastreamento mamográfico da DRS-5 do estado de São Paulo. **Rev Bras Mastol**, v. 19, n. 1, jan-mar, p: 2-9, 2009.

LUCARELLI, A. P.; *et al.* Fatores de risco para o câncer de mama. **Femina**, v. 36, n. 4, abr, p: 237-241, 2008.

MACHADO, M. F. A. S.; *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MACIEIRA, R. C.; *et al.* Avaliação da espiritualidade no enfrentamento do câncer de mama. **Rev Bras Mastol**. v. 17, n. 3, p. 102-106, 2007.

MAGALHÃES, V. C. L.; COSTA, M. C. E.; PINHEIRO, R. S. Perfil do atendimento no SUS às mulheres com câncer de mama atendidas na cidade do Rio de Janeiro: relacionando os sistemas de informações SIH e APAC-SIA. **Cadernos saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p: 375 – 398, 2006.

MALUF, M. F. M., MARI, L. J. BARROS, A. C. S. D. Planejamento familiar em mulheres de alto risco de câncer de mama. **Rev Bras Cancerol**, v. 54, n.4, p: 359-365. 2008.

MARCHANT, D. J. Benign breast disease. **Obstetrics and Gynecology Clinics**, v. 29, n. 1, p: 1-20, 2002.

MARCHBANKS, P. A.; *et al.* Oral contraceptives and the risk of breast cancer. **New England Journal Med**, v. 346, p: 2025-2032, 2002.

MARCHI, A. A. **Rastreamento do câncer mamário: características de utilização da mamografia em serviços de saúde públicos e privados**. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas, 2004.

MARINHO, L. A. B; *et al.* Conhecimento, atitude e prática do auto-exame da mama em centros de saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 576-582, 2003.

MARINHO, L. A. B; *et al.* Conhecimento, atitude e prática da mamografia entre usuárias do serviço público de saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 200-207, 2008.

MARINHO, A. M.; LIMA, F. C.; ARAÚJO, M. F. M. de. Câncer de mama e auto-exame: uma análise do conhecimento de gestantes. **Cogitare Enferm**, v. 12, n.4, p: 478-486, out-dez, 2007.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MELO, M. C. S. C. de; SOUZA, I. E. O. Ambiguidade-modo de ser da mulher na prevenção secundária do câncer de mama. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16,n. 1, jan-mar, p. 41-48, 2012.

MELO E SILVA, D.; SADDI, V. A.; MOMOTUK, E. U. Marcadores moleculares associados ao cancer de mama não metastático. **Rev Bras Cancerol**, v. 48, n. 1, p: 39-48, 2002.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família**. Brasília/DF: Organização Pan-americana da Saúde, 512p., 2012.

MENKE, C. H.; *et al.* Tumor size as a surrogate end point for the detection of early breast cancer: a 30-Year (1972–2002), single-center experience in southern Brazil. **Breast J.**, v. 13, n. 5, p: 448-456, 2007.

MESSINA, C. R.; *et al.* Relationship of Social Support and Social Burden to Repeated Breast Cancer Screening in the Women's Health Initiative. **Health Psychol**; v. 23, n. 6, p: 582–594, 2004.

MEYER, E.; *et al.* Adding motivacional interviewing and thought mapping to cognitive-behavioral group therapy: results from a randomized clinical trial. **Rev Bras Psiquiatria**, v. 32, n. 1, mar, 2010.

MEZZOMO, N. R., ABAID, J. L. W. O câncer de mama na percepção de mulheres mastectomizadas. **Psicologia em Pesquisa**, v. 6, n.1, p. 40-49, jan-jun, 2012.

MILLER, W.; ROLLNICK, S. **Motivacional interviewing: preparing people for change**. 2nd ed. New York: The Guilford Press, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Viva Mulher. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento (Série A: Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Primária nº29)**. Brasília, 2010.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. 2005. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 out. 2012.

_____. Portaria nº 2607/GM de 10 de dezembro de 2004. **Plano Nacional de Saúde/PNS- Um Pacto pela Saúde das Mulheres**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/Gm/GM-2607.htm>>. Acesso em: 10 de novembro de 2012.

_____. Portaria nº 2439/GM de 8 de dezembro de 2005. **Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.htm>>. Acesso em 10 nov. 2012.

MOLINA, L.; DALBEN, L., LUCA, L. A. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. **Rev Assoc Med Bras**, v. 49, n. 2, p. 185-190, 2003.

MONTEIRO, A. P. S.; *et al.* Auto-exame das mamas: frequência do conhecimento, prática e fatores associados. **Rev Bras Ginecol Obstet**: Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p: 201-205, 2003.

MOREIRA, C. B.; *et al.* Construção de um Vídeo Educativo sobre Detecção Precoce do Câncer de Mama. **Rev Bras Cancerol**; v. 59, n.3, p: 401-407, 2013.

MOREIRA, M. F, SILVA, M. I. T. Readability of the educational material written for diabetic patients. **Online Braz J Nurs** (online) [Internet]. 2005 [acesso 2012 Nov 19]; v. 4, n. 2. Disponível em: <<http://www.nepae.uff.br/siteantigo/objn402moreiraetal.htm>>.

MURPHY, D., *et al.* Alcohol and marijuana use outcomes in the Healthy Choices Motivational Interviewing Interventions for HIV-positive youth. **AIDS Patient Cares and STDs**, v. 26, n. 2, p: 95-100, 2012.

MOURA, E. R. F.; SOUSA, R. A. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família?. **Cad Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1809-1811, 2002.

