



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

FRANCISCO STÉLIO DE SOUSA

**AVALIAÇÃO DA INTENÇÃO DE REALIZAR A
MAMOGRAFIA COMO SUBSÍDIO PARA AÇÕES DE
PROMOÇÃO DA SAÚDE.**

FORTALEZA-CEARÁ

2010

FRANCISCO STÉLIO DE SOUSA

**AVALIAÇÃO DA INTENÇÃO DE REALIZAR A
MAMOGRAFIA COMO SUBSÍDIO PARA AÇÕES DE
PROMOÇÃO DA SAÚDE.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Doutorado, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Doutor.

Área de concentração Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de Pesquisa: Enfermagem no Processo de Cuidar na Promoção da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes.

FORTALEZA-CEARÁ

2010

S696a Sousa, Francisco Stélio de

Avaliação da intenção de realizar a mamografia como subsídio para ações de promoção da saúde/ Francisco Stélio de Sousa. – Fortaleza-Ce, 2010.

101 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes
Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará.
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

1. Neoplasias da Mama 2. Intenção 3. Programas de Rastreamento 4. Mamografia 5. Enfermagem em Saúde Pública
I. Fernandes, Ana Fátima Carvalho (Orient.) II. Título.

CDD: 616.99449

FRANCISCO STÉLIO DE SOUSA

**AVALIAÇÃO DA INTENÇÃO DE REALIZAR MAMOGRAFIA
COMO SUBSÍDIO PARA AÇÕES DE PROMOÇÃO DA
SAÚDE.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Doutorado, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Doutor.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes
Presidente/Universidade Federal do Ceará

Profa. Dra. Simone Helena dos Santos Oliveira
Membro/Universidade Federal da Paraíba

Profa. Dra. Lorita Marlena Freitag Pagliuca
Membro/Universidade Federal do Ceará

Profa. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França
Membro/Universidade Estadual da Paraíba

Profa. Dra. Consuelo Helena Aires de Freitas
Membro/Universidade Estadual do Ceará

DEDICATÓRIA

À Mainha, minha amiga e companheira de vida. Meu sustentáculo em todos os momentos. Quis o destino nos separar durante esse doutorado, mas tenho certeza absoluta que continuamos unidos pelas nossas almas. Sinto muitas saudades suas e, sinceramente, espero ter coragem pra retornar agora pra nossa casa...

A Painho, minha inspiração na luta e calma necessária ao viver. Não pudemos viver juntos esse momento, mas acredito em sua presença junto de mim.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ao Deus de minha existência, fonte de toda a paz e fortaleza que necessito para seguir na caminhada. Ao Senhor que é a minha companhia eterna e serena, e que com o seu amor me ajuda a não me sentir sozinho e abandonado na vida. Agradeço-te por toda a tua dedicação para comigo e por mais essa realização.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes, que me acolheu com largueza de alma quando nem me conhecia. Por seu apoio nos momentos difíceis vividos durante o curso e pela generosidade com que me conduziu nessa etapa de vida.

Ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, cuja liberação foi essencial para o desenvolvimento desse trabalho

À Mariza, minha amiga de curso, que me acolheu desde o primeiro momento e me acompanhou com sua presença alegre nesse trabalho e em tantos outros momentos vividos.

À Anna Paula, que com sua juventude me anima no caminho. Os nossos congressos serão inesquecíveis.

Às minhas colegas de doutorado, Carolina e Ana Roberta, pelos bons momentos de companheirismo e aprendizagem que experimentamos

À Inácia, amiga que nos impulsiona a crescer e esteve sempre presente durante essa experiência de vir-a-ser doutor. Pela sua amizade, generosidade e por acreditar em meu potencial.

À Rosilene, minha amiga de departamento e de curso, que acredita em mim enquanto profissional. Vivemos muitas coisas nesse período, minha amiga, muitas delas, certamente, inesquecíveis.

A Profa. Dra. Simone Helena dos Santos Oliveira, pela sua participação efetiva em todos os momentos da construção do trabalho, guiando-me na trajetória necessária ao cumprimento do referencial escolhido. Pela sua crença de que as coisas dariam certo.

Às Professoras Dra. Lorita Marlina e Dra. Míria Lavinias pelas valiosas colaborações desde a etapa de qualificação do projeto de pesquisa.

Ao Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes pela disposição para realizar o tratamento estatístico deste estudo, e pela ajuda necessária para o entendimento desse estudo

Aos membros da banca examinadora, por aceitar participar dessa etapa e pela disposição empreendida na correção do material apresentado.

A minha tia Francisca, por partilhar comigo de um dos momentos mais doloroso de minha vida. A você e sua família por estarem presentes nessa caminhada.

À Karina e Flavinho que me acompanharam noturnamente nas inúmeras viagens que precisei fazer e na busca inicial pela reabilitação.

A minha tia-madrinha Idelzuite e sua família, que me acolheram generosamente em Fortaleza, possibilitando um convívio familiar e se fazendo presente, diariamente, nos meus dias de cearense.

Aos meus cuidadores informais, Janice, Lena e Carlos, que deixavam suas atividades para se dedicarem a mim em muitos dias de minha vida. Pelo estar-junto durante a reabilitação, quando as barreiras pareciam intransponíveis.

À Graciene, prima-amiga, que viveu comigo os primeiros dias para o enfrentamento de uma solidão que vinha pra se instalar.

Aos meus irmãos, Stela e Leonardo, e ao meu tio Artur, por estarem presentes quando o curso nos manteve distantes.

Às graduandas em Enfermagem da UFC, Paula Renata e Ellen Lucy, pela disponibilidade em ir a uma terra distante e pela ajuda imensurável na coleta dos dados.

À equipe de saúde da família, em especial aos agentes comunitários de saúde, Carmeulinda, Angelita e Assis, que se doaram arduamente para a logística necessária à realização das oficinas e coleta de dados.

Às minhas amigas Jaqueline, Selma, Ana Amélia, Waldineide, Elzenir, por acreditarem em mim enquanto profissional. A Tereza e Nazaré pela amizade tranquila.

Às Fisioterapeutas Ana Fátima e Ostevan, pela competência na condução do tratamento que me devolveu muitos dos movimentos essenciais ao cotidiano e ao desempenho do meu trabalho.

A todos vocês o meu muito obrigado.

RESUMO

SOUSA, F. S. **Avaliação da intenção de realizar a mamografia como subsídio para ações de promoção da saúde.** 2010. 101f. Tese. (Doutorado). Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

Reconhecendo a magnitude do problema de saúde pública que o câncer de mama se tornou ao longo dos anos e considerando a mamografia como procedimento específico para detecção precoce, elegeu-se a realização da mamografia como comportamento desejado para esta investigação. O objetivo geral foi avaliar a intenção comportamental de realizar mamografia e seus determinantes, entre mulheres de uma comunidade rural, submetidas ou não a uma mensagem persuasiva. Trata-se de estudo experimental, do tipo apenas-posterior, tendo a Theory of Planned Behavior como referencial teórico-metodológico. O estudo foi realizado em município da Paraíba, com amostra composta por 148 mulheres divididas nos grupos Experimental 70(47,3%) e Controle 78(52,7%). As participantes eram, em sua maioria, casadas, com ensino fundamental incompleto, do lar, católicas, com rendimentos mensais até 2 salários mínimos e idades entre 35 e 78 anos. A Coleta de dados foi realizada em duas etapas, sendo o levantamento das crenças (n= 33) em outubro/2009 e a avaliação da intenção e seus determinantes em novembro/2009. As crenças compuseram as questões, formuladas em escalas de diferencial semântico de adjetivos bipolares tipo Likert. Os dados foram analisados comparativamente entre os grupos, sendo aplicados os testes de Fisher-Freeman-Halton, Mann-Whitney e o coeficiente de correlação de Spearman. Utilizou-se o procedimento Forward para regressão logística, com testes de Wald, Hosmer-Lemeshow e Omnibus, além do R^2 de Nagelkerke para poder de predição. As análises utilizaram os softwares PASW 18.0 e R versão 2.8.1, com nível de significância de 5%. As crenças comportamentais modais salientes positivas foram prevenção do câncer de mama, diagnóstico precoce e se cuidar, e as negativas foram dor e medo. As crenças normativas mais frequentes foram o médico, a televisão, vizinha e amiga. Quanto aos fatores facilitadores, foram mais citados: encaminhamentos, dinheiro, disponibilidade do exame pelo SUS e facilidade na marcação. Entre os fatores impeditivos estiveram a demora para marcar/realizar o exame e a falta de dinheiro. Atitude foi considerada positiva em ambos os grupos, contudo o grupo controle apresentou melhor desempenho. Os escores maiores da norma subjetiva foram apresentados pelo grupo experimental, com predominância do item que avaliava se a maioria das pessoas achava que a participante deveria realizar a mamografia nos próximos três meses ($p= 0,000$). Os referentes com significância estatística foram: médico, mãe, irmã, enfermeira e agentes comunitários. No tocante à percepção de controle comportamental, o grupo experimental(79,34) teve melhor desempenho em relação ao grupo controle(70,15). A medida da intenção comportamental obteve tendência positiva em ambos os grupos, sendo a média do grupo experimental (81,92) relativamente superior ao grupo controle (67,84). As variáveis preditoras que melhor explicaram a intenção foram a atitude e a norma subjetiva, com coeficiente de determinação de aproximadamente 50% ($R^2=0,503$). O conhecimento das intenções comportamentais favorece o desenvolvimento de estratégias de trabalho para a enfermagem e demais profissionais de saúde, a exemplo de ações de educação em saúde, que desperte a mulher para a importância do rastreamento, bem como possibilite busca ativa de mulheres em idades apropriadas para a realização dos exames de detecção precoce.

Palavras-chave: Neoplasias da Mama; Intenção; Programas de Rastreamento, Mamografia; Enfermagem em Saúde Pública

ABSTRACT

SOUSA, F. S. **Intention assessment to perform mammography as support to actions to the health promotion.** 2010. 101f Thesis. (Doctor Degree). Pharmacy, Dentistry and Nursing Faculty, Federal University of Ceará, Fortaleza.

Recognizing the magnitude of the public health problem that breast cancer has become over the years and considering mammography as specific procedure for early detection, mammography screening was elected as desired behavior for this investigation. The aim was to assess the behavioral intention and its determinants to perform mammography screening among women in a rural community, with or without a persuasive message. This is an experimental study, only-posterior type, and the Theory of Planned Behavior was a theoretical and methodological framework. The study was conducted in a city of Paraiba, with a sample of 148 women divided into experimental groups 70 (47.3%) and Control 78 (52.7%). The participants were, mostly, married women with incomplete primary education, work at home, catholic, with monthly incomes up to 2 minimum wages, aged 35 to 78 years. The data collect was performed in two steps: a survey of beliefs (n = 33) in October/2009 and assessment of intention and its determinants in November/2009. Beliefs composed the questions formulated in semantic differential scales of bipolar adjectives Likert type. The data were analyzed comparing the two groups, being tested by Fisher-Freeman-Halton, Mann-Whitney test and correlation coefficient of Spearman. It was used the procedure for Forward logistic regression, Wald test, Hosmer-Lemeshow and Omnibus, in addition to R² Nagelkerke for predictive power. The analysis used the software PASW 18.0 and R version 2.8.1, with a significance level of 5%. The modal salient behavioral beliefs positive were breast cancer prevention, early diagnosis and itself care, and the negatives were pain and fear. Most frequent normative beliefs were physician, television, neighbor and friend. As facilitating factors, were most often cited: referent, money, availability of the examination in SUS and ease of marking. Among the impediments were taking so long to check / perform the examination and lack of money. Attitude was positive in both groups, however the control group showed better performance. The higher scores of subjective norm were presented by the experimental group, with predominance of the item that assessed whether most people thought that the participant should perform the mammogram in the next three months (p = 0.000). The referent with significant statistically were: physician, mother, sister, nurse and community agents. Regarding the behavioral control perception, the experimental group (79.34) had better performance comparing to the control group (70.15). The measure of behavioral intention received positive trend in both groups, with the mean of the experimental group (81.92) bigger than the control group (67.84). The predictor variables that best explained the intention were the attitude and subjective norm, with coefficient of determination of approximately 50% (R² = 0.503). Knowledge of behavioral intentions should improve the strategies development of nursing work and other health professionals, like shares of health education to awaken women to the importance of mammography screening and make possible active search for women of appropriate ages to perform exams for early detection.

Key words: Breast Neoplasms; Intention; Mass Screening; Mammography; Public Health Nursing

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: The theory of planned behavior (AJZEN, 1991)	32
Figura 2: Composição da amostra do estudo	39
Tabela 01 – Perfil sociodemográfico das mulheres participantes do estudo. Sousa – PB, 2009 (N=33).	49
Tabela 02 – Distribuição das crenças comportamentais positivas (vantagens) e negativas (desvantagens) sobre a realização da mamografia. Sousa - PB, 2009.	51
Tabela 03 – Distribuição das crenças normativas positivas (referentes positivos) e negativas (referentes negativos) sobre a realização da mamografia. Sousa - PB, 2009.	52
Tabela 04 – Distribuição dos fatores que possibilitam ou dificultam (percepção de controle) a realização da mamografia. Sousa - PB, 2009.	53
Tabela 05 – Distribuição das participantes do estudo segundo o comportamento passado sobre realizar a mamografia. Sousa - PB, 2009. (N=33).	54
Tabela 6 – Comparação dos dados sócio-demográficos, comportamento passado e intenção comportamental entre os grupos experimental e controle. Sousa (PB), 2009.	55
Tabela 7 – Comparação entre as médias dos postos relacionadas à atitude para o comportamento (medida direta) e à medida indireta da atitude entre os grupos experimental e controle. Sousa (PB), 2009.	59
Tabela 8 – Comparação entre as médias dos postos relacionadas à norma subjetiva entre os grupos experimental e controle. Sousa (PB), 2009.	63
Tabela 9 – Comparação entre as médias dos postos relacionadas à norma subjetiva (medida indireta) entre os grupos experimental e controle. Sousa (PB), 2009.	64
Tabela 10 – Comparação entre as médias dos postos relacionadas à percepção de controle comportamental, em suas medidas direta e indireta entre os grupos experimental e controle. Sousa (PB), 2009.	68
Tabela 11 – Comparação da variável intenção comportamental entre os grupos experimental e controle. Sousa (PB), 2009.	70
Tabela 12 – Correlação entre a Intenção comportamental e atitude para o comportamento, crenças comportamentais e avaliações das consequências das crenças entre os grupos experimental e controle. Sousa (PB), 2009.	73
Tabela 13 – Correlação entre a Intenção comportamental e Norma subjetiva entre os grupos experimental e controle.	74
Tabela 14 – Correlação entre a Intenção comportamental e crenças normativas e as motivações para concordar com os referentes entre os grupos experimental e controle. Sousa (PB), 2009.	75
Tabela 15 – Correlação entre a Intenção comportamental e percepção de controle comportamental, entre os grupos experimental e controle. Sousa (PB), 2009.	77
Tabela 16 – Regressão logística para definição de fatores relacionados à intenção comportamental para o grupo experimental	78

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo geral:	19
2.2 Objetivos específicos:	19
3 REFLEXÕES ACERCA DO CÂNCER DE MAMA – O ESTADO DA ARTE	20
4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	30
4.1 Theory of Planned Behavior	30
4.2 Tipo de estudo	37
4.3 Local da pesquisa	37
4.4 População do estudo	38
4.5 Amostras do estudo	39
4.6 Instrumentos de coleta de dados	40
4.7 Fundamentação e descrição da mensagem persuasiva	42
4.8 Coleta de dados	46
4.9 Análise dos dados	47
4.10 Considerações éticas	48
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
5.1 Levantamento das crenças comportamentais e normativas sobre realizar mamografia	49
5.2 Crenças comportamentais e normativas	51
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	87
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	93
APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA LEVANTAMENTO DAS CRENÇAS COMPORTAMENTAIS E NORMATIVAS SOBRE REALIZAR MAMOGRAFIA	94
APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	96
ANEXO A - CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	101

1 INTRODUÇÃO

De acordo com as Estimativas publicadas pelo Instituto Nacional do Câncer para 2010, o número de casos novos de câncer de mama esperados para o Brasil será de 49.240, com o risco estimado de 49,27 casos a cada 100 mil mulheres. As estimativas ainda apresentam um total de 8.270 casos novos para a região nordeste, sendo que 550 novos casos serão detectados na Paraíba, e 210 na capital do estado, o que equivale às taxas brutas de 28,68/100.000 e 59,34/100.000, respectivamente (INCA, 2009).

Diante da dimensão que o câncer tem assumido, e dos problemas vivenciados ao longo dos anos com a elevação de sua incidência, é necessário o enfrentamento dessa questão como um grave problema de saúde pública, não só pelo número de casos crescentes diagnosticados a cada ano, mas também pelo investimento financeiro que é necessário para equacionar as questões de diagnóstico e tratamento. Atualmente, o câncer se constitui na segunda causa de morte por doença no Brasil (INCA, 2008a).

A nossa aproximação com a temática do câncer, decorre dos estudos realizados ao longo da experiência acadêmica nos cursos de graduação e pós-graduação, quando se estudaram as vivências de pacientes submetidos a tratamentos quimioterápicos antineoplásicos e ao perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres com câncer ginecológico, respectivamente. Posteriormente, com o ingresso no Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, nível doutorado, e a inserção na linha de pesquisa Enfermagem no processo de cuidar na promoção da saúde, que estuda as ações de Enfermagem no processo de cuidar dos indivíduos, grupos e comunidade com vistas à promoção de saúde, houve a possibilidade de continuar nessa linha de formação, onde o foco do objeto passou a ser o câncer de mama, e conseqüentemente, a mulher mastectomizada.