NELSON, H. D, TYNE, K.; NAIK, A. Screening for breast cancer: an update for the U.S. Preventive Services Task Force. **Ann Intern Med**, v. 151, p: 727-737, 2009.

OLIVEIRA, M.S. Promoção da Saúde da Mulher Mastectomizada: **Avaliação de Estratégia Educativa** [Tese]. Fortaleza (CE): UFC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2009

OLIVEIRA, M.S.; FERNADES, A.F.C.; SAWADA, N.O. Manual Educativo para o Autocuidado da Mulher Mastectomizada: um estudo de validação. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n.1, p.115-23; Jan-Mar, 2008.

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C. **Manual de orientação a mulheres mastectomizadas**. Fortaleza: Edições UFC, 2008.

OLIVEIRA, E. X.; *et al.* Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p: 3649-3664, 2011.

OLIVEIRA, A. M. de.; *et al.* Ações extensionistas voltadas para a prevenção e o tratamento do câncer ginecológico e de mama: relato de experiência. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 1, p. 240-245, 2012.

OLIVEIRA FILHO, J. A. Reduzir o risco de recidiva em câncer de mama continua a ser uma das principais preocupações dos especialistas. **Prática Hospitalar**, ano VI, n.32, mar/abr., 2004. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2032/paginas/materia%2007-32.html>>.

OMOBINI, N. A.; *et al.* Estudo com familiares de pacientes com câncer de mama: abordando conhecimento sobre fatores de risco. **Ciênc Cuid Saúde**, v. 10, n. 1, jan/mar, p. 13-18, 2011.

OSHIRO, M. L.; *et al.* Câncer de mama avançado como evento sentinela para avaliação do programa de detecção precoce do câncer de mama no Centro-Oeste do Brasil. **Rev Bras Cancerol**; 60(1): 15-23, 2014.

PALMEIRA, I. L. T.; *et al.* Tecnologia audiovisual como instrumento de apoio na orientação para o autoexame da mama. **Rev RENE**, Fortaleza, v. 5. n. 1, jan-jun, p. 62-67, 2004.

- PAGLIUCA, L. M. F.; COSTA, E. M. Tecnologia educativa para o autoexame das mamas em mulheres cegas. **Rev RENE**, Fortaleza, v. 6, n. 1, jan/abr, p. 77-85, 2005.
- PANOBIANCO, M. S.; *et al.* Construção do conhecimento necessário ao desenvolvimento de um manual didático-instrucional na prevenção do linfedema pós-mastectomia. **Texto e Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 3, jul-set, p. 418-426, 2009.
- PANZINI, R. G., BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Rev Psiq Clín**, v. 34, p. 126-135, 2007.
- PARGAMENT, K. I., MAGYAR-RUSSEL, G. M., MURRAY-SWANK, N. A. The sacred and the search for significance: religion as a unique process. **Journal of Social Issues**, v. 61, n. 4, p. 665-687, 2005.
- PAULINELLI, R. R.; *et al.* A situação do câncer de mama em Goiás, no Brasil e no mundo: tendências atuais para a incidência e mortalidade. **Rev Bras Saúde Matern Infant.**; v. 3, n. 1, p: 17-24, 2003.
- PAYÁ, R.; FIGLIE, N. B. Entrevista motivacional. In: ABREU, C. N.; GUILHARDI, H. (Org). **Terapia Comportamental e Cognitivo-comportamental: práticas clínicas**. São Paulo: Roca, 2004.
- PENHA, N. S. da, *et al.* Perfil sócio demográfico e possíveis fatores de risco em mulheres com câncer de mama: um retrato da Amazônia. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, v. 34, n. 4, p: 579-584, 2013.
- PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad Saúde Pública**, setembro-outubro; v. 19, n. 5, p: 1527-1534, 2003.
- PEREIRA, L. C. P. **Mulher climatérica usuária do Sistema Único de Saúde: serviços e ações de saúde**. Dissertação (Mestrado). Rio Grande do Sul (RS): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/FURG; 2007.
- PEREIRA, B. C. S, GUIMARÃES, H. C. Q. C. P. Conhecimento sobre câncer de mama em usuárias do serviço público. **Rev Inst Ciênc Saúde**, v. 26, n. 1, p:10-15, 2008.
- PEREIRA, Q. L. C.; SIQUEIRA, H. C. H. Acesso à mamografia: percepções dos responsáveis pela política da saúde da mulher. **Rev Min Enferm**. v. 15, n. 3, p: 365-371, jul./set.,2011.
- PERES, R. S.; SANTOS, M. A. dos. Câncer de mama, pobreza e saúde mental: resposta emocional à doença em mulheres de camadas populares. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, São Paulo, v.15, n. especial, set./out., 2007.
- POLIT, D. F; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª. Edição. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- PORTER, P. L. Global trends in breast cancer incidence and mortality, **Salud Publica Mex.**;v. 51, suppl 2, p: 141-146, 2009.

- QUEIRÓS, M. V. O.; *et al.* Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: Enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades. **Texto & Contexto Enferm**, jan./mar; v. 17, n. 1, p: 55-63, 2008.
- RAMÍREZ-SÁNCHEZ, T. J., NÁJERA-AGUILAR, P., NIGENDA-LÓPEZ, G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. **Salud Pública de México**, v. 40, n.1, p. 1-10, 1998.
- RENCK, D. V.; *et al.* Equidade no acesso ao rastreamento mamográfico do câncer de mama com intervenção de mamógrafo móvel no sul do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**: Rio de Janeiro, v. 30,n. 1, p. 88-96, jan, 2014.
- RÉGIS, M. F, SIMÕES, M. F. Diagnóstico de câncer de mama, sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. **Rev Eletrônica Enferm**;; v. 7, n. 1, p:81-86, 2005.
- REZENDE NETA, D. S.; *et al.* Prevenção do câncer de mama em mulheres com diabetes mellitus. **Rev Rene**, v. 12, (n. esp.), p: 937-942, 2011.
- RICCI, M. D.; PINOTTI, M.; PINOTTI, J. A. Perspectivas da ultrassonografia na detecção e diagnóstico do câncer de mama. **Rev Ginecol e Obstet**, v. 11, p: 156-160, 2000.
- RODRIGUES, F. F. L.; *et al.* Conhecimento e atitudes: componentes para a educação em diabetes. **Rev Latino-am Enfermagem**, julho-agosto; v. 17, n. 4, p: 468-473, 2009.
- ROJAS, C. M. C.; ROJAS, D. N. C.; REYES, A. M. G. La entrevista motivacional como intervención de enfermería para promover el autocuidado em pacientes con insuficiencia cardíaca en una institución de cuarto nivel en Bogotá, Colombia. **Investig Enferm**, v. 15, n, 1, p: 31-49, 2013.
- ROSA, R. B.; *et al.* A educação em saúde no currículo de um curso de enfermagem: o aprender para educar. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 27, n. 2, p: 185-192, 2006.
- RUSSO, J.; *et al.* The protective role of pregnancy in breast cancer. **Breast Cancer Res**, v. 7, n. 3, p: 131-142, 2005.
- RUTLEDGE, D. N.; *et al.* Breast cancer detection: knowledge, attitudes, and behaviors of women from Pennsylvania. **Oncology Nursing Forum**, v. 28, n. 6, p: 1032-1040, 2001.
- SALES, C.M. B.; FIGLIE, N. B. Revisão de literature sobre a aplicação da entrevista motivacional breve em usuários nocivos e dependentes de álcool. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 2, abr-jun, p. 333-340, 2009.
- SANTOS, G. D.; CHUBACI, R. Y. S. O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p: 2533-2540, 2011.
- SANTOS, V. C. F. dos; SANTOS, M. P. dos; ROESE, A. Mortalidade por neoplasia mamária no Rio Grande do Sul entre os anos de 1995 e 2005. **Cogitare Enferm**, v. 15, n. 3, jul-set, p.413-419, 2010.

SAUPE, R.; BUDÓ, M. L. D. Pedagogia interdisciplinar: “Educare” (Educação e Cuidado) como objeto fronteiro em saúde. **Texto Contexto Enferm.** v. 15, n. 2, p: 326-333, 2006.

SEGATTO, M.L.; *et al.* Brief motivacional interview and educational brochure in emergency room settings for adolescents and Young adults with alcohol-related problems: a randomized single-blind clinical trial. **Rev Bras de Psiquiatria**, v. 33, n. 3, set, 2011.

SCHNEIDER, I. J. C.; *et al.* Conhecimento sobre mamografia e fatores associados: inquéritos de base populacional com mulheres adultas e idosas **Rev Bras Epidemiol**; v. 16, n. 4, p: 930-942, 2013.

SCHUNEMANN JUNIOR, E., SOUZA, R. T., DÓRIA, M. T. Anticoncepção hormonal e câncer de mama. **Femina**, v. 39, n. 4, p: 231-235, 2011.

SHERMAN, D. W.; *et al.* A. The effects of psychoeducation and telephone counseling on the adjustment of women with early-stage breast cancer. **Appl Nurs Res**, v. 25, n. 1, p: 3-16, 2012.

SILVA, A. B. A. **Conhecimento e acesso aos exames para detecção precoce do câncer de mama: o caso das mulheres residentes no distrito sanitário III, Recife, PE.** 2011. 52f. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

SILVA, A. P. S. **Efeitos da aplicabilidade de um manual educativo para ações de detecção precoce do câncer de mama.** 2012. 139f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

SILVA, A. R. V. **Avaliação de duas estratégias educativas para a prevenção do diabetes mellitus tipo 2 em adolescentes.** 2009. 146f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

SILVA, N. C. B.; FRANCO, M. A. P.; MARQUES, S. L. Conhecimento de mulheres sobre câncer de mama E de colo do útero. **Paidéia**, v. 15, n. 32, p: 409-416, 2005.

SILVA, I. T.; GRIEP, R. H.; ROTENBERG, L. Apoio social e rastreamento de câncer uterino e de mama entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, julho-agosto, v. 17, n. 4, 2009.

SILVA, B. B.; *et al.* Síndrome da mama fantasma: características clínicas e epidemiológicas. **Rev Bras Ginecol Obst**, v. 29, n. 9, p. 446-451. 2007.

SILVA, P. A. da; RIUL, S. S. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 6, nov/dez, p. 1016-1021, 2011.

SILVA, G. da., SANTOS, M. A. dos. Estressores pós-tratamento do câncer de mama: um enfoque qualitativo **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 18, n. 4, 08 telas, jul-ago, 2010

SILVA, T. B. C.; *et al.* Percepção dos cônjuges de mulheres mastectomizadas com relação à convivência pós-cirurgia. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 44, n. 1, p. 113-119, 2010.

SILVEIRA, I. P.; *et al.* Ação educativa à gestante fundamentada na promoção da saúde: uma reflexão. **Rev Esc Enf Anna Nery**, v. 9, n.3, dez. p. 451-458,2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA (SBM). **Projeto Diretrizes 2008**. Disponível em: <http://www.sbmastologia.com.br>. Acesso em: 21 mar 2015.