Nesse sentido, as produções do grupo de pesquisa têm tratado de focar os diversos aspectos relacionados à saúde da mulher, mais especificamente a temática que envolve o câncer de mama, a partir do entendimento dos seus fatores de risco (BONFIM, BARBOSA, ALMEIDA, FERNANDES, ALMEIDA, 2009), de ações de detecção precoce da doença (FERNANDES, RÊGO, MELO, SILVA, 2007), e das diversas modalidades que envolvem o cuidado à mulher mastectomizada (GONÇALVES, ARRAIS, FERNANDES, 2007; FERNANDES, OLIVEIRA, MOURA, 2006; FERNANDES, SILVA, BONFIM,

SANTOS, 2005; OLIVEIRA, FERNANDES, MELO, BARBOSA, 2005; MELO, SILVA, FERNANDES, 2005); seja nas consultas de enfermagem (SANTOS, SOUSA, SILVA, BARBOSA, FERNANDES, 2009; FERNANDES, SANTOS, OLIVEIRA, 2007), nos trabalhos desenvolvidos nos grupos de apoio (OLIVEIRA, FERNANDES, SOUZA, 2008; PINHEIRO, SILVA, MAMEDE, FERNANDES, 2008; OLIVEIRA, SOUZA, FERNANDES, SILVA, SOUSA, 2008; FERNANDES, RODRIGUES, CAVALCANTI, 2004; FERNANDES, CAVALCANTI, BONFIM, MELO, 2005), bem como na criação de tecnologias em saúde (OLIVEIRA, FERNANDES, SAWADA, 2008; REBOUÇAS, SILVA, LOPES, FERNANDES, 2004) para o atendimento das necessidades dessa clientela.

A partir do panorama apresentado e da complexidade da temática, é que entendemos o controle do câncer de mama como sendo dependente de ações nas áreas da promoção da saúde, da proteção específica e do diagnóstico precoce da doença, exigindo mudanças nas condições de vida, hábitos e costumes que acompanham o processo de transformação do cotidiano da mulher ao longo dos tempos.

Promover a saúde na temática do câncer de mama pode significar ações que levem à proteção em relação a determinados fatores ambientais e a estilos de vida diários que poderiam ser direcionados aos indivíduos e à coletividade na busca da diminuição na incidência desta doença permitindo conforme preconiza um dos princípios da promoção da saúde, uma maior participação no controle deste processo, entendendo e compartilhando as razões, as causas e as consequências do câncer de mama, como estratégia para colocar realmente a saúde no lugar da doença (BRASIL, 2001).

Nesse sentido, apropriamo-nos da educação em saúde, como conteúdo e instrumento de promoção da saúde das coletividades, para ressaltar a sua importância no contexto de significação das ações a serem empreendidas nessa população.

Deve-se valorizar a capacidade de simbolização e a subjetividade das pessoas quando da elaboração de práticas em saúde, incluindo principalmente as práticas de educação em saúde. O respeito às idéias de quem convive com o problema deve ser encarado sobremaneira na tomada de decisões. Desse modo, ao se integrar todos os atores envolvidos nos processos de educação e saúde, valorizam-se as vivências dos sujeitos, confere-lhes autonomia e a garantia de engajamento nos processos sociais, e sendo assim, no curso de seus projetos de vida e de felicidade.

Para que se obtenha uma educação em saúde ampliada, é necessário que se incluam, nesse cenário, políticas públicas, ambientes apropriados e a reorientação dos serviços de saúde que se estendam além dos tratamentos clínicos e curativos.

A Carta de Ottawa relata que a saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como um objetivo de viver, sendo considerada como um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. A ação de promover saúde não é responsabilidade exclusiva deste setor, ela envolve estratégias que vão além de um estilo de vida saudável (BRASIL, 2001).

A Promoção da saúde, conceito evidenciado em Ottawa, é o processo de capacitação da comunidade com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida e saúde incluindo uma maior participação no controle deste processo. Trata-se da visualização da saúde como um conceito positivo, onde se valorizam os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas (BRASIL, 2001).

Nesse sentido, a promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde. E para que as pessoas tenham a oportunidade de participar de modo eficaz do desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde é necessário que sejam capacitadas para controlar os fatores determinantes de sua saúde. A partir da capacitação, da inserção social e política das populações, bem como da participação em todos os segmentos da vida social (controle social).

Importante ressaltar que essa capacitação deve ser pautada em estratégias de educação em saúde, vivenciadas nos espaços de construção a que os usuários dos serviços de saúde tiverem acesso. Não se trata de uma educação normativa, mas de um processo educativo que lida com as histórias de vida, com o conjunto de crenças e valores, buscando soluções que dêem respostas eficazes à problemática construída pelos sujeitos participantes, e sejam soluções sustentadas sócio-culturalmente (GAZZINELLI, GAZZINELLI, REIS, PENNA, 2005).

Ao conferirmos ao usuário o seu espaço na discussão dos objetos de seu interesse, vinculamos, socialmente, esses grupos aos campos de ação para a promoção da saúde elencados na Carta de Ottawa, que são: construção de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; desenvolvimento de habilidades; reforço da ação comunitária e a reorientação dos serviços de saúde. Em todos eles a presença da comunidade é elemento importante no processo. As pessoas devem interagir, cooperar, propor, enfim, participar de todas as formas possíveis para que se estabeleçam estratégias sólidas e executáveis de promoção da saúde no sentido de favorecer a todos.

Sendo assim, e retomando o objeto de estudo inicialmente apresentado, é que optamos por garantir à mulher a oportunidade de participação efetiva na tomada de decisões que enfocam alguns aspectos clínicos fundamentais na detecção precoce do câncer de mama.

É necessário o envolvimento da mulher como um sujeito ativo na busca por melhoria da qualidade de vida.

Entende-se que a busca pela melhoria da qualidade de vida das mulheres, se dá pelos processos de capacitação para o reconhecimento dos fatores de risco para o câncer de mama a que estão expostas, bem como a capacidade pessoal de realização do auto-exame periódico, como instrumentos de *empowerment* da mulher e, por conseguinte, de autonomia e dignidade.

A prática periódica do auto-exame confere à mulher a posição de sujeito responsável pela sua saúde e agente de mudanças em sua própria existência. As habilidades necessárias ao rastreamento e detecção de possíveis alterações que ocorrem em suas mamas, além de lhes permitir conhecer o próprio corpo mais apropriadamente, proporcionam uma possibilidade maior de uma detecção precoce de alteração mamária, o que irá influenciar, de maneira importante, na busca de assistência adequada e em tempo hábil.

Mesmo reconhecendo que o Instituto Nacional do Câncer (INCA) não estimula o auto-exame das mamas como estratégia isolada, tendo em vista que o procedimento foi recomendado por muitos anos como uma estratégia de detecção precoce sem, contudo ter sido demonstrada sua efetividade na redução da mortalidade através de estudos. Ainda assim, esse órgão faz a recomendação de que auto-exame faça parte das ações de educação para a saúde que contemplem o conhecimento do próprio corpo (INCA, 2008b).

Nesse sentido, em busca de meios efetivos para a detecção precoce do câncer de mama, são incorporadas novas tecnologias de diagnóstico que resultam na expansão da perspectiva de utilização de procedimentos e de programas de prevenção secundária do câncer, permitindo um diagnóstico mais precoce e uma maior chance de cura, de sobrevivência e de qualidade de vida (INCA, 2008b).

Os programas de rastreamento, ou de *screening*, fazem parte das ações de prevenção secundária no controle do câncer, e se baseiam no exame de pessoas assintomáticas utilizado na classificação desses sujeitos serem ou não passíveis de ter uma enfermidade objeto de rastreamento. Nessa perspectiva, o câncer de mama apresenta todas as características de doenças para a qual se indicam a efetivação de estratégias de rastreamento populacional, buscando identificar mulheres assintomáticas (nódulos impalpáveis) ou em estágio precoce da doença (nódulos palpáveis até 2 cm). As estratégias recomendadas, atualmente, para o rastreamento do câncer de mama são o exame clínico das mamas e a mamografia (INCA, 2008b).

A mamografia, exame radiológico dos tecidos moles das mamas, é considerada como o mais importante procedimento de rastreamento para o câncer de mama. Trata-se de uma técnica diagnóstica, feita a partir das características das imagens radiológicas, que permite identificar alterações ou sinais de malignidade nas mamas, incluindo as alterações não perceptíveis ao exame clínico (INCA, 2008b).

O rastreamento por mamografia é padronizado para as mulheres com idade entre 50 a 69 anos, com o máximo de dois anos entre os exames. Para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver o câncer de mama, o protocolo estabelece que a mulher deve realizar, anualmente, o exame clínico da mama e mamografia, a partir dos 35 anos (INCA, 2004, 2008b).

Reconhecendo a magnitude do problema de saúde pública que o câncer de mama tem se tornado ao longo dos anos, cuja incidência tem aumentado gradativamente, e considerando a mamografia como procedimento específico para detecção precoce dessa patologia, que uma vez detectada nas fases iniciais reduz substancialmente a mortalidade entre mulheres, elegemos a **realização da mamografia** como comportamento desejado para a obtenção dos benefícios a que o exame se propõe.

A escolha pela mamografia, como meio para a detecção precoce foi estabelecida, também, pelos critérios elaborados para o rastreamento populacional que preconiza, dentre outros: a enfermidade seja um problema de saúde pública, com índices de morbi-mortalidade elevados; o processo saúde-doença seja bem conhecido; a doença tenha fase pré-clínica detectável, cuja cura seja alcançada quando tratada nesse período. Por último, que exista um exame de execução simples, seguro, não-invasivo, barato e de sensibilidade e especificidade comprovada (INCA, 2008b).

Por esses motivos, é que se acredita que a mamografia seja esse exame de execução simples e não invasivo, muito embora os recursos financeiros alocados para a sua realização não estejam permitindo que todas as mulheres sejam beneficiadas pelos programas de rastreamento. O acesso da mulher ao exame mamográfico, procedimento de alta complexidade, deve ser critério importante nos planejamentos de saúde pública, especialmente quando se planeja dotação orçamentária para o setor saúde, que tem se tornado um entrave poderoso para países em desenvolvimento, os quais não priorizam a saúde como um programa fundamental na assistência às suas populações.

Inserida nessa perspectiva, a política nacional de saúde terá maior eficácia à medida que construa ações quanto aos modos de vida que invistam na capacidade de auto-regulação dos sujeitos sem que isso signifique a retirada da responsabilidade do Estado

quanto às condições de vida e, ao mesmo tempo, opere na formulação de legislações que dificultem a exposição às situações de risco, reduzindo a vulnerabilidade da população (CAMPOS, BARROS, CASTRO, 2004).

Quanto à responsabilidade do Estado, deve-se ressaltar a sanção de lei federal nº 11.664/2008, que entrou em vigor no corrente ano, e cujo teor dispõe sobre a efetivação de uma política de atenção à saúde da mulher, especificamente aos cânceres de mama e de colo de útero, assegurando a prevenção, detecção, tratamento e seguimento destas patologias no âmbito do SUS e demais serviços a ele integrados. A assistência integral à saúde da mulher, proposta em lei, inclui amplo trabalho informativo e educativo, além da garantia da realização de exame mamográfico a todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade (BRASIL, 2008).

Trata-se de medida importante no diagnóstico precoce e controle do câncer de mama tendo em vista que a idade anteriormente aplicada pelo rastreamento no SUS através de mamografias incluía apenas mulheres a partir dos 50 anos de idade. Outro benefício percebido diz respeito ao trabalho informativo e educativo, uma vez que se percebe que ações de educação para a saúde contribuem efetivamente para a saúde das mulheres, instigando-lhes à procura pelo atendimento de um direito agora constituído, e reconhecendo-lhes enquanto cidadãs e possuidoras de autonomia.

Nesse contexto, e percebendo a enfermagem como parte integrante nas ações que contribuem para uma assistência integral à saúde da mulher, optou-se por desenvolver um trabalho informativo e educativo que contemplasse essa nova política de atenção, especificamente na área do câncer de mama. Desse modo, o trabalho foi desenvolvido a partir do referencial adotado e buscando gerar efeitos positivos na clientela de mulheres, a partir de mensagens persuasivas, cujas informações compartilhadas tinham por finalidade evitar comportamentos de risco e adotar comportamentos preventivos para o câncer de mama. Para tanto, utilizou-se de uma estratégia educativa que denominamos de “OFICINA VISUAL: juntando recortes para influenciar a intenção”, com enfoque no câncer de mama. Nesse cenário, as mulheres eram direcionadas a repensar suas práticas diárias, para que a partir das informações trazidas pudessem ser persuadidas a modificarem os hábitos anteriormente vividos e adotar comportamentos saudáveis para a manutenção da saúde, e consequente promoção da saúde dessa clientela.

É verdade que a comunicação persuasiva pretende fazer com que os indivíduos acreditem no processo de persuasão planejado, e dessa forma as mulheres possam aderir, quando realmente persuadidas, à realização do auto-exame das mamas, a busca pelo exame clínico e mamografia, como formas de proteção e detecção precoce do câncer de mama.

Nesse sentido, é importante que a mulher conheça e assimile os fatores de risco para o câncer de mama, bem como a importância dos exames preventivos e ou de detecção precoce, especialmente a realização da mamografia, para que possa, efetivamente, buscar atendimento de saúde nos seus diversos níveis de atenção.

A opção pela aplicação da comunicação persuasiva positiva decorreu da própria teoria eleita para fundamentar o presente estudo, a Theory of Planned Behavior (AJZEN, 1991), que permite a utilização das mensagens persuasivas para influenciar intenções e comportamentos. Vale ressaltar que mesmo se utilizando de comunicações persuasivas, a intenção comportamental é mensurada respeitando, dentre outros parâmetros, a subjetividade (crença comportamental), bem como a norma subjetiva (seus referentes), respeitando, desse modo, as individualidades, a autonomia e dignidade dos sujeitos, conforme apresentado mais adiante no decorrer do trabalho.

No intuito de identificar a intenção comportamental das mulheres para a realização da mamografia, é necessário, também que se estabeleça uma relação de confiança entre profissional e clientela no sentido de que, inicialmente, se conheçam idéias, sentimentos, desejos e projetos que envolvem as ações a serem desenvolvidas, a que chamamos de crenças comportamentais, quando nos apropriamos dos fundamentos teóricos que tratam das intenções comportamentais para execução do comportamento realizar mamografia. Para tanto, além de se conhecer as crenças comportamentais, é preciso que sejam identificadas as atitudes, crenças normativas e as motivações para concordar, como passos a serem seguidos na aplicação da Theory of Planned Behavior, permitindo, finalmente, a mensuração das intenções comportamentais e seus determinantes. A Theory of Planned Behavior, proposta por Ajzen (1991), pode ser utilizada para prever, explicar e influenciar o comportamento humano em contextos específicos.

A escolha da Theory of Planned Behavior como referencial teórico-metodológico para essa investigação se baseou no pressuposto que os conceitos trabalhados nessa teoria, a exemplo das crenças comportamentais, atitude, norma subjetiva e percepção de controle comportamental, são realmente valiosos quando se trata de prever o comportamento humano em determinadas situações, e no caso presente, na intenção comportamental de realizar a mamografia.

É importante destacar, também, a adequação da Teoria da Ação Racional ao estudo dos fenômenos nos diversos campos de atuação da enfermagem, especialmente em se tratando do desempenho de comportamentos para a saúde, como se verifica na análise do círculo de contágio da teoria citada, desenvolvida por enfermeiras-pesquisadoras

(OLIVEIRA; PAGLIUCA; BARROSO, 2007). Acredita-se que adequação semelhante se encontra na Theory of Planned Behavior tendo em vista ambas possuírem a mesma estrutura teórica com pequenas alterações promovidas a partir do desenvolvimento da primeira.

Nesse contexto, acredita-se que o conhecimento das intenções comportamentais e seus determinantes para a realização da mamografia favorecem o desenvolvimento de estratégias de trabalho para os profissionais de saúde, de modo particular, da enfermagem, no sentido de apontar os caminhos a serem seguidos nos diversos campos de sua atuação, seja em consultas ambulatoriais de enfermagem, em estratégias de educação em saúde e na busca ativa de mulheres em idades apropriadas para a realização dos exames de detecção precoce.

Desse modo, faz-se necessário observar as recomendações feitas para o Sistema Único de Saúde, no documento do Consenso para o câncer de mama, que pretendem provocar estímulo, mediante ações educativas nos meios de comunicação, para o exame físico da mama realizado pelo profissional de saúde. Propõe, também, a implantação do rastreamento mamográfico no país, com garantia do diagnóstico, tratamento em tempo hábil e seguimento das mulheres com alterações mamárias (INCA, 2004).

Assim, sendo a mamografia uma estratégia recomendada para o rastreamento do câncer de mama em mulheres, sintomáticas ou assintomáticas, foi eleita essa modalidade de detecção como objeto do estudo que ora é apresentado. A mensuração da intenção da realização desse exame permite favorecer estratégias de trabalho para o encaminhamento dessas mulheres na busca pela realização do exame, bem como proceder a uma busca ativa de todas as mulheres, incluindo aquelas cuja intenção comportamental não se apresenta favorável à execução do comportamento preventivo desejado. O foco a ser atingido será a busca do rastreamento adequado para uma patologia assustadora e de incidência crescente entre mulheres.

A partir dessas considerações, apresentamos a tese que **o uso de comunicações persuasivas positivas, como estratégias de educação em saúde, incrementa a intenção comportamental de mulheres para a realização da mamografia.**

2 OBJETIVOS:

2.1 Objetivo geral:

- avaliar a intenção comportamental de realizar a mamografia e seus determinantes entre mulheres de uma comunidade rural submetidas e não submetidas a uma mensagem persuasiva.

2.2 Objetivos específicos:

- investigar as crenças comportamentais e normativas de mulheres que influenciam a intenção de realização da mamografia;

- identificar a atitude para realizar a mamografia e a norma subjetiva entre as mulheres;

- investigar como a percepção de controle comportamental influencia na intenção de realização do comportamento em questão;

- identificar a intenção comportamental de mulheres de realizar a mamografia;

- comparar os determinantes da intenção e a medida da intenção comportamental de realizar a mamografia entre as mulheres;

3 REFLEXÕES ACERCA DO CÂNCER DE MAMA – O ESTADO DA ARTE

Inicialmente, apresentamos um mapeamento de trabalhos desenvolvidos na temática do câncer de mama, seus fatores de risco, adesão ao tratamento e reconhecimento da autonomia das mulheres na escolha do tratamento a ser instituído, entre outros artigos relevantes à temática. Em seguida, apresentamos estudos de educação em saúde e sobre o cuidado cultural no câncer de mama.