SOUSA, V. D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: Desenhos de pesquisa quantitativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 15, n. 3, mai/jun, p. 1046-1049, 2007.

SOUTO, N. F.; *et al.* Terapia de reposição hormonal no climatério como fator de risco para o desenvolvimento do câncer de mama. **J. Res. Fundam. Care**, jul./set. v. 6, n. 3, p: 1302-1312, 2013.B

SOUZA, G. S.; DUARTE, M. F. S. Estágios de mudança de comportamento relacionados a atividade física em adolescentes. **Rev Bras Med Esporte**, v. 11, n. 2, p. 104-108, 2005.

SOUZA, L. M.; WEGNER, W.; GORINI, M. I. P. C. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. **Rev Latinoam Enferm.**; v. 15, n. 2, p: 337-343, 2007.

SOUZA, M. M. de.; *et al.* Taxa de mortalidade por neoplasia maligna de mama em mulheres residentes da região Carbonífera Catarinense no período de 1980 a 2009. **Cad Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p: 384-390, 2013.

SPECTOR, D.; *et al.* A pilot study of a home-based motivational exercise program for African American breast cancer survivors: clinical and quality-of-life outcomes. **Integr Cancer Ther**, v. 13, n. 2, p:121-132, 2014.

STEWART, B. W, COATES, A. S. Cancer prevention: a global perspective. **J Clin Oncol**, v. 23, n. 2, p: 392-403, 2005.

STOTZ, E. N.; ARAÚJO, J. W. G. Promoção as saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. **Saúde Soc**, v. 13, n. 2, p. 5-19, 2004.

SULLIVAN, V. M. T.; CHIARELLI, A. M. Breast cancer screening program in Canada: Successes and challenges. **Salud Pública de México**, v. 51, suplemento 2, p: 223-228, 2009.

SULLIVAN, T.; *et al.* Improving clinical accountability and performance in the cancer field. **Pratiques et Organisation des Soins**, v. 39, p: 207-215, 2008.

SWENSON, K. K.; NISSEN, M. J.; HENLY, S. J. Physical activity in women receiving chemotherapy for breast cancer: adherence to a walking intervention. **Oncol Nurs Forum**. v. 37, n. 3, p: 321-330, 2010.

TAKECHI, M. Construction of knowledge and perception of mammography in the UK. **Ecancer**, v. 2, n. 98, 2008.

TAMAKOSHI, K., *et al.* Impact of menstrual and reproductive factors on breast cancer risk in Japan: results of the JACC study. **Cancer Science**, v. 98, n. 1, p: 57-62, 2005.

TAVARES, J. S. C., TRAD, L. A. B. Famílias de mulheres com câncer de mama: desafios associados com o cuidado e os fatores de enfrentamento. **Interface -Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 29, p. 395-408. 2009.

TEMIZ, M.; *et al.* Knowledge, attitudes, and behaviors of female teachers related to breast cancer and breast examination in southern Turkey. **Breast Care (Basel)**, v. 3, n. 1, p: 55-60, 2008.

THOMPSON, A.; *et al.* Estimate of the current knowledge limitations in breast cancer research: a gap analysis. **Breast Cancer Res**, 2008; v. 10, n. 26, p: 1-25, 2008.

THOMSEN, T.; *et al.* Brief smoking cessation intervention in relation to breast cancer surgery: a randomized controlled trial. **Nicotine Tob Res**. v. 12, n. 11, p: 1118-1124, 2010.

THORNTON, H.; PILLARISSETTI, R. R. 'Breast Awareness' and 'breast self-examination' are not the same. What do these terms mean? Why are they confused? What can we do? **European Journal of Cancer**, v. 44, 2008, p. 2118-2121.

THULER, L. C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Rev Bras Cancerol**, v. 49, n. 4, p. 227-238, 2003.

THULER, L. C. S.; BERGMANN, A.; FERREIRA, S. C. Ensino em atenção oncológica no Brasil: carências e oportunidades. **Rev Bras Cancerol**, v. 57, n. 4, p: 467-472, 2011.

TIEZZI, D. G. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: ainda há tempo para refletirmos, **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 35, n. 9, p: 385-387, 2013.

TIEZZI, D. G., VALEJO, F. A. M., PIMENTEL, F. F. Bases moleculares da história reprodutiva na prevenção do câncer de mama. **Femina**, julho, v. 37, n. 7, p: 379-383. 2009.

TONANI, M. CARVALHO, E. C. de. Risco de câncer e comportamentos preventivos: a persuasão como estratégia de intervenção. **Rev Latino-am Enferm**, set-out; v. 16, n. 5, 2008.

TREZZA, M. C. S. F.; SANTOS, R.M.; SANTOS, J.M. Trabalhando educação popular em saúde com a arte construída no cotidiano da enfermagem: um relato de experiência. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Abr-Jun; v.16, n.2, p. 326-334, 2007.

TRUFELLI, D. C.; *et al.* Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. **Rev Assoc Med Bras.**; v. 54, n.1, p:72-76, 2008.

TRYGGVADÓTTIR, L.; *et al.* Breastfeeding and reduced risk of breast cancer in an Icelandic cohort study. **Am J Epidemiol**, v. 154, n. 1, p: 37-42, 2001.

TUCUNDUVA, L. T. C. M.; *et al.* Estudo da attitude e do conhecimento de médicos não oncologistas em relação às medidas de prevenção e rastreamento do câncer. **Rev Assoc Med Bras**, v. 50, n. 3, p.257-262, 2004.

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. **Radiol Bras.**, v. 45, n. 6, p: 334–339, nov-dez, 2012.

U.S. Preventive Task Force. Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Task Force Recommendation Statement. **Annals of Internal Medicine**; v. 151, n. 10, p: 716-724, 2009.

VALDÉS, W. G.; et al. Menarquia y factores asociados. **Rev Cuba Endocrinol**, v. 24, n. 1, p: 35-46, 2013.

VASCONCELOS E. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo (SP): **Hucitec**; 2001.

VEIT, C. M., CASTRO E. K. Coping religioso/espiritual em mulheres com câncer de mama. **Arq Bras Psicol**; Rio de Janeiro, v. 65, n. 3, p: 421-435, 2013.

VILA A. C. D, VILA V.S. C. Tendências da produção do conhecimento na educação em saúde no Brasil. **Rev Latinoam Enferm**, v. 15, n. 6, p: 1177-1183, 2007.

XAVIER, N. L., BIÁZUS, J. V., XAVIER, M. C., RIBEIRO, P. L.I., BITTELBRUM, A. C. C., RABIN, E. G. Auto-exame de mama e fatores associados em uma população atendida pelo Programa Saúde da Família. **Rev Bras Mastol**, v. 18, n.3, p. 89-93, jul-set, 2008.

WARD, E.; JEMAL, A.; *et al.* Cancer disparities by race/ethnicity and socioeconomic status. **CA Cancer J Clin**, v. 54, p. 78-93, 2004.

WARREN, R. Hormones and mammographic breast density. **Maturitas**; v. 49, p: 67-78, 2004.

WEBSTER, P.; AUSTOKER, J. Women's knowledge about breast cancer risk and their views of the purpose and implications of breast screening--a questionnaire survey. **J Public Health (Oxf)**; v. 28, n. 3, p: 197-202, 2006.

WILLIAMS, K. P.; *et al.* Differences in knowledge of breast cancer screening among African American, Arab American, and Latina women. **Prev Chronic Dis**; v. 8, n. 1, p: A20, 2011.

WILLIAMS, S. A., SCHREIER, A. M. The effect of education in managing side effects in women receiving chemotherapy for treatment of breast cancer. **Oncology Nursing Forum**, v. 31, n. 1, p: 16-23, 2004.

WOOD, R. Y.; DUFFY, M. E. Video breast health kits: testing a cancer education innovation in older high-risk populations. **J Cancer Educ.** Summer; v.19, n.2, p: 98-104, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer Control. Knowledge into action. WHO guide for effective programmes. **Early Detection Module**. Switzerland: WHO, 2007. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>. Acesso em: 23 de março 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International Agency for Research on Cancer**. World Cancer Report 2008. Lyon: 2008.

ZIMMERMAN, V. L. BRCA gene mutations and cancer. **AJN**, v. 102, p: 28-37, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
(Pré-Teste)

DATA DA COLETA: ____/____/____

Horário para realizar ligação telefônica: _____

Profissional: _____

Endereço: _____

Ponto de referência: _____

Telefones para contato: _____

I. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.1. Idade: ____ (anos completos)

1.2. Condição de união: 1.2.1. () 1- Com companheiro fixo 1.2.2. () 2- Sem companheiro

1.3. Escolaridade: _____ (anos de estudo)

1.4. Ocupação: _____

1.5. Renda familiar: R\$:_____

1.6 Religião: 1.6.1. () católica 1.6.2. () protestante 1.6.3. () espírita 1.6.4. () judaica
 1.6.5. () outra:_____ 1.6.6. () não tem

II. HISTÓRICO PESSOAL E FAMILIAR

2.1. Idade da Menarca (1ª menstruação): ____ (anos)

2.2. Idade da Menopausa: _____ (anos)

2.3. Já ficou grávida: 2.3.1.Sim () 2.3.2.Não ()

2.4. Quantas vezes ficou grávida? ____ 2.4.1. Se positivo, Idade da 1ªgestação: _____

2.5. Amamentou? 2.5.1. Sim () 2.5.2 Não () 2.5.3 () Não se aplica 2.5.4. Se positivo, tempo de amamentação (meses)_____

2.6. Uso de anticoncepcional oral: 2.6.1. Sim () 2.6.2 Não ()

2.6.3. Se positivo, Tempo de uso (MESES) _____

2.7. Você já teve alguma doença benigna da mama? 2.7.1. Sim () 2.7.2 Não ()

2.7.3.Em caso de sim, qual? _____

2.8. Existem casos de câncer de mama na família? 2.8.1. Sim () 2.8.2. Não ()

2.9. Caso sim, qual o grau de parentesco? 2.9.1. () 1º grau 2.9.2 () 2º grau 2.9.3. 3º grau
2.9.4. outro ____

2.10 . Com que idade o parente apresentou o diagnóstico? _____ (anos)

III. CONHECIMENTO EM RELAÇÃO À DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA

1. É possível descobrir o câncer de mama cedo (precocemente)? Se sim, vá para a questão 2. Se não, diga o por que.

a. () Sim. Ir para a questão seguinte.

b. () Não.

Porque? _____

2. Como é possível descobrir o câncer de mama cedo?

a. () por meio de exames médicos, tais como exames de sangue, de urina e Raio X, eletrocardiograma.

b. () por meio de exames periódicos (exame clínico de mamas e mamografia).

c. () por meio da autopalpação da mama, ou seja, feita pela própria mulher.