Pesquisadoras estudaram mulheres com diagnóstico de câncer de mama, submetidas à mastectomia ou quadrantectomia, com a finalidade de verificar a adesão de mulheres mastectomizadas ao início precoce de um programa de reabilitação, chegou-se a constatação de que a maioria das pacientes do estudo aderiu ao programa de exercício para a reabilitação do ombro homolateral à cirurgia. As autoras acreditam que melhores resultados poderiam ser alcançados com um melhor controle da dor e com o reforço de orientações, além do envolvimento da família no processo de reabilitação. É citado no estudo que aproximadamente 36% das mulheres que tinham aceitado participar do estudo foram excluídas por diversos motivos, dentre eles a falta de condições de compreensão das orientações (GUTIÉRREZ, BRAVO, CHANES, VIVO, SOUZA, 2007).

Importante destacar que o envolvimento da família pode ser conseguido através do chamamento para o engajamento nos processos educativos que também ajudariam no reforço das orientações, como sugerem aquelas autoras. No tocante a não compreensão das orientações, estas poderiam ser trabalhadas mais informalmente, onde fossem respeitadas as crenças individuais das mulheres e suas famílias, sem o caráter de repasse de informações técnicas como no ensino normativo.

Um outro estudo evidencia a importância das orientações no contexto da instalação da doença. Realizado com companheiros de pacientes com diagnósticos de câncer de mama, alguns maridos de mulheres que não retiraram a mama mencionaram o transtorno que seria para a mulher essa retirada. Há o relato de que ficaria muito feio sem a mama, o que acarretaria em vergonha para a mulher (SANTOS, KOCH, 2006).

Desse modo, depreende-se que a família, especialmente os parceiros, deve ser trabalhada na tentativa de dar suporte à mulher, no período de adoecimento e tratamento do câncer de mama, nos processos adaptativos, como também no resgate de sua imagem corporal, caso a mastectomia seja o tratamento eleito. Para tanto, deve haver um trabalho de educação em saúde em todas as fases da vida da mulher, que favoreça a integração entre os diversos membros da família, de mulheres doentes e saudáveis, a fim de se discutir fatores de

risco, práticas de auto-exame, e esclarecer sobre condutas e tratamentos, com vistas à minimização de possíveis problemas decorrentes do câncer de mama e da mastectomia.

À luz do modelo de crenças em saúde, estudaram-se 30 mulheres submetidas à cirurgia de câncer de mama no Núcleo de Ensino Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizada, em Ribeirão Preto, SP. O estudo pretendia identificar as crenças a respeito da prática da atividade física, seus benefícios e barreiras. Os achados identificaram mais benefícios (melhora a disposição e os movimentos dos braços e ombros) do que barreiras (falta de força de vontade) e deixam em evidência que os benefícios estão associados ao corpo e à mente, trazendo importantes contribuições para a saúde e prevenção das doenças (PRADO, MAMEDE, ALMEIDA, CLAPIS, 2004).

A autonomia de mulheres e sua participação na escolha do tratamento para o câncer de mama foi investigada junto a participantes residentes no município de Campo Grande (MS), tendo como fundamento teórico-metodológico o interacionismo simbólico, onde as atribuições de significados dos sujeitos são frutos das interações da vida social. Os resultados apontam para a não participação das mulheres no processo decisório. A autonomia continua sendo objeto da retórica e longe de ser alcançada num sistema de saúde que possui relações desiguais de hierarquias, inclusive dos saberes (ARANTES, MAMEDE, 2003).

Buscando avaliar o conhecimento, a atitude e a prática de mamografia entre as mulheres usuárias de um serviço médico municipal, desenvolveu-se um estudo com 663 mulheres, em Campinas – SP, que revelou as usuárias do serviço tinham conhecimento e prática inadequados em relação ao rastreamento mamográfico, contudo elas mostram uma atitude adequada em relação ao exame. A principal barreira para a realização da mamografia está relacionada ao sistema público de saúde onde não são solicitados os exames pelos médicos (MARINHO, CECATTI, OSIS, GURGEL, 2008). Preliminarmente, foi desenvolvida nessa mesma população uma investigação acerca do conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas, com resultados semelhantes ao estudo anteriormente citado (MARINHO, GURGEL, CECATTI, OSIS, 2003).

Em se tratando de investigações envolvendo a educação em saúde, um estudo desenvolvido numa perspectiva da etnografia para investigar o significado da mama para mulheres de uma comunidade menos favorecida, concluiu que a promoção para o autocuidado das mamas necessita que os profissionais conheçam as dificuldades das mulheres e se mostrem sensíveis em relação ao cuidado prestado. As autoras propõem intervenções de educação em saúde centradas nos significados com a participação dos grupos envolvidos (LANDIM, NATIONS, 2003).

Considerando, ainda, os processos educativos em saúde, um outro estudo aborda o papel do enfermeiro na dinâmica interpessoal que permeia as relações educativas em grupo, tratando da dimensão grupal nesses processos. É necessário compreender as características evolutivas do grupo no projeto pedagógico, verificando o seu desenvolvimento e favorecendo o fortalecimento das potencialidades individuais e grupais na valorização da saúde e no exercício da cidadania (ALONSO, 1999).

Em se tratando do panorama internacional de estudos desenvolvidos na temática do câncer de mama, os achados incluem principalmente estudos de detecção precoce, incluindo ações de auto-exame, de exame clínico e de realização de mamografias, bem como estudos de avaliação de programas de detecção precoce realizado em país da América do Norte.

Examinando o conhecimento e a proficiência com o auto-exame das mamas e a detecção precoce do câncer de mama, foi desenvolvido um estudo com 395 profissionais de enfermagem do sexo feminino, que trabalhavam em diferentes setores de cuidado à saúde em 07 hospitais públicos e 03 privados na Jordânia. Os achados são consistentes com outros estudos que descobriram que as enfermeiras tinham níveis limitados de conhecimento sobre métodos de detecção precoce, câncer de mama e seus fatores de risco. Um dado importante é que poucas enfermeiras realizavam o auto-exame mensalmente (ALKHASAWNEH, 2007).

Outra investigação avaliou o conhecimento relacionado ao câncer de mama, atitudes e comportamentos entre Chamorros em San Diego, Califórnia, e comparou o uso da mamografia entre aquelas mulheres afiliadas com militares e outras. Vale ressaltar que a denominação Chamorro se trata de população indígena de Guam, cuja amostra foi constituída por 110 mulheres. Cerca de 85% das participantes informaram que se o câncer é detectado precocemente, a cura é provável. A maioria das mulheres Chamorro acreditam que o envelhecimento (52,9%), dieta rica em gordura (65,4%), parentes com câncer de mama (68,5%), aumentam o risco da mulher desenvolver câncer de mama. Além disso, as participantes acreditam que o uso de pílulas anticoncepcionais (37,4%) e a exposição a raios X aumentam o risco de câncer de mama. A percepção das mulheres sobre a probabilidade do câncer poder ser curado se detectado precocemente foi também relacionada ao uso da mamografia; o que pode ser verificado com a realização desse exame por essas mulheres num intervalo de dois anos. As mulheres Chamorro em San Diego têm relativamente altas taxas de rastreamento do câncer de mama com mamografia. Esse achado pode ser devido em parte, às

altas taxas de cobertura de seguro saúde e um bom acesso aos cuidados médicos (CRUZ et. al., 2008).

Para determinar os efeitos da educação de pares e grupos no conhecimento, crenças e prática de auto-exame das mamas entre estudantes universitárias na Turquia, aplicou-se uma intervenção individual e uma num grupo de estudantes, utilizando-se de instrutores habilitados na teoria e prática do auto-exame das mamas. Não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos investigados, ambos apresentando resultados semelhantes. As intervenções dirigidas às mulheres jovens tinham por objetivo ajudá-las a familiarizar-se com o tecido de suas mamas, detectar mudanças precoces, e iniciar um hábito rotineiro de autocuidado das mamas, incluindo o auto-exame. Os autores concluem que é importante selecionar métodos educativos apropriados e efetivos para aumentar conhecimento sobre o câncer de mama e melhorar a prática do auto-exame (KARAYURT, DICLE, TUNAMALAK, 2008).

Buscando investigar mudanças nas necessidades de suporte e cuidados de saúde durante o período de diagnóstico, e fatores que afetam essas necessidades de mulheres com suspeita de câncer de mama, desenvolveu-se um estudo longitudinal, em Taiwan, com 127 mulheres sem história anterior de câncer de mama, em três ocasiões: notificação da necessidade de biópsia de mama; antes da biópsia e após o diagnóstico. Os achados indicam que os níveis de necessidades dessas mulheres variam durante o período do diagnóstico, sendo mais elevados antes da biópsia de mama, e relacionados a características pessoais e ao contexto cultural. Os autores informam, ainda, que as maiores necessidades diziam respeito ao acesso das mulheres aos serviços de cuidados de saúde para o diagnóstico, seguimento e consultas, e de informações sobre a doença. Portanto, durante esse período, a enfermagem proverá pacientes e famílias com um cuidado sensível culturalmente, individualizado e de suporte (LIAO, CHEN, CHEN, CHEN, 2007).

Para avaliar a melhora da eficácia no aumento das recomendações para o rastreamento do câncer de mama, investigou-se numa amostra de médicos de uma comunidade na vizinhança da cidade de New York, se eles conduzem ou recomendam o exame clínico, qual a frequência do rastreamento em mulheres assintomáticas, e se eles ensinam o auto-exame às mulheres. Em seguida se mediu o processo de implementação para a melhoria de uma intervenção baseada na presença ou ausência de ferramentas ou sistemas para dar suporte ao rastreamento. Usando-se de análises multivariadas, encontraram efeitos de intervenção estatisticamente significante na recomendação do exame clínico das mamas,

mamografia e auto-exame, para pacientes com idades acima de 40 anos. No pós-teste, identificou-se que os médicos se envolvem em programas educacionais, melhora a auto-eficácia no aconselhamento para a prevenção, com o uso de rotina de cartazes, computadores e materiais impressos de educação ao paciente, bem como o cumprimento das metas para a realização da mamografia e aumento do envolvimento da enfermagem e outros profissionais associados no rastreamento (GORIN, ASHFORD, LANTIGUA, DESAI, TROXEL, GEMSON, 2007).

Para determinar os fatores críticos que influenciam no uso do exame clínico da mama e da mamografia, conduziu-se uma investigação do tipo caso-controle, entre mulheres trabalhadoras em Monterrey, México. Os resultados mostram que o conhecimento das participantes sobre a utilidade do auto-exame, sua percepção de que o sistema de cuidado à saúde tem pessoal médico suficiente e equipamento disponível para o exame clínico ou mamografia, e sua percepção que a duração do tempo de espera para um exame clínico ou mamografia era aceitável, foram significativamente associadas com o uso dos serviços de rastreamento, independente dos anos de educação formal, horas trabalhadas por semana, renda familiar mensal e outras variáveis descritas no estudo (WALL, NÚÑEZ-ROCHA, SALINAS-MARTINEZ, SÁNCHEZ-PEÑA, 2008).

Em se tratando de rastreamento mamográfico em mulheres idosas, foi realizado um estudo de coorte com 4.222 mulheres de 65 anos ou mais, onde se examina a relação entre a riqueza e uso desse rastreamento nessas mulheres, de acordo com a expectativa de vida. Em geral, dentro de 2 anos, 68% das mulheres receberam rastreamento mamográfico, que esteve associado com riqueza e bom prognóstico. O rastreamento mamográfico foi mais comum entre mulheres ricas em detrimento das pobres, ambas para mulheres com bom prognóstico. O estudo concluiu que as mulheres idosas pobres com prognóstico favorável estão em risco de não receberem rastreamento mamográfico quando elas são prováveis para o benefício. Mulheres idosas mais ricas com limitado prognóstico são frequentemente rastreadas quando elas são improváveis para o benefício (WILLIAMS, LINDQUIST, SUDORE, COVINSKY, WALTER, 2008).

No que se refere à análise de programas de detecção precoce, estudo sobre o impacto do programa nacional de detecção precoce do câncer de mama e cervical (NBCCEDP- sigla do inglês, programa dos Estados Unidos) em mamografias e testes de papanicolau utilizadas entre mulheres brancas, hispânicas e afro-americanas analisa dados para testar os efeitos desse programa e outros determinantes de rastreamento sobre grupos

étnico/raciais. Usaram-se dados do sistema de vigilância de fatores de risco comportamentais de 1996 a 2000. Os dados indicam que lacunas na testagem para câncer de mama e cervical entre mulheres afro-americanas e brancas não-hispânicas na faixa etária de 40-64 anos foram encerradas, mas permanecem para hispânicas. Achados multivariados indicam que a longevidade de locais de rastreamento gratuitos através do programa aumentou significativamente ambos os testes para mulheres brancas não-hispânicas. Assegurando que a ajuda médica permaneça acessível a mulheres neste grupo de não-idosas e aumentando o acesso a locais gratuitos de rastreamento pode levá-los próximos às metas de rastreamento nacional, ainda assim políticas necessitam ser direcionadas às disparidades étnico-raciais na cobertura e prestação do serviço (ADAMS, BREEN, JOSKI, 2007).

Estudando as tendências do câncer de mama entre mulheres negras e brancas nos Estados Unidos, procedeu-se o exame nos dados de incidência e mudanças nas tendências de mortalidade de acordo com idade, ano do óbito (período do calendário), e data de nascimento (coorte de nascidos) para investigar as disparidades existentes entre as taxas de mortalidade por câncer de mama entre mulheres negras e brancas, que em geral são maiores nas primeiras. O estudo encontrou que para ambas as raças, as taxas de incidência para câncer de mama para doença localizada e regional divergiram nos últimos anos da década de 1970. Quase ao mesmo tempo, em geral as taxas de mortalidade divergiram entre negras e brancas. Para ambas as raças a mortalidade aumentou com a idade, mas negras têm maior mortalidade em idades menores que 57 anos. A curva do período do calendário revelou declínio na mortalidade para brancas sobre todo o período do estudo. Para as negras, a mortalidade no período diminuiu até os últimos anos de 1970, aumentando acentuadamente após esse período. Após 1994, a mortalidade do período declinou para ambas (JATOI, ANDERSON, RAO, DEVESA, 2005).

No que se refere ao desenvolvimento de estudos qualitativos, os autores desenvolveram investigação para entender os fatores que facilitam ou dificultam a recepção da mulher nos serviços diagnósticos na sequência de um rastreamento de mamografia anormal. Utilizando-se de uma estratégia de amostra proposital para identificar baixa renda, diversidade étnica em mulheres com idades de 40 anos ou mais que tinham uma mamografia anormal recente. Trabalhando com um centro de saúde comunitário, centro de avaliação das mamas, e uma van com um mamógrafo móvel, 64 mulheres foram entrevistadas para identificar temas salientados que diferenciaram mulheres que receberam oportunamente seguimento daquelas que não receberam. Temas proeminentes entre as mulheres que negaram

seguimento incluíram insatisfação com comunicação dos resultados; perceberam desrespeito pela parte dos provedores e corpo clínico; barreiras logísticas ao acesso de serviços diagnósticos; ansiedade e medo sobre um possível diagnóstico de câncer; e uma falta de informação sobre rastreamento para câncer de mama e sintomas. Mulheres que receberam oportunamente cuidados mais frequentes informaram uma apreciação dos esforços dos provedores e corpo clínico (ALLEN, SHELTON, HARDEN, GOLDMAN, 2008).

No tocante aos trabalhos desenvolvidos utilizando a Teoria da Ação Racional (TAR) e a Teoria do Comportamento Planejado, como fundamento teórico apropriado para prever, explicar e influenciar comportamentos específicos, apresentam-se, a seguir, alguns estudos publicados em diversas áreas do conhecimento, a exemplo da psicologia e da enfermagem, como forma de demonstrar o potencial de aplicação dessa teoria para avaliar a intenção comportamental dos sujeitos em desenvolver determinado comportamento. Esse agir consciente e volitivo propicia a adoção de hábitos de vigilância em saúde e, conseqüentemente, configura-se como ação de promoção da saúde.

Em investigação conduzida na área da psicologia social, tendo por subsídio teórico a TAR, que segundo os autores se configura como um bom recurso para a explicação de uma série de comportamentos ligados à saúde, procurou-se construir e validar um instrumento de medida direcionado à mensuração da intenção comportamental de praticar caminhada, no mínimo três vezes por semana, além de verificar o poder preditivo da teoria em questão. O estudo foi conduzido na cidade de João Pessoa (PB), tendo uma amostra de 302 pessoas da população geral, incluindo infartados e enfocou os aspectos psicossociais da prevenção do infarto. A contribuição se deu no conhecimento de condições que possam melhorar os programas de intervenção, sejam eles educativos e/ou preventivos de acordo com os achados sobre as crenças e o uso correto de comunicações persuasivas. Os resultados demonstraram que o modelo da TAR é capaz de prever o comportamento da prática da caminhada (FORMIGA, DIAS, SALDANHA, 2005).

Outra relação entre a aplicação da Teoria da Ação Racional e a área da saúde se deu em investigação experimental que tratava do uso de comunicações persuasivas e a doação regular de sangue, desenvolvida com estudantes de uma universidade pública. Os achados indicaram que coube à estratégia persuasiva positiva uma maior variância da variável dependente, e que a obrigação moral demonstrou maior influência na intenção dos investigados em executar o comportamento (CUNHA; DIAS, 2008).

Ainda no que se refere à adoção de comportamentos relacionados a saúde, realizou-se pesquisa sobre a influência da utilização das comunicações persuasivas sobre a intenção de adotar os comportamentos preventivos de *usar camisinha e reduzir o número de parceiras sexuais*, cuja amostra foi composta por 420 universitários. O autor relata o insucesso das comunicações persuasivas utilizadas nesse estudo para o comportamento *reduzir o número de parceiras*, tendo em vista que essas comunicações produziram efeitos contrários ao que se propunha. Esse achado pode estar relacionado à percepção de que tomadas medidas de proteção como o uso do preservativo, poder-se-ia continuar com os mesmo hábitos de sempre (DIAS, 1995).