3. Você já ouviu falar em Exame clínico das mamas?

3.1 () Sim

3.2 () Não

4. O que é o Exame Clínico das Mamas?

4.1 () Exame realizado na mama por qualquer pessoa, inclusive pela própria mulher, em mulheres de qualquer idade.

4.2 () Exame realizado na mama por um técnico através de uma máquina de imagem.

4.3 () Exame realizado por um profissional de saúde (médico ou enfermeiro) na busca de nódulos/caroços na mama.

5. A partir de que idade o Exame Clínico das Mamas deve ser realizado?

a. () a partir de 18 anos

b. () a partir de 30 anos

c. a partir de 40 anos

6. Com quanto tempo o Exame Clínico das Mamas deve ser realizado?

a. a cada 6 meses (semestralmente).

b. todos os anos (anualmente).

c. a cada dois anos (bianualmente).

7. Você já ouviu falar em Mamografia?

6.1 Sim

6.2 Não

8. O que é Mamografia?

7.1 É uma palpação mais profunda da mama realizada pelo médico.

7.2 É uma radiografia da mama que pode descobrir o câncer de mama no início.

7.3 É um tipo de cirurgia da mama.

8. A partir de que idade a Mamografia deve ser realizada?

8.1 A partir dos 25 anos

8.2 A partir dos 18 anos

8.3 Entre os 50 e 69 anos

9. Com quanto tempo a Mamografia deve ser realizada?

9.1 a cada três anos (trianual).

9.2 a cada seis meses (semestralmente).

9.3 com intervalo máximo de dois anos.

10. Quando os dois exames da mama (Exame Clínico das Mamas e Mamografia) devem ser feitos mais cedo do que normalmente é feito (a partir dos 35 anos)?

10.1 Quando a mulher nunca teve filhos ou teve filho após os 30 anos.

10.2 Quando a mulher menstruou antes dos 12 anos ou chegou na menopausa após os 50 anos.

10.3 Quando a mulher tem história na família de câncer de mama (mãe, irmã ou filha com a doença antes dos 50 anos) ou história de câncer de ovário.

11. Classificação do conhecimento em relação á detecção precoce do câncer de mama:

11.1 () Adequado

11.2 () Inadequado

IV. ATITUDE EM RELAÇÃO À DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA**1. Você acha importante estar informada sobre os exames de detecção precoce do câncer de mama?**

a. () Sim

b. () Não. Porque? _____

2. Você acha necessário realizar estes exames?

a. () Sim

1.2 () Não. Porque? _____

3. Por que você acha necessário?

a. () Para descobrir a doença cedo (detecção precoce da doença).

2.2 () Outra finalidade _____

2.3 () Não sabe

4. Você se sente motivada a buscar uma melhor saúde para suas mamas por meio dos exames de detecção precoce e controle do câncer de mama?

4. 1 () Sim

4.2 () Não. Porque? _____

5. Classificação da atitude em relação à detecção precoce do câncer de mama:

5. 1 () Adequada

5. 2 () Inadequada

V. CONDIÇÕES DE ACESSO À REALIZAÇÃO DOS EXAMES DE DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA E DIPONIBILIZAÇÃO DE INFORMAÇÃO SOBRE OS MÉTODOS DE DETECÇÃO**1. Se a senhora desejasse realizar o exame clínico das mamas como seria para realizar?**

1.1 () Fácil

1.2 () Difícil. Passe para a questão 2.

2. Porque é difícil realizar este exame?

2.1 () Falta profissionais da saúde (médicos ou enfermeiros) para realizar o exame.

2.2 () A agenda para consulta de prevenção ginecológica é muito demorada.

2.3. () Outras _____

3. Se a senhora desejasse realizar o exame de mamografia como seria para conseguir marcar?

3. 1 () Fácil

3. 2 () Difícil. Passe para a questão 4.

4. Porque é difícil realizar a mamografia?

4.1 () A agenda de marcação do exame é demorada e a fila de espera é grande.

4.2. () Os aparelhos são poucos e às vezes estão quebrados.

4.3 () Outras _____

5. A senhora já teve acesso a algum tipo de informação educativa sobre a prevenção e detecção precoce do câncer de mama?

5.1 () Sim 5.2 () Não

5.3 Como a senhora teve acesso a esta informação?

6. A senhora gostaria de ter mais acesso a algum tipo de informação educativa sobre o câncer de mama?

6.1 () Sim, se sim passe para questão 7.

6.2 () Não 6.3. Porque? _____

7. Como a senhora gostaria de ser informada sobre o Câncer de mama?

7.1 () Uso de folhetos informativos, cartilhas, álbuns ou manuais educativos

7.2 () Uso de oficinas, palestras, aulas, vídeos educativos

7.3 () Outros _____

APÊNDICE B**VALIDAÇÃO APARENTE E DE CONTEÚDO**

1. O conteúdo das questões é capaz de avaliar o conhecimento e a atitude das mulheres em relação à detecção precoce do câncer de mama?

() Sim

() Não

Sugestões: _____

2. Nas questões existe algum termo utilizado que impede a avaliação do conhecimento e da atitude em relação à detecção precoce do câncer de mama?

() Sim

() Não

Sugestões: _____

3. Nas opções de respostas existe algum termo utilizado que impede a avaliação do conhecimento e da atitude em relação à detecção precoce do câncer de mama?

() Sim

() Não

Sugestões: _____

4. O vocabulário e a terminologia utilizada nas questões estão adequados?

() Sim

() Não

Sugestões: _____

5. As perguntas estão claras e objetivas?

() Sim

() Não

Sugestões: _____

6. As alternativas estão claras e objetivas?

() Sim

() Não

Sugestões: _____

7. É necessário fazer alguma correção gramatical?