Estudando as crenças relacionadas à prática do auto-exame das mamas em mulheres de baixa renda, buscou-se identificar as crenças e referentes modais salientes dessas mulheres relativos ao comportamento citado. As entrevistas foram realizadas com 40 mulheres, em ambulatórios da rede pública da cidade de João Pessoa (PB). Os resultados indicaram um total de 132 crenças comportamentais e 166 crenças normativas, que demonstraram a influência dessas crenças na adesão à prática do auto-exame das mamas, apontando para a necessidade do desenvolvimento de estratégias preventivas nessa população (GONÇALVES, DIAS, 1999).

Em se tratando da utilização da TAR na área da enfermagem, estudos que enfocam os fatores que influenciam as intenções comportamentais de adolescentes do sexo masculino em usar a camisinha e, do sexo feminino, na solicitação do uso do preservativo pelo parceiro, foram desenvolvidos investigações com 231 adolescentes de ambos os sexos. Os resultados demonstraram que para o comportamento usar camisinha, as correlações entre os componentes atitudinais e normativos foram significativas. Para o comportamento que envolvia a solicitação do uso do preservativo, o estudo detectou uma correlação apenas entre os componentes normativos, sendo bastante significativa a correlação entre a norma subjetiva e a intenção comportamental. Nesse sentido, os autores assinalaram que a prática de ações educativas no sentido de influenciar a intenção dos sujeitos do sexo masculino em usar o preservativo deve focalizar os componentes da atitude e norma subjetiva, enquanto que entre as mulheres a intenção é determinada unicamente pelos aspectos normativos (OLIVEIRA, 2003; OLIVEIRA, DIAS, SILVA, 2005).

Uma outra aplicação da TAR por pesquisadores na área da enfermagem diz respeito a estudo do tipo caso-controlado realizado com adolescentes participantes e não participantes de projetos educativos nas escolas, com idades entre treze e dezenove anos. O estudo avaliou a intenção comportamental de uso do preservativo durante as relações sexuais

e determinantes envolvidos no processo. Nesse contexto, observou-se que a intenção comportamental de uso do preservativo se mostrou positiva para ambos os grupos pesquisados, com uma média discretamente maior entre aqueles adolescentes que participavam de projetos educativos. Os resultados apontaram, ainda, as atitudes e normas que sustentam a intenção de adotar o uso do preservativo, bem como as crenças que originaram essas atitudes e normas. Esses achados são importantes no sentido de mostrar a adequação da TAR na predição e explicação do fenômeno, bem como de instrumentar o planejamento de estratégias relativas à saúde sexual do grupo estudado (OLIVEIRA, 2009).

No que se refere à aplicação da Teoria do Comportamento Planejado (AJZEN, 1991), um estudo longitudinal explorou a conclusão do ensino médio entre 166 estudantes afroamericanos, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 14 a 17 anos. Atitudes foram relacionadas a crenças sobre consequências a curto e longo prazo; normas subjetivas para perceberem expectativas da família, professores e amigos; e considerações de controle incluíram habilidades acadêmicas exigidas, conflitos com os pares e professores, e condições de vida. Intenções e, em menor medida, a percepção controle comportamental, detectou a formação no ensino médio quase três anos mais tarde. Os achados possibilitam intervenções precoces nessa população (DAVIS, AJZEN, SAUNDERS, WILLIAMS, 2002).

Apoiando-se na mesma teoria, uma pesquisa longitudinal investigou os efeitos da introdução de um bilhete pré-pago como uma intervenção para aumento da utilização dos ônibus por estudantes universitários. Neste contexto, a lógica da proposição de que comportamento passado é o melhor preditor de comportamento mais tarde também foi examinada. A intervenção foi encontrada para influenciar atitudes para a utilização do ônibus, normas subjetivas, e a percepção de controle comportamental e, coerente com a teoria, de afetar o comportamento e intenções na direção desejada (BAMBERG, AJZEN, SCHMIDT, 2003)

Para identificar variáveis que predizem significativamente a intenção de comportamento de consumo de soja pela aplicação da TPB, buscou-se um estudo transversal, com questionários auto-administrados, cujas variáveis mensuravam atitudes comportamentais, normas subjetivas e percepção de controle comportamental, intenções e comportamento relacionado ao consumo de soja, mostrando correlações significativas com a intenção comportamental. Uma atitude negativa para com o sabor da soja foi o principal preditor de baixo consumo do alimento (RAH, HASLER, PAINTER, CHAPMAN-NOVAKOFSKI, 2004).

No que se refere aos comportamentos relacionados à saúde, detectou-se estudo que avaliou o efeito de uma mensagem persuasiva derivada da revisão da teoria da ação racional sobre o desempenho do auto-exame testicular. Foram distribuídos aleatoriamente 114 estudantes universitários do sexo masculino em três grupos, para ouvir uma mensagem persuasiva gravada, mostrando resultados desfavoráveis de crenças; uma mensagem de informação de câncer do testículo, ou nenhuma mensagem. Os achados demonstraram uma relação significativa entre a exposição à mensagem persuasiva e auto-relatada. O desempenho do auto-exame testicular obteve resultados significativos. Sessenta e três (71,23%) dos indivíduos contatados em um seguimento de quatro semanas relataram realizar o exame (BRUBAKER, FOWLER, 2006).

Outra investigação em saúde parte do pressuposto que as alterações na saúde se baseiam em determinados comportamentos que a teoria do comportamento planejado pode facilitar a compreensão. O estudo foi realizado com 130 adultos, com dois anos de diagnóstico pós-câncer. Comportamentos de saúde foram avaliados e revelaram o desempenho de comportamentos relacionados a uma dieta saudável, desfrutar bons momentos com familiares / amigos, envolver-se em atividades religiosas ou espirituais. Segundo os autores, a TPB poderia servir como um modelo completo para a mudança na compreensão dos comportamentos tanto da saúde física e psicossocial após o diagnóstico de câncer e poderia sugerir abordagens inovadoras para o desenvolvimento de intervenções para aumentar o crescimento dos benefícios encontrados (ANDRYKOWSKI, BEACHAM, SCHMIDT, HARPER, 2006).

Desse modo, a partir das investigações apresentadas, percebe-se a aplicabilidade da Teoria do Comportamento Planejado nos mais diferentes cenários da pesquisa, cujo enfoque seja investigar a intenção comportamental e o desempenho do comportamento. Acredita-se que essa contextualização do que tem sido publicado atualmente na área do câncer de mama e nos estudos cuja abordagem se faz através da aplicação da teoria eleita para a condução da presente pesquisa, possa mostrar a lacuna que será preenchida com o desenvolvimento da proposta de investigação de que trata esse projeto de pesquisa.

4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

4.1 Theory of Planned Behavior – Teoria do Comportamento Planejado (AJZEN, 1991).

A Theory of Planned Behavior (AJZEN, 1991) é uma extensão da Theory of Reasoned Action, proposta por Ajzen e Fishbein (1980), feita necessária pelas limitações do modelo original em lidar com comportamentos sobre os quais as pessoas têm controle volitivo incompleto (AJZEN, 1991).

A exemplo da proposição da teoria da ação racional original, um fator central na teoria do comportamento planejado é a intenção do indivíduo para realizar um determinado comportamento. Estas intenções são presumidas para capturar os fatores motivacionais que influenciam um comportamento, e são indicações das dificuldades das pessoas estarem dispostas para tentar realizar o comportamento, de modo que elas invistam muito mais que um esforço no planejamento de executar o comportamento desejado (AJZEN, 1991).

Como regra geral, foi estabelecido que quanto mais forte a intenção de engajar em um comportamento, mais provável será o seu desempenho. Nesse sentido, é necessário deixar claro que uma intenção comportamental pode encontrar expressão no comportamento somente se ele estiver sob controle volitivo, ou seja, se a pessoa pode decidir em executar ou não o comportamento (AJZEN, 1991). Desse modo a Teoria da Ação Racional também está assentada nesse pressuposto precípuo (AJZEN; FISHBEIN, 1980).

Diante de um arcabouço teórico comum às duas teorias que tratam da intenção comportamental e seus determinantes, bem como do desempenho do comportamento, optou-se por fazer referência aos construtos teóricos apresentados na Theory of Reasoned Action, tendo em vista a diferença entre as duas teorias residir na apresentação da variável que trata da percepção de controle comportamental, que descreveremos adiante.

A Teoria da Ação Racional foi apresentada em 1967 por Fishbein e Ajzen, e tem sido refinada, desenvolvida e testada ao longo dos anos. Através de publicação em 1975, os autores fizeram uma descrição completa da aproximação da predição comportamental, em que tentava mostrar como essa aproximação podia servir para integrar diversas teorias e linhas de pesquisa na área da atitude. Esse caminho é o resultado de um programa de pesquisa que teve início no final da década de 1950. Enquanto muito do trabalho inicial dos pesquisadores esteve centrado nos problemas da teoria da atitude e suas medidas, o trabalho dos últimos quinze anos de pesquisa tem se ocupado com a predição do comportamento em laboratório e cenários de aplicação (AJZEN; FISHBEIN, 1980).

De modo geral, a teoria está baseada na hipótese de que seres humanos são completamente racionais e fazem uso sistemático da informação que lhes é acessível. Os autores não apóiam a idéia que o comportamento social humano é controlado por motivos inconscientes ou desejos opressores, nem acreditam que isso possa ser caracterizado como caprichoso ou irrefletido. Ao invés disso, os autores argumentam que as pessoas consideram as implicações das suas ações antes de elas decidirem comprometer-se ou não em um dado comportamento, e por esta razão, os autores fazem referência à aproximação com uma teoria da ação racional (AJZEN; FISHBEIN, 1980).

O objetivo final da teoria é prever e entender um comportamento do indivíduo. Para os autores, o primeiro passo em direção a esse objetivo é identificar e medir o comportamento de interesse. Uma vez que o comportamento tem sido claramente definido, é possível perguntar o que o determina. Como subentendido acima, os autores sugerem a hipótese que a maioria das ações de relevância social está sob controle volitivo e, coerente com essa hipótese, a teoria visualiza a intenção da pessoa para executar ou não um comportamento como determinante imediato da ação (AJZEN; FISHBEIN, 1980).

Nesse sentido, os comportamentos não são muito difíceis de prever. Por exemplo, para prever se um indivíduo comprará um vídeo game, a mais simples e provavelmente mais eficiente abordagem é perguntar-lhe se ele pretende fazer isso. Isto não significa que haverá sempre perfeita correspondência entre intenção e comportamento. Contudo, excetuando eventos inesperados, a pessoa usualmente agirá de acordo com a intenção dela (AJZEN; FISHBEIN, 1980).

No entanto, e considerando que apesar de alguns comportamentos poderem atender ao requisito do controle volitivo, o desempenho da maioria dos comportamentos, depende, em certa medida, de fatores não motivacionais como a disponibilidade de oportunidades e recursos necessários. Os autores exemplificam alguns desses recursos, como o tempo, dinheiro, as competências, a cooperação dos outros. Em conjunto, esses fatores não motivacionais representam controle efetivo da pessoa sobre o comportamento, onde na medida em que o indivíduo disponha de tais oportunidades e recursos necessários, e tenha a intenção de executar o comportamento, ele ou ela deve ter sucesso em fazê-lo (AJZEN, 1991).

De acordo com a Theory of Planned Behavior (TPB), para prever se uma pessoa tem a intenção de executar algum comportamento, é necessário que se saiba se a pessoa é a favor de desempenhar o comportamento (atitude), quanto ela sente a pressão social para fazê-lo (norma subjetiva) e se sente controle da ação em questão (percepção de controle comportamental). Desse modo, quando se altera positivamente estes três preditores, podemos

aumentar as chances de que a pessoa terá a intenção de fazer uma ação desejada e, assim, aumentar a chance de a pessoa efetivamente fazê-lo. Esses autores ainda descrevem a Theory of Planned Behavior como útil na concepção de estratégias para ajudar as pessoas a adotarem comportamentos saudáveis (FRANCIS et. al., 2004).

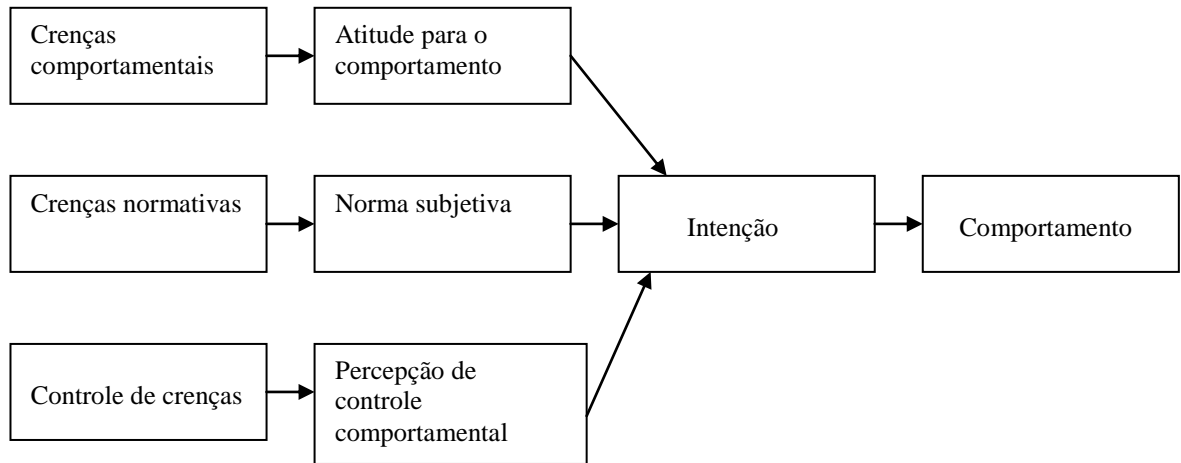


Figura 1: The theory of planned behavior (AJZEN, 1991)

A noção de que intenções predizem comportamento não fornece muitas informações sobre as razões para o comportamento. Não é muito claro descobrir que pessoas geralmente fazem o que elas pretendem fazer. Desde que nosso objetivo é entender comportamento humano e não somente predizê-lo, o segundo passo na análise dos autores requer que sejam identificados os determinantes das intenções. De acordo com a Theory of Planned Behavior, existem três determinantes da intenção comportamental, conceitualmente independentes: a **atitude para o comportamento** (de natureza pessoal); a **norma subjetiva** (fator social) e a **percepção de controle comportamental** (impedimentos e obstáculos para realizar o comportamento). O fator pessoal é uma avaliação positiva ou negativa da execução do comportamento do indivíduo, denominado **atitude** para o comportamento. Isto se refere se o julgamento da pessoa que executa o comportamento é bom ou mal, que ele é a favor ou contra um comportamento. Os autores mostram um exemplo de que as pessoas podem diferir nas avaliações de comprar um vídeo game, algumas têm uma atitude favorável, e outras uma atitude desfavorável para este comportamento. O segundo determinante da intenção é a percepção pessoal das pressões sociais sobre ela para executar ou não o comportamento em questão. Desde que trate com prescrições percebidas, este fator é denominado **norma subjetiva**. Retornando ao exemplo de comprar um vídeo game, podemos acreditar que a maioria das pessoas que nos são importantes pensa se deveríamos comprar ou não um vídeo

game. Por último, entre os fatores que podem criar obstáculos à execução do comportamento seria o fator dinheiro, sendo esse alocado na percepção de controle comportamental. De modo geral, indivíduos pretendem executar um comportamento quando eles o avaliam positivamente, se eles acreditam que outros importantes pensem que eles deveriam executar, e quanto maior for a percepção de controle comportamental, maior será a intenção do indivíduo de realizar o comportamento (AJZEN; FISHBEIN, 1980; AJZEN, 1991).

No que diz respeito à decisão que o indivíduo terá de tomar caso haja conflito entre a sua atitude positiva para executar o comportamento (crenças comportamentais) e a percepção da pressão social (norma subjetiva), os autores sugerem a necessidade de conhecer a importância relativa dos fatores atitudinais e normativos como determinantes das intenções, uma vez que a Teoria compreende que a importância relativa desses fatores depende, em parte, da intenção sob investigação. Para algumas intenções, as considerações atitudinais podem ser mais importantes que as normativas, enquanto que para outras intenções, as considerações normativas podem predominar. Nesse sentido, ambos os fatores são determinantes importantes da intenção, e seus pesos relativos podem variar de uma pessoa para outra (AJZEN; FISHBEIN, 1980).

A atribuição dos pesos relativos dos dois determinantes da intenção aumenta muito o valor explicativo da teoria. Os autores citam um exemplo de duas mulheres, onde uma pretende usar pílulas anticoncepcionais e a outra não. Para eles, desde que as duas mulheres possuam atitudes e normas subjetivas idênticas, suas intenções contrárias não poderiam ser explicadas apenas nos termos desses fatores. Todavia, as intenções diferentes seguiriam se a intenção da primeira mulher foi determinada principalmente pelas considerações atitudinais, e a intenção da segunda mulher esteve, principalmente, sob o controle da norma subjetiva dela (AJZEN, FISHBEIN, 1980).

No caso do nosso objeto de estudo, poderíamos verificar esses valores determinantes da intenção entre duas mulheres com idades apropriadas para a realização da mamografia, e onde apenas uma mulher decide se submeter a esse exame de rastreamento. Se por um lado, os componentes atitudinais da mulher que opta pela realização do procedimento estão de acordo com os benefícios trazidos pelo exame, e a avaliação que ela faz das possíveis consequências de um diagnóstico tardio atua de modo a favorecer a execução de um comportamento preventivo. Por outro lado, a intenção da mulher que não pretende realizar o procedimento pode ter sido determinada principalmente pela norma subjetiva, fazendo-a concordar com algum referente significativo que não acredita nos benefícios da mamografia, ou ainda estarem centrados na percepção de controle comportamental.