() Sim

() Não

Sugestões: _____

8. Existe alguma pergunta que deve ser reformulada?

() Sim

() Não

Sugestões: _____

Nome do Especialista: _____

Instituição: _____

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Pricilla Cândido Alves, enfermeira, doutoranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, sob a orientação da Professora Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes, estou desenvolvendo um estudo que objetiva avaliar os efeitos de uma intervenção educativa (folder informativo) produzidos no conhecimento, atitude e prática de mulheres gaúchas com relação à detecção precoce do câncer de mama.

Convido a Senhora a participar como voluntária, ou seja, sem pagamento financeiro, do estudo, uma vez que suas informações contribuirão para o alcance do objetivo mencionado e trará benefícios tanto para práticas educativas em Enfermagem, fornecendo subsídios para elaboração de estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças, quanto para as mulheres, melhorando os níveis de conhecimento, sua qualidade e expectativa de vida, minimizando os riscos de detecção tardia de tumores de mama primários.

Informo-lhe que a partir do seu consentimento através da assinatura deste termo que será disponibilizado em duas vias, teremos contato nesta Unidade de Saúde e realizaremos algumas perguntas sobre sua condição pessoal, social, econômica, além de outras relacionadas ao conhecimento, atitude e prática de exames de detecção do câncer de mama. Informo ainda que após a participação na pesquisa, em aproximadamente 60 dias, realizaremos ainda mais um contato por telefone para obtenção de mais algumas informações pertinentes ao estudo.

A realização de tais questionamentos não incorrerá em riscos para senhora. No entanto, a senhora terá o direito de não participar desta pesquisa, se assim o desejar, sem que qualquer prejuízo seja cometido.

Garantimos-lhe o anonimato e sigilo quanto ao seu nome e às informações prestadas durante a entrevista. Não divulgaremos nomes, nem qualquer informação que possa identificá-la ou que esteja relacionada com sua intimidade.

Asseguramos-lhe o acesso às informações sobre todos os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer.

Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, terá total liberdade para retirar seu consentimento.

Sua colaboração e participação são muito importantes. Estaremos disponível para qualquer outro esclarecimento, nos endereços: Rua: São Manoel, 543, Bairro Rio Branco ou no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP-

UFRGS) localizado no mesmo endereço acima. Agradecemos-lhe desde já por sua valorosa colaboração.

O abaixo-assinado, _____, ___ anos, RG nº _____ declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntária da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Porto Alegre, ____/____/____

--	--	--

Nome do voluntário

Data

Assinatura

--	--	--

Nome do pesquisador

Data

Assinatura

--	--	--

Nome da Testemunha (se o voluntário não souber ler)

Data

Assinatura

Nome do profissional que aplicou o TCLE

Data

Assinatura

ANEXOS

ANEXO A

Olhe, sinta e perceba o que é normal para suas mamas. Em caso de alterações, procure um médico.

A saúde é um direito de todos e dever do Estado. Se você encontrar dificuldade para marcação de consultas e exames em seu município, procure a Secretaria Municipal de Saúde ou o Conselho Municipal de Saúde para orientações e providências.

DISSQUE NAÇÃO
136
Qualidade de Vida do Brasil
www.inca.gov.br

**Câncer: INFORMAÇÃO
pode SALVAR VIDAS**

www.inca.gov.br



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

NÃO JOGUE ESTE IMPRESSO EM VA PÚBLICA.

Divisão de Comunicação Social - INCA/2012

nr 433

**Prevenção e tratamento
do câncer de colo de útero
e de mama.**
Um câncer que vale para toda vida.

CÂNCER DE MAMA

INCA

O que é câncer de mama?

É uma doença causada pela multiplicação anormal das células da mama, que forma um tumor maligno. O câncer de mama tem cura, se descoberto no início.

Como é possível descobrir a doença cedo?

Por meio da realização de alguns exames, principalmente do exame clínico das mamas e da mamografia. Todas devem ter cuidados com sua saúde, mas, para o controle do câncer de mama, algumas mulheres devem realizar exames periodicamente, mesmo que não tenham alterações em suas mamas. O diagnóstico precoce aumenta a chance de cura do câncer de mama.

Quem deve fazer exames periodicamente?



Toda mulher com 40 anos ou mais deve procurar um posto de saúde para ter suas mamas examinadas por um profissional de saúde anualmente. Entre 50 e 69 anos, a mulher também deve fazer uma mamografia a cada dois anos. O risco de câncer de mama aumenta com a idade.

E as mulheres com história familiar de câncer de mama?

Uma parte delas tem herança genética e, por isso, é importante que procurem o médico para avaliar seu risco de desenvolver a doença. A mulher com mãe, irmã ou filha que teve câncer de mama antes dos 50 anos, ou câncer de ovário, deve, a partir dos 35 anos, realizar o exame clínico das mamas e a mamografia uma vez por ano.

O que é o exame clínico das mamas?

É o exame em que o médico ou enfermeiro observa e apalpa as mamas de sua paciente na busca de nódulos ou outras alterações.

O que é mamografia?

É uma radiografia das mamas, realizada por um equipamento chamado mamógrafo. É feita uma compressão das mamas para visualizar pequenas alterações, o que permite descobrir o câncer de mama em fase inicial.

E o que a mulher pode fazer?