Para muitos propósitos práticos, este nível de explicação pode ser suficiente. É possível prever e obter algum entendimento da intenção da pessoa pela mensuração da atitude dela para executar o comportamento, sua norma subjetiva, e seus pesos relativos. Contudo, para um entendimento mais completo das intenções é necessário explicar porque as pessoas defendem certas atitudes e normas subjetivas, o que a Teoria da Ação Racional também tenta responder (AJZEN, FISHBEIN, 1980).

De acordo com a teoria, atitudes são uma função das crenças. De modo geral, a pessoa que acredita que executa um dado comportamento conduzirá, na maioria das vezes, para resultados positivos que defenderão uma atitude favorável para a execução do comportamento, enquanto a pessoa que acredita que a execução do comportamento conduzirá, na maioria das vezes, para resultados negativos defenderão uma atitude desfavorável. As crenças que estão na base da atitude da pessoa para o comportamento são denominadas **crenças comportamentais** (AJZEN, FISHBEIN, 1980). Novamente trazemos o exemplo da mulher que acredita nos benefícios advindos com a realização da mamografia, a exemplo da confirmação de uma mama saudável e sem alterações, ou mesmo, uma mama com uma doença em estágio inicial, onde a mulher terá maiores chances no tratamento e na qualidade de vida. Nesse caso, tais crenças comportamentais são apropriadas para avaliar positivamente o ato da realização da mamografia. Em contrapartida, um indivíduo está mais propenso a defender uma atitude desfavorável para o comportamento se ele acredita, principalmente, em resultados negativos.

Normas subjetivas também são função das crenças, mas crenças de um modo diferente, isto é, as crenças das pessoas, que indivíduos ou grupos específicos pensam que ele deveria ou não executar o comportamento. Estas crenças fundamentam uma norma subjetiva da pessoa, denominada **crenças normativas**. Geralmente, a pessoa acredita que a maioria dos referentes com os quais ela está motivada para concordar pensa que ela deve executar o comportamento, percebendo, então, a pressão social para fazê-lo. Contrariamente, a pessoa que acredita que a maioria dos referentes com os quais ela está motivada para concordar, pensa que ela não deve executar o comportamento, terá a norma subjetiva que lhe põe pressão para evitar a execução do comportamento (AJZEN, FISHBEIN, 1980).

Em se tratando da intenção comportamental de realizar mamografia, entendemos que a mulher é motivada para concordar com a realização do exame quando ela percebe que a execução desse comportamento também é desejada pelo seu marido, filhos, mãe, e seus amigos próximos. Nesse sentido, a norma subjetiva dela exercerá pressão para a execução do comportamento em questão. Por outro lado, se ela percebe que estes mesmos

referentes pensam que ela não deve realizar a mamografia, a mulher perceberá uma pressão social na direção oposta à realização do exame. Para Ajzen e Fishbein (1980) a norma subjetiva poderá exercer pressão para executar ou não um dado comportamento, independente da atitude própria da pessoa para o comportamento em questão.

Em se tratando da motivação na Theory of Planned Behavior, faz-se, normalmente, a suposição que a motivação e capacidade interagem nos seus efeitos sobre o comportamento obtido. Desse modo, intenções seriam esperadas para influenciar o desempenho à medida que a pessoa tenha controle comportamental. Esse desempenho deverá aumentar com o controle comportamental, se a pessoa estiver motivada a tentar (AJZEN, 1991).

No que se refere à percepção de controle comportamental, variável incluída na Theory of Planned Behavior, e cuja adição diferencia esta teoria daquela que trata da ação racional, percebe-se que a importância do efetivo controle comportamental é auto-evidente, uma vez que os recursos e as oportunidades disponíveis para o indivíduo devem ditar, de certo modo, a probabilidade de realização comportamental. A percepção de controle comportamental exerce impacto sobre intenções e ações, sendo uma parte importante na teoria do comportamento planejado (AJZEN, 1991).

A percepção de controle comportamental, juntamente com intenção comportamental, pode ser usada diretamente para predizer realizações comportamentais. Os autores fornecem duas razões para esta hipótese. A primeira razão envolve a intenção, em que o esforço despendido para executar um comportamento de forma bem sucedida é susceptível de aumentar a percepção de controle comportamental. Como exemplo, sugere-se que mesmo que dois indivíduos tenham intenções igualmente fortes para aprender a esquiar, e ambos tentam fazê-lo, a pessoa que está confiante de que ele pode dominar esta atividade é mais provável a perseverar que a pessoa que duvida de sua capacidade. Nesse sentido, pode-se inferir que a mulher que dispõe de oportunidades e recursos favorecedores do aumento da percepção de controle comportamental para a realização da mamografia, mais provavelmente desempenhará o comportamento esperado.

A segunda razão que proporciona uma ligação entre a percepção de controle comportamental e realização de comportamento diz respeito ao fato que a percepção de controle comportamental pode, frequentemente, ser usada como um substituto para uma medida de controle efetivo. Assim, se uma medida de percepção de controle comportamental pode ser substituída por uma medida de controle efetivo, isso vai depender, naturalmente, da precisão das percepções. Desse modo, se a pessoa tem pouca informação sobre o

comportamento, e se houver mudança nos recursos disponíveis, a percepção de controle comportamental não pode ser realista. Sob essas condições, uma medida de percepção de controle comportamental pode acrescentar pouco para precisão de predição comportamental. Por outro lado, caso a medida da percepção de controle seja realista, isto pode ser utilizado para prever a probabilidade de uma tentativa comportamental bem sucedida (AJZEN, 1991).

Para a teoria do comportamento planejado, o desempenho de um comportamento é uma função comum de intenções e percepção de controle comportamental. Para predição exata, várias condições terão de ser preenchidas. Inicialmente, as medidas de intenção e percepção de controle comportamental devem corresponder ou serem compatíveis com o comportamento a ser predito. Nesse sentido, intenções e percepções de controle devem ser avaliadas em relação a um determinado comportamento de interesse, cujo contexto especificado deve ser o mesmo onde o comportamento está para ocorrer. A segunda condição diz respeito à acurácia da predição comportamental, em que intenções e percepção de controle comportamental devem permanecer estáveis no intervalo entre a sua avaliação e observação do comportamento. O terceiro requisito refere-se à precisão da percepção de controle comportamental, que melhora à medida que as percepções de controle comportamental refletem controle efetivo (AJZEN, 1991).

A teoria do comportamento planejado distingue três tipos de crenças, quais sejam: comportamentais (atitude), normativas (norma subjetiva) e controle (percepção de controle comportamental). Todas essas crenças associam o comportamento de interesse com um atributo de algum tipo, seja ele um resultado, uma expectativa normativa, ou um recurso necessário para executar o comportamento. Assim, é possível integrar todas as crenças sobre um determinado comportamento, usando um somatório único para obter uma medida global da disposição comportamental (AJZEN, 1991).

É importante destacar que intenção, percepção de controle comportamental, atitude para o comportamento, e norma subjetiva, cada uma revela um aspecto diferente do comportamento, e pode servir como um ponto de ataque na perspectiva de mudanças. O fundamento subjacente de crenças fornece a descrição detalhada necessária para obter informação substantiva sobre uns determinantes do comportamento. Sendo assim, pode-se, no nível das crenças, aprender sobre os fatores que induzem uma pessoa a se empenhar no comportamento de interesse e seguir um curso de ação diferente (AJZEN, 1991).

4.2 Tipo de estudo

O estudo é de natureza experimental, quando o experimentador faz alguma manipulação junto aos participantes do estudo. Os experimentos podem ser conduzidos em qualquer ambiente, e com o uso da manipulação, o investigador controla e varia conscientemente a variável independente, e depois observa o efeito da intervenção realizada sobre a variável dependente. Essa modalidade de pesquisa se configura como a melhor ferramenta para testar as hipóteses de relações de causa-e-efeito, e tem sido utilizada por pesquisadores interessados no comportamento humano e nos estados psicológicos (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

Para qualificar um estudo como um experimento, é necessário que o delineamento da pesquisa possua três propriedades: manipulação (quando é realizada alguma intervenção aos participantes do estudo); controle (quando se inclui o uso de grupo de controle) e randomização (designação aleatória dos sujeitos aos grupos) (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

O delineamento experimental proposto para essa investigação é do tipo *apenas-posterior* (ou apenas pós-teste), considerado como o delineamento mais básico envolvendo designação aleatória de sujeitos a dois grupos, onde a coleta de dados é realizada após a intervenção (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

4.3 Local da pesquisa

O estudo foi realizado em uma comunidade de zona rural, localizada no alto sertão paraibano. A escolha do local do estudo decorreu da aproximação entre o pesquisador e a comunidade, tendo em vista que o mesmo já desenvolveu atividades de enfermagem na Unidade Básica de Saúde da Família, quando atuou como enfermeiro do Programa de Saúde da Família. Por esse motivo, e por acreditar conhecer as especificidades inerentes ao acesso aos serviços de saúde por que passam as comunidades rurais, especialmente no que se refere aos deslocamentos até a sede do município para a obtenção de serviços mais especializados, como no caso em questão, a realização da mamografia.

As pessoas dessa comunidade habitam, quase que totalmente, em uma vila de moradores construída pelo Departamento Nacional de Obras Contra as Secas (DNOCS), e vivem do trabalho agrícola, lidando, principalmente, com os cultivos da banana, coco, e demais agroprodutos para a comercialização e/ou subsistência.

A comunidade é servida por uma Unidade Básica de Saúde da Família, uma escola de ensino fundamental, além de assistência religiosa oferecida pelas religiões católica e protestante em seus templos de cultos erigidos naquela comunidade. Outros demais serviços relacionados à saúde, educação, cultura e etc., são ofertados, quando o são, na sede do município, distante aproximadamente cinco quilômetros.

A instituição de saúde local dispõe de uma equipe de saúde da família, composta por um médico, um enfermeiro e seu auxiliar de enfermagem, um odontólogo e o auxiliar de consultório odontológico. A equipe ainda é composta por três agentes comunitários de saúde que dão cobertura a 279 famílias, divididas em três microáreas que compõem o território adstrito da equipe. O serviço oferece a atenção básica em saúde nas várias fases do ciclo vital, tendo a família como núcleo central de atenção. São realizados atendimentos de saúde específicos às profissões da equipe multiprofissional, bem como atividades relacionadas à implantação dos programas ministeriais de saúde, a exemplo de vacinação, prevenção do câncer ginecológico, visita domiciliar, dentre outros.

4.4 População do estudo

Tendo em vista a indicação da mamografia como método de escolha para avaliação por imagem das lesões palpáveis em mulheres, e apesar do rastreamento mamográfico estar indicado para as mulheres com idades entre 50 a 69 anos, e a partir dos 35 anos para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver o câncer de mama (INCA, 2004, 2008b), considerou-se como população desse estudo o número absoluto de mulheres com idades igual ou superior a 35 anos, fundamentando esse limite inferior da amostra em investigação realizada sobre a idade como fator prognóstico no câncer de mama em estágio inicial, onde 19,3% de mulheres tinham 40 anos ou menos, e apresentava mulheres com câncer de mama a partir dos 25 anos. Os resultados ainda apontaram que as mulheres de até 40 anos com câncer de mama têm pior prognóstico, quando observada a proporção de pacientes com sobrevida livre de doença no estágio clínico I (GARICOCHEA, 2009). Em um perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres, detectou-se que 11,8% das mulheres tiveram câncer de mama com idades menores de 35 até os 45 anos (SOUSA, 2003).

Assim, procedeu-se a levantamento nos registros da clientela cadastrada na unidade básica de saúde da família escolhida para o desenvolvimento do estudo, obtendo-se

um total de 194 mulheres, cujas idades variaram dos 35 anos (limite inferior – critério de inclusão) até os 84 anos de idade.

4.5 Amostras do estudo

Inicialmente, para o levantamento das crenças, elegeu-se como critério a saturação teórica. Por esse motivo, quando não se identificava outras crenças deu-se por finalizada a primeira etapa do estudo, com $n = 33$.

Para o estabelecimento do tamanho da amostra envolvida no estudo, utilizou-se da fórmula para cálculo das populações finitas, como segue:

$$n = \frac{t_{5\%}^2 * P * Q * N}{e^2(N-1) + t_{5\%}^2 * P * Q}$$

Fixaram-se, ainda, alguns outros parâmetros considerados nesse cálculo: um nível de significância de 5% ($t_{5\%} = 1,96$), um erro amostral absoluto de 4% e uma proporção P de mulheres com idades adequadas à realização da mamografia como sendo igual a 50%, haja vista que esse valor proporciona um tamanho de amostra máximo.

Calculando:

$t_{5\%} = 1,96$; $P = 50\%$; $Q = 50\%$, $e = 4\%$ e $N = 194$, obtem-se $n = 146$ mulheres.

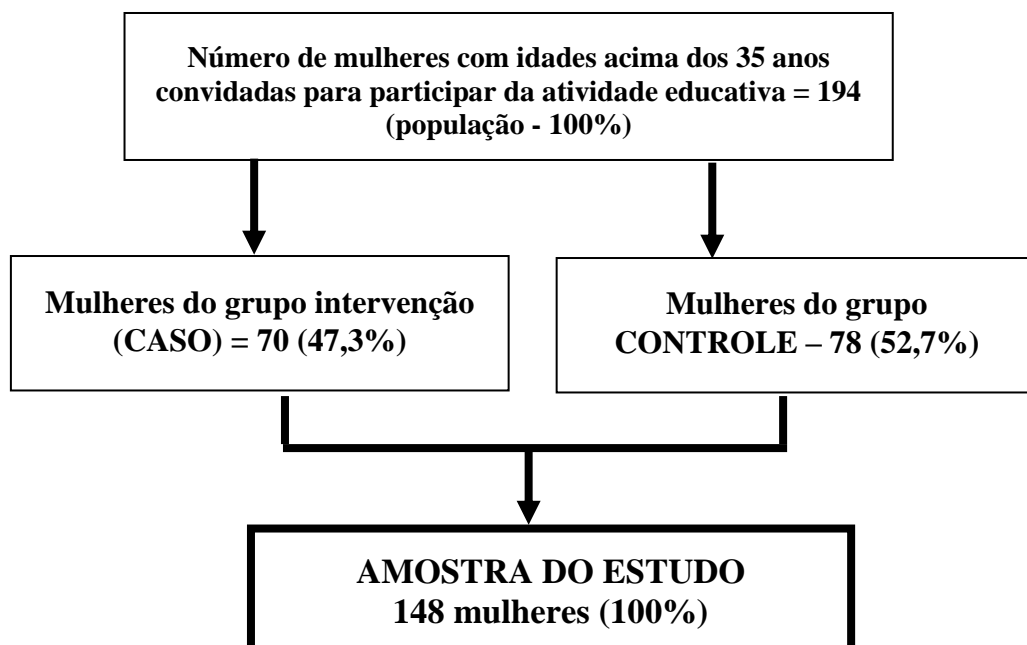


Figura 2: Composição da amostra do estudo

A composição da amostra, e conseqüentemente a distribuição das participantes entre os grupos estudados foi conseguida de modo aleatório, sem nenhuma manipulação por parte do pesquisador. Todas as mulheres que possuíam idades a partir de 35 anos (critério de inclusão) foram convidadas a participar da estratégia educativa a ser realizada durante a etapa de coleta. As mulheres que responderam positivamente ao convite de participação na oficina de trabalho foram alocadas no grupo Experimental (intervenção), o que correspondeu a um número de 70 (47,3%) participantes. Do grupo Controle participaram aquelas mulheres que preenchiam o critério de inclusão, e não compareceram à estratégia educativa proposta. Nesse grupo foram alocadas 78 (52,7%) mulheres.

4.6 Instrumentos de coleta de dados

Para a elaboração dos instrumentos de coleta de dados foi considerado o modelo proposto pela teoria (AJZEN; FISHBEIN, 1980; AJZEN, 1991), que recomenda, inicialmente, que sejam identificadas as crenças modais salientes, a partir de levantamento realizado para esse fim (APÊNDICE B). As respostas a esse questionário, que trata das vantagens e desvantagens em realizar a mamografia (crenças comportamentais), e identificam quais as pessoas consideravam importantes ou não a realização da mamografia (referentes), foram analisadas a partir da frequência absoluta e percentual com que são emitidas, e posteriormente, compuseram o segundo instrumento que serviu para avaliar a intenção comportamental e seus determinantes. Determinou-se que seriam consideradas como crenças modais aquelas emitidas pelas participantes, cuja frequência fosse igual ou superior a três citações. Realizaram-se testes para medida de significância das crenças comportamentais e normativas.

O instrumento de coleta de dados aplicado na segunda fase da coleta (APÊNDICE C) foi elaborado a partir das crenças modais salientes identificadas, utilizando questões para medir os construtos da teoria e obedecendo, também, as diretrizes para a elaboração dos instrumentos propostas por Ajzen (2002) e Francis (2004).

Esse questionário foi constituído por questões com escalas tipo Likert, com a finalidade de medir a **atitude para o comportamento** (medida da atitude – A), as **crenças comportamentais** e as **avaliações das conseqüências** dessas crenças; a **norma subjetiva**; as **crenças normativas** e as **motivações para concordar** com os referentes; a **percepção de controle comportamental**, incluindo a **medida e o poder do controle de crenças**, e a **intenção comportamental**. Além dessas variáveis, foi elaborada uma questão fechada que

procurava identificar quantitativamente a ocorrência de realização do comportamento investigado, nesse caso, o número de vezes que a mulher realizou a mamografia (**comportamento passado**). O conjunto das variáveis agrupadas no instrumento para coleta de dados abrange todos os construtos propostos na Theory of Planned Behavior. As demais variáveis incluídas permitiram caracterizar as mulheres participantes da investigação através dos **dados sociodemográficos**.

A disposição das questões no que se refere às medidas dos componentes teóricos ficou apresentada da seguinte maneira:

Variável	Número da questão/tipo
Comportamento passado	1 – fechada
Atitude para o comportamento – medida direta (<i>A</i>)	2 (a, b, c) – escalas de diferencial semântico prejudicial-benéfico; ruim-bom; não valioso-valioso
Crenças comportamentais (<i>b</i>)	3, 4, 5, 6, 7 - escalas de diferencial semântico ruim-bom; extremamente ruim-extremamente bom
Avaliações das consequências (<i>e</i>)	8, 9, 10, 11, 12 – escalas de diferencial semântico improvável-provável
Medida indireta da atitude (<i>A</i>)	$A \propto \sum b_i e_i$
Norma subjetiva (<i>SN</i>)	13, 14, 15 – escalas de diferencial semântico improvável-provável; completamente falsa-completamente verdade; extremamente improvável-extremamente provável
Crenças normativas (<i>n</i>)	16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 - escalas de diferencial semântico improvável-provável
Motivações para concordar (<i>m</i>)	24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 - escalas de diferencial semântico improvável-provável
Norma Subjetiva - medida indireta (<i>SN</i>)	$SN \propto \sum n_i m_i$
Percepção de controle comportamental (<i>PBC</i>)	32, 33, 34, 35 escalas de diferencial semântico impossível-possível; definitivamente falso-definitivamente verdadeiro; nenhum controle-controle completo; discordo fortemente-concordo fortemente
Medida do controle de crenças (<i>c</i>)	36, 37, 38, 39, 40, 41, 42 – escalas de diferencial semântico discordo fortemente-concordo fortemente
Poder do controle de crenças (<i>p</i>)	43, 44, 45, 46, 47, 48, 49 - escalas de diferencial semântico mais difícil – mais fácil
Percepção de controle comportamental	$PBC \propto \sum p_i c_i$

(PBC)	
Intenção comportamental (<i>I</i>)	50 - escala de diferencial semântico extremamente improvável – extremamente provável
Dados sociodemográficos	51, 52, 53, 54, 55, 56 – fechadas

Antecedendo a coleta de dados, houve a realização do pré-teste do questionário feito por dois pesquisadores com experiências no assunto investigado, sendo um com atuação na temática do câncer de mama, e conseqüentemente mamografia, e o outro com experiência no referencial teórico-metodológico adotado para o estudo. Houve alterações sugeridas na redação de algumas perguntas e para adequação às recomendações da Theory of Planned Behavior, que foram acatadas na elaboração final do instrumento.

4.7 Fundamentação e descrição da mensagem persuasiva

De acordo com a definição para a língua portuguesa, comunicação é o processo que envolve a transmissão e a recepção de mensagens entre uma fonte emissora e um destinatário receptor, no qual as informações, transmitidas por intermédio de recursos físicos (fala, audição e visão) ou de aparelhos e dispositivos técnicos, são codificadas na fonte e decodificadas no destino com o uso de sistema convencionados de signos ou símbolos sonoros, escritos, iconográficos, gestuais, etc. No que se refere à persuasão, segundo o mesmo autor, persuadir é levar ou convencer alguém ou a si mesmo a convencer-se a respeito de algo; a mudar de atitude, convencer. (HOUAISS, 2007)

Comunicação é, portanto, definida como o processo pelo qual um indivíduo (o comunicador) transmite estímulos (geralmente verbal) para modificar o comportamento de outros indivíduos (público alvo – audiência). Desse modo, a mudança de atitude (efeito) é influenciada por variações nas características da fonte da comunicação (quem), da mensagem (o que), e do público (a quem) (AJZEN, FISHBEIN, 1980).

Um pressuposto básico subjacente no estudo das comunicações é que o efeito de uma dada comunicação depende do que é atendido, compreendido e aceitado. Os efeitos da fonte, mensagem e fatores de audiência sobre a mudança de atitude são mediados pela atenção, compreensão e aceitação. Uma implicação desta conceitualização é que uma dada manipulação tanto pode facilitar e inibir mudança de atitude. Por exemplo, um recurso que desperte medo, pode reduzir a atenção mas aumentar a aceitação. Os efeitos da comunicação,

então, dependem de dois fatores: aprendizagem do conteúdo da mensagem e aceitação do que é aprendido (AJZEN, FISHBEIN, 1980)

Variadas são as estratégias utilizadas na comunicação persuasiva que tentam influenciar o comportamento. Em sua grande maioria, elas procuram fornecer alguma informação ao público alvo, na expectativa de que essa informação produza mudanças em favor do desempenho do comportamento de interesse.

No caso do nosso estudo, utilizaram-se informações a respeito do câncer de mama na tentativa de proporcionar incremento na intenção comportamental de mulheres para a realização da mamografia. As informações diziam respeito a conteúdos acerca do câncer de mama, incluindo a importância da realização de exames preventivos e de detecção precoce.

Informação é a essência do processo de persuasão. Receptores são expostos a uma comunicação persuasiva na esperança que eles sejam influenciados pelo conteúdo da informação. A efetividade da mensagem depende, em grande medida, da natureza da informação (AJZEN, FISHBEIN, 1980).

O propósito da comunicação persuasiva é mudar as crenças primárias que estão subjacentes a um ou mais comportamentos. Como regra geral, a estrutura de uma mensagem é composta por um conjunto de argumentos e evidências concebidas para apoiar esses argumentos. Quando o objetivo da mensagem é mudar a intenção ou comportamento, a mensagem, muitas vezes, também inclui uma ou mais ações recomendadas (AJZEN, FISHBEIN, 1980).

Na elaboração de uma mensagem persuasiva, dois pressupostos básicos são feitos: primeiro, que a aceitação da evidência de suporte irá resultar na aceitação dos argumentos e, segundo, que a aceitação dos argumentos provoca mudanças (AJZEN, FISHBEIN, 1980).

Os autores postulam que é possível especificar um conjunto de crenças primárias que servem como potenciais determinantes de um dado comportamento. Estas crenças dizem respeito às consequências da realização do comportamento e as prescrições normativas de referentes relevantes. Para ser eficaz, uma mensagem deve influenciar essas crenças primárias, e os seus efeitos podem ser direto no que ele pode produzir aceitação e ceder aos argumentos utilizados (AJZEN, FISHBEIN, 1980).

Igualmente importante a mensagem pode ter efeitos indiretos pelo impacto nas crenças primárias não explicitamente mencionadas na comunicação. Alguns desses efeitos de impacto podem não ser previstos, podendo assim produzir resultados inesperados (AJZEN, FISHBEIN, 1980).

A mudança nas crenças primárias pode não ser suficiente para provocar uma mudança no comportamento. Para ser eficaz, a comunicação persuasiva deve mudar um número suficiente de crenças primárias para influenciar a atitude para o comportamento ou a norma subjetiva. Além disso, uma alteração de qualquer componente irá influenciar a intenção somente se ela tem um peso significativo para a predição da intenção. Finalmente, à medida que uma mudança na intenção resultará na mudança de comportamento depende da força da relação intenção-comportamento (AJZEN, FISHBEIN, 1980).

Para a elaboração da mensagem persuasiva realizada nessa investigação, procedeu-se, inicialmente, uma compilação de conhecimentos científicos acerca do câncer de mama, seus fatores de risco, comportamentos preventivos, incluindo o auto-exame, o exame clínico e a realização de mamografia, de modo que essas informações aliadas a uma comunicação persuasiva entre o profissional de enfermagem e a mulher, pudessem ratificar a necessidade de adoção de comportamentos saudáveis que proporcionem melhores condições de vida e de saúde, e conseqüente melhor qualidade de vida. Acredita-se que essas informações são úteis, pois agregam conhecimento às mulheres, capacita-as para o autocuidado, assegurando-lhes, desse modo, a autonomia necessária ao exercício de cidadania.

O conhecimento acerca da temática possivelmente possibilita uma diminuição dos riscos para se desenvolver câncer de mama, tendo em vista que os fatores de risco quando presentes e identificados pelos sujeitos favorecem a adoção de comportamentos saudáveis, além de conferir propriedade sobre os possíveis sinais e sintomas apresentados, que podem facilitar o atendimento e a detecção precoces. Nesse contexto, a apropriação da realização da mamografia como padrão-ouro nos programas de *screening* para o câncer de mama pode favorecer um atendimento rápido à mulher acometida por alterações mamárias, especialmente nas alterações malignas da mama, dando-lhe oportunidade de tratamentos menos invasivos e mutiladores, além de um melhor prognóstico.

Desse modo, com vistas à educação em saúde das mulheres, e se empoderando da teoria da persuasão, elaborou-se um roteiro de trabalho baseado na distribuição e explicação de materiais de grande circulação e divulgação acerca do câncer de mama, cujo conteúdo aliado a uma comunicação persuasiva adaptada ao nível de entendimento da clientela geral, deixava evidente os comportamentos de risco e, concomitantemente, os preventivos, apontando práticas e hábitos saudáveis de vida, mostrando indicadores relacionados às estatísticas do número de mulheres acometidas pela patologia, número de casos novos anualmente, bem como dados relativos à mortalidade por câncer de mama.

Ênfase foi dada à mamografia, por ser o procedimento indispensável para a detecção precoce do câncer de mama e se configurar como variável de desfecho deste estudo.

Para que se pudessem manter as mulheres concentradas durante a oficina, optou-se por priorizar o uso de objetos visuais, em sua maior parte coloridos, como folders, álbum seriado, colar da vitória, manequim das mamas, bem como fotografias diversas. Todos os folders foram distribuídos entre as mulheres participantes do grupo experimental na medida em que eram apresentados, explicada a sua importância, e como seria possível se beneficiar daquela informação. Tanto o manequim das mamas quanto a Mamamiga[®] foram utilizados para demonstrar o autoexame das mamas, os posicionamentos da mama durante a realização da mamografia, e as diferenças entre os achados comuns e/ou alterações mamárias suspeitas e passíveis de melhor investigação por profissional. Para a exibição das fotografias, foi utilizado um microcomputador portátil, do tipo notebook PC Acer Aspire 5920, com o programa da Microsoft Office PowerPoint 2003.

As fotografias foram captadas de webpages de diversas associações de apoio à saúde mamária e da rede mundial de computadores, e mostravam mamas saudáveis, mamas pós-mastectomia, incisões cirúrgicas, reconstrução mamária em suas diversas etapas, além de outros objetos utilizados por mulheres mastectomizadas como próteses removíveis. Durante a projeção das fotografias, comentavam-se cada uma delas sempre enfatizando os benefícios da detecção precoce, especialmente aqueles obtidos com a realização da mamografia. O mamógrafo, as posições durante o exame, e a desmitificação do medo e da dor eram repetidos entre uma e outra fotografia apresentada. A idéia era persuadir a mulher a querer fazer o exame, e simultaneamente, dissuadir o medo do exame, principalmente pelos relatos da dor durante o procedimento.

Dessa forma, utilizaram-se argumentos de comparação para melhor entendimento (como o uso de protetor solar para a prevenção do câncer de pele), e argumentos que fazem apelo ao medo (deixando claro o aumento do risco de morte, quando do diagnóstico tardio), como forma de despertar a mulher para o autocuidado em saúde.

As mulheres participaram ativamente do momento educativo, fazendo perguntas e, principalmente, trazendo os exemplos das pessoas conhecidas (parentes, vizinhas e famosas) que foram acometidas pela doença, bem como com relatos sobre os medos e a dor durante o exame.

Apresentam-se, a seguir, a lista dos materiais utilizados na oficina com seus respectivos autores/distribuidores:

1. Álbum seriado intitulado O câncer e seus fatores de risco - doenças que a educação pode evitar, abordando os seguintes aspectos: O que é câncer? o que é fator de risco? os vilões – principais fatores de risco de câncer e de câncer de mama, a pirâmide dos alimentos. O álbum foi editado pelo Instituto Nacional do Câncer INCA/ Secretaria de Saúde do Estado do Ceará/ Grupo de Educação e Estudos Oncológicos (GEON) – Extensão do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal do Ceará – UFC.
2. Folder Auto exame de mamas – aprenda a se defender do câncer de mama – uma publicação do Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará – Governo do Estado do Ceará.
3. Colar da vitória e folder Câncer de mama tem cura – faça os exames de diagnóstico – publicação da Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – (FEMAMA).
4. Mamografia. Agora é lei. É seu direito. (folder) – FEMAMA.
5. Modelo didático para auto-exame das mamas (Mamamiga[®]) – distribuído pela Associação de Prevenção do Câncer na Mulher – ASPRECAM, associação com sede no município de Belo Horizonte – MG.
6. Manual de Orientação a Mulheres Mastectomizadas – Autores: Mariza Silva Oliveira e Ana Fátima Carvalho Fernandes; publicado pela Editora da UFC.

4.8 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em dois momentos distintos conforme as etapas de execução propostas pela teoria. Inicialmente, procedeu-se o levantamento das crenças comportamentais e normativas ($n = 33$) sobre realizar mamografia através da aplicação do primeiro questionário (APÊNDICE B), composto de indagações que abrangem as crenças que se desejam investigar, bem como de dados sociodemográficos das participantes, sendo estas últimas variáveis necessárias à caracterização da amostra do estudo. Esta fase foi realizada no mês de outubro de 2009 pelo próprio pesquisador, sendo os dados coletados nas casas das participantes sorteadas aleatoriamente. O sorteio aconteceu a partir de lista elaborada com dados constantes do cadastro das famílias na unidade de saúde. Cada mulher que atendia ao critério de inserção na amostra foi listada. Em seguida, atribui-se uma numeração crescente, e procedeu-se ao sorteio. Determinou-se, também, que a ordem do sorteio seria mantida para a realização das entrevistas, e caso a mulher sorteada não pudesse compor a amostra por qualquer motivo, as demais sorteadas seriam entrevistada até que se desse a saturação da amostra. O acesso às mulheres sorteadas foi conseguido com a orientação dos agentes

comunitários de saúde daquela localidade, que por serem habitantes das microáreas em que desenvolvem suas atividades, conhecem todas as mulheres ali residentes.

A partir da análise dos dados referentes à primeira etapa de pesquisa, que identificou as crenças comportamentais, normativas e de controle (positivas e negativas) emitidas pelas mulheres, foi elaborado o segundo instrumento para coleta dos dados (APÊNDICE C), aplicado entre as participantes da investigação no mês de novembro de 2009. A aplicação desse instrumento se deu em locais distintos na comunidade, a saber: salão paroquial da Igreja católica e sala de aula de uma escola de ensino fundamental (GRUPO 1 – EXPERIMENTAL); nas casas das mulheres participantes (GRUPO 2 – CONTROLE).

Para este passo, e considerando a amostra de mulheres a ser pesquisada, foram treinadas duas alunas do penúltimo semestre do curso de graduação em enfermagem, que participavam de projetos de pesquisas no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará e já possuíam experiência prévia em coleta de dados. O treinamento aconteceu mediante apresentação do instrumento de coleta de dados a ser aplicado, estudando as variáveis que seriam coletadas, e a forma de abordagem necessária para a obtenção de resposta fidedigna emitida pela participante, dada a complexidade do instrumento de coleta de dados. Os entrevistadores (pesquisador e equipe) deveriam ter um entendimento único sobre os procedimentos de coleta, evitando assim interpretações ambíguas para as respostas.

4.9 Análise dos dados

Como se tratava de variáveis avaliadas por escalas do tipo Likert, estabelecidas por diferencial semântico de adjetivos bipolares, foram atribuídos valores para compor o score e posteriormente, os resultados tratados pelo testes estatísticos apropriados para escalas do tipo intervalar. Os dados foram analisados comparativamente entre os grupos experimental e controle. São apresentadas as frequências absolutas para cada grupo e, quando apropriado as medidas de tendência central e de dispersão. Para comparação entre os grupos foram aplicados os testes de Fisher-Freeman-Halton, teste de Mann-Whitney e o coeficiente de correlação de Sperman. Para análise dos fatores relacionados à intenção comportamental no grupo experimental foi procedida uma regressão logística utilizando o procedimento Forward. Neste caso foram aplicados o teste de Wald, Hosmer-Lemeshow e o teste de Omnibus. Para verificação do poder de predição do modelo foi calculado o R^2 de Nagelkerke. As análises utilizaram como base o nível de significância de 5%. Para a análise foi utilizado como apoio os software PASW 18.0 e R versão 2.8.1.

4.10 Considerações éticas

A investigação foi desenvolvida de acordo com os aspectos éticos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Atendendo a esses critérios, as mulheres convidadas a participar receberam informações sobre a investigação, deixando explícitos os objetivos do estudo, as finalidades a que ele se propunha, bem como a importância da participação voluntária delas. Garantiu-se, também, o anonimato e privacidade, como também, a liberdade de desistência em qualquer etapa da pesquisa, sem nenhum prejuízo. Desse modo, após os esclarecimentos necessários, foi solicitada a confirmação da concordância a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Antecedendo sua execução, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba, com número de protocolo CEP/HULW n° 158/09, onde foi aprovada a sua execução em sessão realizada em 25/08/2009 (ANEXO A).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Levantamento das crenças comportamentais e normativas sobre realizar mamografia

De acordo com a Theory of Planned Behavior, que estabelece etapas a serem seguidas para a determinação da intenção comportamental e seus determinantes, o passo inicial é o levantamento das crenças comportamentais e normativas (AJZEN, 1991).

Apresentamos, a seguir, o perfil sociodemográfico das participantes sorteadas nessa etapa de investigação, que compuseram a primeira amostra do estudo.

Tabela 01 – Perfil sociodemográfico das mulheres participantes do estudo. Sousa – PB, 2009 (N=33).

Variáveis	Total		
	F	%	
Faixa etária	35-39	8	24,2
	40-44	11	33,3
	45-49	04	12,1
	50-54	05	15,2
	>60	05	15,2
	Total	33	100
Escolaridade	Analfabeta	01	3,0
	Fundamental Incompleto	16	48,5
	Fundamental Completo	05	15,2
	Médio Completo	07	21,2
	Superior	04	12,1
	Total	33	100
Estado civil	Casada	28	84,9
	Solteira	03	9,1
	Divorciada	01	3,0
	Viúva	01	3,0
	Total	33	100
Profissão/Ocupação	Agente comunitário	02	6,0
	Agricultora	04	12,2
	Aposentada	03	9,1
	Do lar	16	48,5
	Professora	04	12,1
	Outros	04	12,1
	Total	33	100
Renda familiar	Menos de 1	04	12,1
	1	16	48,5
	2	08	24,2
	> 3	05	15,2
	Total	33	100
Religião	Católica	28	84,8
	Evangélica	05	15,2
	Total	33	100

De acordo com a Tabela 01, que trata dos dados sociodemográficos das participantes na primeira etapa do estudo, um total de 33 mulheres compôs essa amostra inicial, o que correspondeu a 22,6% da amostra estimada para o estudo. Vale ressaltar que o autor da TPB não faz referência sobre o percentual que deve ser investigado no levantamento das crenças, mas apenas que esse levantamento deve ser realizado em população com características semelhantes ao grupo cuja intenção está para ser investigada.