Conhecer o que é normal em suas mamas e ficar atenta para eventuais alterações. Se observar alguma alteração, a mulher deve procurar imediatamente um médico.

Como a mulher pode perceber a doença?

O câncer de mama pode ser percebido pela mulher como um caroço, acompanhado ou não de dor. A pele da mama pode ficar vermelha ou parecida com uma casca de laranja ou surgirem alterações no bico do peito, o mamilo. Também podem aparecer pequenos caroços na região embaixo dos braços, nas axilas. Lembre-se de que nem sempre essas alterações são sinais de câncer de mama.

O que mais a mulher pode fazer para se cuidar?

Não abusar de bebidas alcoólicas, não fumar, alimentar-se bem e praticar atividade que movimente seu corpo podem ajudar na prevenção de várias doenças, inclusive do câncer. Além disso, a amamentação e o controle do peso corporal podem prevenir o câncer de mama. Se a mulher for se submeter à reposição hormonal, é importante que converse com seu médico sobre riscos dessa prática.



ANEXO B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Conhecimento e Atitude de Mulheres Gaúchas em relação à Detecção Precoce do Câncer de Mama

Pesquisador: PRICILLA CÂNDIDO ALVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13790713.0.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 369.590

Data da Relatoria: 22/08/2013

Apresentação do Projeto:

Projeto de tese do programa de pós-graduação em Enfermagem, caracterizado como um estudo experimental com delineamento antes-depois. O estudo será desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília (UBS-Santa Cecília), a qual é vinculada ao serviço de atenção primária do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Participarão do estudo 182 mulheres que comparecerem ao local do estudo para consulta ginecológica nos meses destinados a coleta de dados, com idade acima de 18 anos. São critérios de exclusão: mulheres analfabetas; mulheres que não possuam condições de responder as questões expressas pela pesquisa, em razão da idade, nível de consciência ou dificuldade de comunicação. O critério de descontinuidade do estudo será vir a óbito durante a intervenção e a coleta de dados. As mulheres serão divididas nos grupos intervenção (GI) e controle (GC), sendo selecionadas de forma aleatória para compor a amostra. A randomização será realizada por meio de uma sequência aleatória de números computadorizados estabelecidos por meio de um programa de computador. Para a coleta dos dados pretende-se utilizar como instrumento um roteiro de entrevista semiestruturada constituído pelas seguintes partes: dados sociodemográficos; dados relacionados à história pessoal e familiar; conhecimento sobre os exames de detecção precoce do câncer de mama; atitude em relação aos exames de detecção precoce e condições de acesso à realização dos exames de detecção precoce

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 369.530

do câncer de mama e disponibilização de informação sobre os métodos de detecção. Abordagem inicial da participante do estudo será realizada na sala de espera para consulta em saúde da mulher (consulta ginecológica). Em seguida, a partir da sequência de randomização computacional a participante será classificada como pertencente ao Grupo intervenção (GI) ou Grupo Controle (GC). Após esta divisão, a participante será convidada a acompanhar a pesquisadora até a sala de grupos da UBS Santa Cecília para que seja aplicado o instrumento de coleta e realização das demais etapas do estudo, dependendo do grupo a que pertença (GI ou GC). As participante do Grupo Controle (GC) serão informadas de que sessenta dias após o contato inicial será realizado um contato telefônico para reaplicação do mesmo instrumento já respondido. Para as participantes do Grupo Intervenção (GI), será entregue à participante o material educativo (folder informativo) contendo as informações relativas à detecção precoce e controle do câncer de mama sendo solicitado a mesma que realize a leitura do material. Terminada a leitura aplicar-se-á a técnica da entrevista motivacional (EM) com a modalidade de entrevista motivacional breve (EMB) em sessão única individual e de curta duração (20 minutos). Após a finalização da estratégia educativa, será realizado o pós-teste imediatamente e 60 dias depois por telefone. A pesquisadora estabeleceu critérios para classificação dos níveis de conhecimento e atitude em adequado e inadequado. Será realizada análise estatística descritiva e inferencial.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Avaliar os efeitos de uma intervenção educativa, folder informativo associado à entrevista motivacional, no conhecimento e na atitude de mulheres gaúchas em relação à detecção precoce do câncer de mama.

Específicos: Avaliar o conhecimento e a atitude das mulheres em relação aos exames de detecção precoce do câncer de mama; Comparar os percentuais de adequabilidade do conhecimento e da atitude antes (pré-teste), imediatamente após (pós-teste imediato) e sessenta dias depois da intervenção educativa (pós-teste) no grupo intervenção e no grupo controle; Verificar o acesso das mulheres tanto em relação à realização dos exames como à disponibilidade de estratégias educativas em saúde sobre a detecção precoce do câncer de mama; Identificar barreiras relacionadas a não realização dos exames de detecção precoce do câncer de mama.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A realização da pesquisa não expõe os sujeitos a riscos ou desconfortos.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-6344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 369.530

Benefícios: Subsídios para elaboração de estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças, melhorando os níveis de conhecimento, sua qualidade e expectativa de vida, minimizando os riscos de detecção tardia de tumores de mama primários, além de torná-las multiplicadoras das informações e conhecimentos adquiridos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa pertinente e relevante para área de enfermagem. Objeto de pesquisa bem descrito, objetivos claros e congruentes com a metodologia apresentada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

declaração de anuência do hospital; carta de encaminhamento da pesquisa ao CEP; declaração de concordância; folha de rosto; currículo da pesquisadora; cronograma; orçamento; TCLE.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 23 de Agosto de 2013

Assinador por:

FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-6344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: comepe@ufc.br