Em relação às idades das mulheres, observou-se uma distribuição nas diversas faixas que compuseram essa variável, com predominância na faixa de 40-44 anos, com um total de 11 (33,3) mulheres. Verificou-se, ainda, que 24,2% das mulheres tinham idades entre 35-39. As idades variaram entre 35 (limite inferior) e 69 (limite superior) anos, com uma idade média de 46,2 anos.

Quanto ao nível de escolaridade, 63,7% possuíam o ensino fundamental, representando a maioria das participantes. Encontraram-se, também, mulheres analfabetas (3,0%) e com escolaridade de nível superior (12,1%). No que se refere ao estado civil, 84,9% das participantes informaram ser casadas.

No tocante às atividades ocupacionais exercidas, 48,5% desenvolvem suas atividades no próprio lar, como donas de casa. Uma distribuição equivalente ocorreu entre as mulheres que informaram ser agricultora e professora. Houve ainda a participação de outros profissionais que foram categorizadas como *Outros*, e incluíram agente administrativo, auxiliar de serviços gerais, recepcionista e secretária.

Em se tratando da renda familiar mensal das famílias, houve predominância na faixa de 01 salário mínimo com um percentual de 48,5%. Um total de 04 mulheres informou que seus rendimentos são inferiores a 01 salário, enquanto que 05 outras participantes percebem mais de 3 salários mensalmente. No concernente à religião declarada, 84,8% são católicas e 15,2% são evangélicas.

Os dados descritos permitem considerar as mulheres desse estudo, moradoras da zona rural do município de Sousa, estado da Paraíba, como fazendo parte, em sua maioria, de agrupamentos sócio-econômicos desfavorecidos, evidenciado pelos poucos anos de estudo formal que possivelmente se reflete nas ocupações exercidas e na renda familiar mensal. Depreende-se do baixo nível de escolaridade, uma possível barreira para o acesso à informação, especialmente no campo da saúde, dificultando, assim, a busca por serviços de saúde preventivos que garantam à mulher melhor qualidade de vida.

Os demais questionamentos elencados no Apêndice B dão conta do levantamento das crenças comportamentais, normativas, e do controle de crenças, bem como

da ocorrência de desempenho do comportamento no passado. Todas essas perguntas estão apoiadas na teoria eleita para o estudo, sendo que as três primeiras revelam o jogo modal de crenças emitidas mais frequentemente pelos sujeitos da pesquisa, e que passamos a apresentar a seguir.

5.2. Crenças comportamentais e normativas

Tabela 02 – Distribuição das crenças comportamentais positivas (vantagens) e negativas (desvantagens) sobre a realização da mamografia. Sousa - PB, 2009.

Crenças comportamentais positivas	f	%
Prevenção do câncer de mama	22	47,8
Diagnóstico precoce	12	26,1
Se cuidar	08	17,4
Idiossincrática	04	8,7
Total CCMS**	42	91,3
Total de citações	46	100,0
Total de respondentes	33	100,0

Crenças comportamentais negativas	f	%
Doloroso	22	59,5
Medo	12	32,4
Idiossincrática	3	8,1
Total CCMS**	34	91,9
Total de citações	37	100,0
Total de respondentes	33	100,0

**Crenças Comportamentais Modais Salientes (total de citações - idiossincráticas)

As crenças comportamentais apresentadas na Tabela 02, respondem ao questionamento feito sobre quais as vantagens e desvantagens em realizar a mamografia. Para a TPB, as crenças comportamentais influenciam a atitude positiva ou negativamente na direção da decisão sobre a execução do comportamento a ser adotado. Nesse caso, as vantagens são entendidas como as crenças positivas, que podem favorecer a atitude, enquanto que as desvantagens são as crenças comportamentais negativas que sinalizam para o conflito entre as crenças e/ou para o não desempenho do comportamento investigado.

Nesse sentido, foram identificadas como crenças comportamentais modais salientes positivas a *prevenção do câncer de mama*, o *diagnóstico precoce* e *se cuidar*, perfazendo um total de 42 crenças, que corresponde a 91,3% de todas as citações positivas. Entre as crenças *Idiossincráticas* foram categorizadas aquelas que não faziam referência às vantagens de se realizar a mamografia.

Ao se observar a distribuição das crenças comportamentais negativas (Tabela 02) foram identificados a dor (*doloroso*) e o *medo*, com um total de 34 crenças modais

salientes. Essas crenças negativas, a exemplo da dor e do medo, podem influenciar a atitude de não procurar a realização do exame.

No intuito de identificar as crenças normativas, foram elaboradas variáveis que enfocavam quais eram as pessoas significantes para as mulheres que consideram importante ou não a realização da mamografia. Essas questões possibilitaram elencar os fatores normativos, tendo em vista que a teoria compreende a importância relativa dos fatores, sejam atitudinais ou normativos, cuja intenção sob investigação tende a considerar uns ou outros, variando de pessoa a pessoa (AJZEN; FISHBEIN, 1980).

Tabela 03 – Distribuição das crenças normativas positivas (referentes positivos) e negativas (referentes negativos) sobre a realização da mamografia. Sousa - PB, 2009.

Crenças normativas positivas	F	%
Médico	15	22,4
Televisão	9	13,4
Vizinha	8	11,9
Amiga	7	10,4
Mãe	6	9,0
Irmã	6	9,0
Enfermeira	3	4,5
Agente comunitário de saúde	3	4,5
Idiossincrática	10	14,9
Total CCMS**	57	85,1
Total de citações	67	100,0
Total de respondentes	31	93,9

Crenças normativas negativas	F	%
Amigas	1	25,0
Vizinha	1	25,0
Conhecida	1	25,0
Idiossincrática	1	25,0
Total CCMS**	-	-
Total de citações	4	100,0
Total de respondentes	03	9,1

**Crenças Normativas Modais Salientes (total de citações - idiossincráticas)

A Tabela 03 apresenta a distribuição das crenças normativas positivas e negativas enumeradas pelas mulheres. Verificou-se, portanto, que o médico foi a crença normativa mais frequente com 22,4% do total de citações, seguidos pela televisão (13,4%), vizinha (11,9%) e amiga (10,4%). Constatou-se que a Enfermeira e o agente comunitário de saúde foram as citações menos frequentes entre todas, com um percentual de 4,5% cada.

Vale destacar que a equipe de saúde daquela localidade se encontra completa, com médico, enfermeira e seu auxiliar, agentes comunitários de saúde, odontólogo e seu auxiliar. O fato de o enfermeiro não ter sido citado mais frequentemente nas crenças normativas positivas conta como um ponto a ser trabalhado pelo profissional daquela área,

tendo em vista que muitas pessoas do lugar afirmam não conhecer a Enfermeira da Unidade. Seja por não comparecerem ao serviço ou por fazer apenas 8 meses de atuação do profissional na comunidade, faz-se indispensável se apresentar à população no intuito de até mesmo estabelecer parcerias na própria comunidade.

Em se tratando dos referentes negativos, considerou-se que não houve crenças normativas modais salientes, tendo em vista que cada referente obteve apenas uma citação, como demonstrado na Tabela 03, não cumprindo, assim, o critério estabelecido para a composição do jogo modal saliente.

No concernente à percepção de controle comportamental, buscou-se identificar quais os fatores ou circunstâncias facilitadores ou impeditivos para a realização da mamografia, conforme especificado na Tabela 04.

Tabela 04 – Distribuição dos fatores que possibilitam ou dificultam (percepção de controle) a realização da mamografia. Sousa - PB, 2009.

Fatores facilitadores	F	%
Disponibilidade de dinheiro para pagar	10	22,2
Disponibilidade do exame pelo SUS	7	15,6
Encaminhamentos	11	24,4
Facilidade na marcação	6	13,4
Idiossincrática	11	24,4
Total CCMS**	34	75,5
Total de citações	45	100,0
Total de respondentes	32	97,0

Fatores impeditivos	F	%
Demora para marcar/realizar	28	48,3
Falta de dinheiro para pagar	10	17,3
Número de exames insuficiente	6	10,3
Idiossincrática	14	24,1
Total CCMS**	44	75,9
Total de citações	58	100,0
Total de respondentes	30	90,9

**Crenças de Controle Modais Salientes (total de citações - idiossincráticas)

De acordo com a Tabela 04, entre os fatores facilitadores mais frequentes estiveram os *encaminhamentos* (24,4%) e a *disponibilidade de dinheiro para pagar* (22,2%). Além desses, observou-se que a *disponibilidade do exame pelo SUS* e a *facilidade na marcação* também compuseram as crenças de controle modais salientes. No tocante aos fatores impeditivos (dificultadores), 48,3% do total das citações elegeram a *demora para marcar/realizar* como uma crença de controle negativa. A *falta de dinheiro* (17,3%) aparece também entre estes, tendo em vista que não ter dinheiro para pagar o exame se configura como mais um obstáculo à sua realização.

Apoiando-se no fundamento de que o comportamento passado é o melhor preditor de nova execução do comportamento (BAMBERG, AJZEN, SCHMIDT, 2003), procedeu-se ao levantamento do número de mulheres que já haviam sido submetidas ao rastreamento mamográfico anteriormente, conforme se observa na Tabela 05.

Tabela 05 – Distribuição das participantes do estudo segundo o comportamento passado sobre realizar a mamografia. Sousa - PB, 2009. (N=33).

Realizou mamografia	F	%
Sim	11	33,3
Não	22	66,7
Total	33	100,0

Considerando a distribuição das participantes segundo o comportamento passado, detectou-se que um percentual significativo de 66,7% das mulheres nunca havia sido submetido à mamografia, enquanto que 33,3% disseram já ter realizado esse exame em alguma ocasião.

A partir desse levantamento inicial, e de posse das crenças comportamentais, normativas e de controle, passou-se à elaboração do segundo instrumento para a coleta de dados, que após sua aplicação, foi possível identificar a atitude para o comportamento (*A*), a norma subjetiva (*SN*), a percepção de controle comportamental (*PBC*), e conseqüentemente a intenção (*I*). Todas essas etapas estão descritas e se constituem na aplicação da Theory of Planned Behavior de Ajzen (1991).

É importante destacar ainda, que esses construtos puderam ser verificados a partir da aplicação das fórmulas matemáticas expressas no arcabouço teórico utilizado, onde são realizados os cruzamentos entre as demais variáveis investigadas, a saber: as crenças comportamentais (b_i), avaliação das conseqüências (e_i), crenças normativas (n_i), motivações para concordar com os referentes (m_i), crenças de controle (c_i), poder de controle (p_i).

Apresentamos a seguir, o perfil sociodemográfico das participantes por meio da comparação desses dados entre os grupos experimental e controle.

Tabela 6 – Comparação dos dados sócio-demográficos, comportamento passado e intenção comportamental entre os grupos experimental e controle. Sousa (PB), 2009.

Variáveis	Grupo		Total	Valor p
	Experimental	Controle		
1. Estado civil				
Casada	55	64	119	0.557 ¹
Divorciada	3	1	4	
Separada	3	1	4	
Solteira	5	4	9	
União estável	0	1	1	
Viúva	4	7	11	
2. Escolaridade				
Alfabetizada	1	9	10	0.007 ¹
Analfabeta	6	16	22	
Fund. completo	6	5	11	
Fund. incompl	30	33	63	
Médio completo	14	8	22	
Médio incompl	9	2	11	
Superior	4	5	9	
3. Profissão				
ACS	2	0	2	0.000 ¹
Agricultora	21	19	40	
Aposentada	4	23	27	
Autônoma	0	1	1	
Aux adm	1	0	1	
Aux secretaria	1	0	1	
Aux serviços	2	1	3	
Do lar	36	27	63	
Professora	3	5	8	
Secretária	0	2	2	
4. Renda familiar				
< 1	22	16	38	0.002 ¹
1 --2	29	20	49	
2 --3	13	37	50	
3 --4	4	5	9	
4 --5	1	0	1	
> 5	1	0	1	
5. Religião				
Católica	64	65	129	0.263 ¹
Deus	0	1	1	
Evangélica	6	12	18	
Média dos postos				
	Experimental	Controle		Valor p
6. Idade	61,57	86,10		0,001 ²
7. Comportamento passado	80,79	68,85		0,036 ²

1 – Teste de Fisher-Freeman-Halton; 2 - Teste de Mann-Whitney

De acordo com a Tabela 6, participou da segunda etapa dessa investigação um total de 148 mulheres, divididas em dois grupos, a saber: o grupo experimental e o grupo controle, cuja distribuição quantitativa absoluta foi de 70 e 78 mulheres, respectivamente. Em relação à distribuição pelo estado civil, em ambos os grupos se verificou a predominância de pessoas *casadas*, com um percentual de 80,4% do total das participantes, seguido das *viúvas* com um total de 11 (7,4%) mulheres. Quanto à escolaridade, à semelhança da primeira etapa, observou-se o predomínio do ensino fundamental incompleto (42,6%) nos dois grupos estudados e com uma distribuição bem equilibrada entre os grupos: 30 mulheres no grupo experimental e 33 no grupo controle. Entre as que se disseram analfabetas, alfabetizadas, e com ensino fundamental incompleto, observou-se uma maior presença dessas no grupo controle, com significância estatística nas alfabetizadas ($p= 0,007$). Desse modo, constatou-se que quanto menor era o nível de escolaridade das participantes, menor foi a presença dessas na estratégia de educação em saúde, cuja participação proporcionou a inclusão no grupo experimental. Houve distribuição equilibrada entre as mulheres que possuíam ensino fundamental completo e ensino superior.

Em se tratando da atividade ocupacional, 42,6% desenvolviam suas atividades no próprio lar, e dentre estas, 57,1% participaram do grupo experimental. A segunda maior participação foi de agricultoras com um percentual de 27% da amostra, o que reitera o perfil de uma comunidade agrícola. Um dado que merece destaque é que entre as aposentadas houve uma predominância de participantes no grupo controle (85,2%).

No que se refere à renda familiar, 33,8% das mulheres disseram ganhar de 2 a 3 salários mínimos, enquanto que 33,1% informaram rendimentos de 1 a 2 salários, com teste evidenciando significância estatística ($p= 0,002$). Observa-se, ainda, que as primeiras predominaram no grupo controle, enquanto que as últimas predominaram no grupo experimental. Um número considerável de participantes relatou renda inferior a 1 salário mínimo (25,7%). Depreende-se desse dado que uma quantidade significativa de mulheres sobrevivem com renda inferior a 1 salário, e desse modo, dependem dos programas sociais do governo federal, a despeito da Bolsa renda e Bolsa família. Ressalte-se, porém, a inquietação percebida entre as participantes quando do questionamento sobre os seus rendimentos, uma vez que desconfiavam que a informação pudesse influenciar em seus cadastros nos programas sociais, que naquele município é realizado através da unidade de saúde, pelos agentes comunitários. Desse modo, acreditamos que os rendimentos declarados podem não ser realmente aqueles percebidos pelas famílias, o que nos leva a duvidar da fidedignidade dessa variável.

No tocante à religião, houve uma distribuição equilibrada entre as católicas em ambos os grupos, com um percentual total de 87,2%. Das 18 mulheres que informaram ser evangélicas, 66,7% participaram do grupo controle.

Analisando a variável *idade*, observa-se uma média dos postos de 61,57 no grupo experimental enquanto que no grupo controle a média dos postos foi de 86,10 com diferença estatisticamente significativa ($p=0,001$). As idades variaram entre 35 (limite inferior estabelecido como critério de inclusão na amostra) e 78 anos (limite superior). Quanto à distribuição das idades entre os grupos, detectou-se que no grupo experimental a média de idades foi de 47,17 ($dp = 9,841$) anos, e no grupo controle essa média foi de 54,76 ($dp = 13,224$) anos.

Corroborando com os nossos achados, estudo realizado acerca da mamografia, considerando crenças, barreiras e facilitadores para o rastreamento, a exemplo de um realizado com mulheres com idades de 40 anos ou mais, em centros de saúde comunitária da cidade de Boston, Estados Unidos da América, apresentam semelhanças de contexto evidentes, tendo em vista a amostra do estudo possuir características semelhantes à investigação atual no que diz respeito à educação formal, ocupação e renda (MÉNDEZ; EVANS; STONE, 2009).

Depreende-se desse fato que mulheres com indicadores socioeconômicos menos favoráveis têm dificuldade para aquisição de informações em saúde e, portanto, são mais vulneráveis às consequências advindas do não estabelecimento de hábitos preventivos em saúde, especialmente por falta de informações oportunas. Estas mulheres estão sendo investigadas mais frequentemente, com o intuito de conhecer as suas crenças e a sua disponibilidade em participar do rastreamento mamográfico, e até mesmo os motivos da não utilização da mamografia.

Nesse sentido, em outro estudo realizado com mulheres idosas sobre a prevalência e os fatores associados a não utilização de mamografia, entrevistaram-se mulheres com idade média de 70,03, em sua maioria viúvas (51,8%), com até quatro anos de estudo (53,85) e rendimentos de até 03 salários mínimos (80,2%). Nele, embora a prevalência de realização da mamografia tenha sido elevada, foi detectado que um grande número de mulheres continua sem fazer o exame. A mamografia foi a prática preventiva que apresentou menor proporção de utilização nesse grupo, quando se comparou com as consultas ginecológicas, realização de exames colpocitológicos e exame clínico das mamas (NOVAES, MATTOS, 2009).

Um dado importante é que a idade avançada, a baixa escolaridade e a ausência de relação sexual mostraram-se fatores de risco para a não utilização da mamografia. Percebe-

se que há uma relação entre os cuidados de saúde buscados por essa mulher e o período reprodutivo das mesmas, o que pode ser explicado parcialmente por fatores culturais e crenças socialmente ligadas ao envelhecimento. Em se tratando do rastreamento para o câncer de mama, a não realização de mamografia se mostrou associada ao pior nível socioeconômico e a não utilização dos serviços de saúde. Para as autoras, esse fato pode refletir a iniquidade no acesso, evidenciado pelo menor poder aquisitivo ou à crença de não haver alternativas de prevenção ou reabilitação, por se tratar de mulheres idosas e estarem vivenciando um “processo de declínio” (NOVAES, MATTOS, 2009).

Nesse contexto, as próprias políticas públicas de saúde da mulher priorizam o atendimento das mulheres no seu ciclo reprodutivo, ou gravídico-puerperal. Detecta-se claramente uma priorização de atendimento para as mulheres jovens, seja nas consultas de planejamento familiar, nos programas de pré-natal, e no rastreamento do câncer de colo de útero. Concordamos que esse atendimento seja também realizado, mas o argumento que se propõe é que essa assistência seja integral e que enfoque a mulher durante toda a vida, indo principalmente além das faixas etárias relativas à reprodução. É importante, também, que a mulher não seja atendida somente nos programas de doenças crônico-degenerativas a exemplo da hipertensão e diabetes, mas que as questões relativas à saúde das mamas, da sexualidade no envelhecimento, dentre outras, seja também um ponto a ser trabalhado pelas equipes de saúde.

Antecedendo a apresentação das medidas dos construtos teóricos que fundamentam o estudo, foi questionado às participantes sobre a ocorrência de desempenho do comportamento de realizar a mamografia no passado, tendo em vista que tal ocorrência pode influenciar a reincidência desse comportamento. Para os autores da teoria, ainda que o modelo teórico seja suficiente para prever o comportamento futuro, pode-se esperar um efeito residual mesmo que pequeno do comportamento passado.

Assim, esse comportamento é melhor tratado não como uma medida de hábito, mas como uma reflexão de todos os fatores que determinam o comportamento de interesse. A correlação entre comportamento passado e posterior é uma indicação da estabilidade ou confiabilidade, e também é representado para a validade preditiva da teoria. Se um importante fator está ausente na teoria a ser testada, isso seria indicado por um efeito residual significativo do comportamento passado ou posterior, que poderia refletir a influência do hábito (AJZEN, 1991).

Nesse sentido, a variável comportamento passado obteve maior média dos postos no grupo experimental (80,79), sendo maior a participação de mulheres com ocorrência de execução de mamografia nesse grupo. O tratamento estatístico revelou diferença significativa entre os grupos, com $p = 0,036$. No que se refere às médias

encontradas, o grupo experimental apresentou 0,83 (dp 1,541), e o grupo controle obteve média de 0,42 (dp 1,264).

Estudo envolvendo a ocorrência de comportamento passado de realizar autoexame testicular entre homens verificou que 61% deles sabiam como executar o exame e 62% demonstraram uma intenção positiva para a sua realização (MCCLLENHAN; SHEVLIN; ADAMSON; BENNETT; O'NEILL, 2007).

Obedecendo aos preceitos da Theory of Planned Behavior (AJZEN, 1991), passamos a descrever as variáveis envolvidas na elucidação dos determinantes da intenção em relação ao comportamento. Nestas, serão identificados os componentes atitudinais, normativos e de controle relatados pelas participantes do estudo, divididos entre os grupos experimental e controle, acerca da intenção de realização da mamografia.

Tabela 7 – Comparação entre as médias dos postos relacionadas à atitude para o comportamento (medida direta) e à medida indireta da atitude entre os grupos experimental e controle. Sousa (PB), 2009.

Variáveis	Grupo		Valor p ¹
	Experimental	Controle	
1. Atitude para o comportamento			
<i>Realizar a mamografia dentro de um período de 03 meses é</i>			
a) Prejudicial – benéfico	69,92	78,61	0,075
b) Ruim – bom	70,59	78,01	0,153
c) Não valioso – valioso	75,46	73,64	0,658
2. Atitude – medida indireta ($A \propto \sum b_i e_i$)			
a) Previne câncer x vai ajudar na prevenção	81,07	68,60	0,019
b) Detecta câncer x vai favorecer o diagnóstico	76,59	72,63	0,476
c) Cuidar-se x cuidarei de mim mesma	78,06	71,31	0,232
d) Sentir dor x sentirei dor	72,91	75,92	0,660
e) Sentir medo x sentirei medo	68,34	80,03	0,090
Média dos postos	77,01	72,24	0,498

1 - Teste de Mann-Whitney

A medida da atitude, segundo a TPB, é realizada através de dois procedimentos: a medida direta, através dos escores atitudinais, e a medida indireta obtida pelo somatório dos produtos das crenças comportamentais e da avaliação das consequências, conforme especificado na Tabela 7.

No que se refere à medida direta da atitude, os dados revelaram que ambos os grupos consideram *benéfico* e *bom* a realização da mamografia dentro de um período de 03 meses, porém maiores médias foram identificadas para o grupo controle. Quanto ao item que

verificava a mamografia como valiosa ou não, as mulheres do grupo experimental consideraram, mais frequentemente, essa atitude como valiosa, sendo, também, menor a diferença entre os dois grupos estudados nessa categoria. Contudo, apesar das diferenças quantitativas existentes na distribuição dessa variável, o teste de Mann-Whitney não mostrou diferença estatisticamente significativa.

A medida indireta da atitude, estabelecida pela fórmula $\sum ai.ci$, evidencia uma maior média global no grupo experimental, sem contudo apresentar diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$). Examinando as diferenças na distribuição entre os grupos, as mulheres que participaram do grupo experimental atribuíram maiores escores às crenças positivas, que foram aquelas relacionadas aos benefícios conseguidos pela realização da mamografia e que se referem à prevenção do câncer, detecção precoce e ao cuidado com elas próprias. Para o grupo controle, observou-se atribuição de escores maiores às crenças negativas, que se referem à dor e ao medo que circundam a realização do exame. Destaque-se que apenas o primeiro item (a) da medida indireta da atitude apresentou diferença estatisticamente significativa ($p= 0,019$).

As atitudes são desenvolvidas razoavelmente a partir das crenças sobre o objeto dessa atitude. Geralmente, formamos crenças sobre um objeto, associando-a com determinados atributos, ou seja, com outros objetos, características, eventos. No caso das atitudes para o comportamento, cada crença liga o comportamento com um certo resultado. Desde que os atributos venham a ser ligados ao comportamento, estes já são avaliados positiva ou negativamente, e de forma automática e simultânea, a pessoa adquire uma atitude em relação ao comportamento. Deste modo, aprendemos a favorecer comportamentos que acreditamos ter consequências extremamente desejadas, como também formamos atitudes desfavoráveis para aqueles comportamentos que foram associados às consequências indesejáveis (AJZEN, 1991).

De modo geral, a atitude para o comportamento de realizar a mamografia detectada nessa investigação é positiva, tendo em vista apresentar escores que consideram a realização do exame como benéfico, bom e valioso. No que se refere às crenças comportamentais envolvidas na medida indireta da atitude, as mulheres consideraram também que a realização do exame vai ajudar na prevenção do câncer de mama, na detecção precoce da doença, e conseqüentemente, vai se configurar como uma atividade de autocuidado da mulher, conforme evidenciado nas crenças positivas. Com relação às crenças comportamentais negativas, a dor e o medo que circundam a realização do procedimento se

configuram como consequências indesejáveis, e sendo assim, podem direcionar a pessoa para uma atitude desfavorável ao comportamento.

Corroborando com esse resultado, encontramos investigação que trata das oportunidades e barreiras nos rastreamentos de mamografia, onde 73% das mulheres pensavam a mamografia como evento que previne o câncer de mama, e 82,4% que a consideram como a melhor ferramenta de rastreamento para o câncer de mama. Em se tratando do medo, 40% das mulheres entrevistadas estavam com medo de que a mamografia pudesse mostrar que elas tinham câncer de mama (MÉNDEZ; EVANS; STONE, 2009). Vale destacar que o medo aqui relatado se relaciona à possibilidade de revelação da doença, enquanto que aquele se refere mais especificamente à realização do exame.

Uma outra possibilidade que pode fazer com que as mulheres tenham medo de serem submetidas ao rastreamento mamográfico são os resultados falso-positivos. Em se tratando dos benefícios e danos do rastreamento mamográfico, deve ser considerado que contra o rastreamento pesa a discussão dos danos que tem se concentrado nos resultados falso-positivos. As interpretações acerca desse impasse são diferentes entre as mulheres. Para algumas mulheres com idade entre 40 a 49 anos, o benefício do rastreamento parece ser superior à chance de resultados falso-positivos ou sobrediagnóstico. Para outras, os danos parecem grandes, que é exatamente o ponto. Nesses casos, cada mulher, com a ajuda de seu médico, precisa considerar esses danos e benefícios e decidir se será submetida à mamografia (WOLOSHIN; SCHWARTZ, 2010).

É importante acreditar nas vantagens do rastreamento mamográfico até mesmo nos resultados falso-positivos. Deve-se considerar que quaisquer exames que sejam realizados podem revelar resultados falso-positivos. Há de se concordar que essa situação gera na mulher momentos de ansiedade e medo, que envolvem a sua situação de saúde. Diversos são os motivos que podem estar envolvidos nos resultados falso-positivos, em sua maioria concentrados na parte técnica do procedimento e/ou na interpretação dos achados dos exames. Não nos cabe aqui enveredar nessa questão, mas assegurar que, mesmo nesses casos, a mulher deve ser melhor rastreada, através de exames complementares e/ou na repetição de exames para diagnóstico com maior acurácia.

Entre as crenças comportamentais citadas no nosso estudo, encontram-se o medo e a dor, como crenças comportamentais negativas. Tais crenças podem influenciar negativamente o desempenho do comportamento em questão.

A dor experimentada na realização da mamografia, geralmente é em decorrência da pressão aplicada pelo equipamento, o que causa desconforto na mulher. Estudo

revela que a técnica para a realização do exame, combinada com a idade relacionada a diferenças anatômicas na mama, podem somar para isso. Existe ainda a possibilidade de que mulheres que referem mamografia com indicação diagnóstica também sentiram mais desconforto, o que pode ter sido pela necessidade de concentrar em uma região anatômica específica (ALMOG; HAGOEL; TAMIR; BARNETT; RENNERT, 2008).

A avaliação do desconforto sentido durante o exame mamográfico foi referida como muito desagradável por 26% das mulheres e aceitável por 46%. O percentual de mulheres referindo pressão muito desagradável variou entre 11% e 44% nas diferentes unidades investigadas. Ainda assim, a maioria das mulheres (98%) estudadas disse que estaria disposta a se submeter a mamografia no futuro (ALMOG; HAGOEL; TAMIR; BARNETT; RENNERT, 2008).

O desconforto foi também relacionado ao procedimento, tendo sido associado à atitude do técnico e às informações fornecidas às mulheres interessadas. Para os autores, a atitude do técnico para com a paciente influencia na experiência da mulher, ou a dor experimentada influencia a avaliação da mulher sobre a atitude do profissional (ALMOG; HAGOEL; TAMIR; BARNETT; RENNERT, 2008; RUSSELL; MONAHAN; WAGLE; CHAMPION, 2007).

Houve, também, o desconforto relacionado ao ambiente de realização do exame, como demonstra a investigação realizada acerca das diferenças na saúde e as crenças culturais na adoção do rastreamento mamográfico em mulheres afroamericanas. Nesse contexto foi identificado que os desconfortos eram resultantes do frio da sala e equipamento (RUSSELL; MONAHAN; WAGLE; CHAMPION, 2007).

No tocante à idade, as mulheres jovens referiram maiores desconfortos quando comparadas às idosas (ALMOG; HAGOEL; TAMIR; BARNETT; RENNERT, 2008). Houve também diferenças percebidas no desconforto, quando se comparou as mulheres hispânicas/latinas com outros grupos étnicos. Essas mulheres foram significativamente mais prováveis de achar a mamografia desconfortável e mais prováveis para expressar o temor que a mamografia pudesse mostrar câncer de mama. (MÉNDEZ; EVANS; STONE, 2009).

Diante desse panorama, seja quais forem os motivos que levam a mulher a sentir desconforto durante a mamografia, estes têm que ser modificados e/ou minimizados para que a mulher se sinta mais segura no rastreamento. A informação levada à mulher sobre o procedimento ajuda sobremaneira na condução do exame, uma vez que esclarecidas poderão se preparar psicologicamente, o que trará benefícios para a mulher e, conseqüentemente para o profissional responsável pelo atendimento. Deste modo, a conduta do profissional evidencia

que ele confere importância ao sujeito quando lhe garante o direito à informação e a uma assistência segura e livre de danos.

Se por um lado o desconforto apresentado é decorrente da pressão exercida pelo equipamento para uma melhor visualização da região anatômica examinada, por outro lado, e principalmente em avaliações diagnósticas, quando a mulher apresenta quaisquer alterações mamárias, que causam sensibilidade dolorosa nas mamas, a percepção de dor decorrente do procedimento pode ser aumentada dadas as condições clínicas da paciente. Nesses casos a orientação também se configura como elemento indispensável para a adesão das mulheres ao rastreamento mamográfico.

Como as crenças comportamentais sobre a dor e o medo do exame foram as mais percebidas desde a etapa do levantamento das crenças, optou-se pelo uso de falas que promovessem a persuasão das mulheres para a adoção da mamografia, considerando também ser o desconforto momentâneo, de pouca intensidade, e em alguns casos, não relatado por mulheres. Esses argumentos foram utilizados no sentido de afastar os mitos referentes a essas sensações que muitas vezes impedem o desempenho do comportamento estudado.

Tabela 8 – Comparação entre as médias dos postos relacionadas à norma subjetiva entre os grupos experimental e controle. Sousa (PB), 2009.

Norma subjetiva	Grupo		Valor p ¹
	Experimental	Controle	
1. A maioria das pessoas acha que eu deveria realizar /improvável – provável	90,74	59,93	0,000
2. A maioria das pessoas realiza .../ compl. falsa – compl. Verdade	77,26	72,03	0,448
3. Muitas pessoas realizam .../ ext. improvável – ext. provável	76,87	72,37	0,517

1 - Teste de Mann-Whitney

A Norma Subjetiva, que é a percepção da pressão social para executar o comportamento, foi obtida através das medidas direta e indireta. A medida direta da Norma Subjetiva foi verificada através de três itens que investigavam se a maioria das pessoas, que eram importantes para a mulher, achava que ela deveria realizar a mamografia; se a maioria das pessoas significativas realizava o exame e se muitas pessoas, a exemplo dela própria, realizavam a mamografia periodicamente.

Observa-se na Tabela 8 que o grupo experimental apresentou índices maiores em todos os itens da norma subjetiva, com predominância no primeiro item que avaliava se a maioria das pessoas achava que a participante deveria realizar a mamografia nos próximos

três meses. O Teste de Mann-Whitney revelou diferença estatisticamente significativa ($p=0,000$) para esse achado.

A norma subjetiva também é influenciada por um conjunto de crenças salientes normativas sobre as prescrições específicas de referentes, ponderada pela motivação para concordar com esses referentes. Por exemplo, um homem pode perceber a pressão social ao uso do preservativo, se ele acredita que seu parceiro acha que ele deveria usar preservativo e ele está motivado para concordar com ele ou ela. Deste modo, a norma subjetiva está em direção ao comportamento (ALBARRACIN; JOHNSON; FISHBEIN; MUELLERLEILE, 2001).

Os referentes e as motivações para concordar citadas pelas mulheres, dizem respeito às pessoas significativas para ela que consideram importante a realização da mamografia e os fatores envolvidos no processo que se constituem nas motivações.

Desse modo, apresenta-se, a seguir, a medida indireta da norma subjetiva, de acordo com o referencial teórico-metodológico que norteou o estudo.

Tabela 9 – Comparação entre as médias dos postos relacionadas à norma subjetiva (medida indireta) entre os grupos experimental e controle. Sousa (PB), 2009.

Norma Subjetiva ($SN \propto \sum n_i m_i$)	Grupo		Valor p^1
	Experimental	Controle	
O médico acha ...x eu faço o que o médico...	83,21	66,68	0,017
As propagandas e camp. TV x eu faço ... TV	79,59	69,93	0,163
A vizinha... x faço vizinha	77,44	71,87	0,416
As amigas ...x faço amigas	77,41	71,88	0,424
A mãe ... x faço mãe	86,60	63,64	0,000
A irmã ... x faço irmã	84,67	65,37	0,003
A enfermeira ... x faço enfermeira	87,78	62,58	0,000
Os agentes comunitários ...x faço ACS.	92,41	58,43	0,000
Média dos postos	92,72	58,15	0,000

1 - Teste de Mann-Whitney

De acordo com a Theory of Planned Behavior (AJZEN, 1991), a medida indireta da norma subjetiva é obtida pelo somatório dos produtos entre as crenças normativas (referentes positivos e negativos) e as motivações para concordar (dar cumprimento) com os referentes. Esses referentes são as pessoas que têm representatividade na vida das mulheres e, desse modo, exercem uma pressão social no sentido de executar ou não o comportamento sob investigação.

No presente estudo foram identificadas apenas crenças normativas positivas, conforme apresentado no levantamento das crenças e na Tabela 9. Observa-se ainda, na mesma tabela, que o grupo experimental apresentou escores maiores em todos os itens que avaliavam a norma subjetiva, à semelhança da medida direta da norma subjetiva. As diferenças maiores dos escores entre os grupos ocorreram nos seguintes referentes: médico ($p= 0,017$), mãe ($p= 0,000$), irmã ($p= 0,003$), enfermeira ($p= 0,000$) e agentes comunitários de saúde ($p= 0,000$). Ressalte-se que essas diferenças foram estatisticamente significantes conforme demonstrado pelos valores de $p < 0,05$. A média global da medida indireta da norma subjetiva também confirmou a predominância da probabilidade para concordar com os referentes entre o grupo experimental (92,72; $p= 0,000$).

Faz-se mister destacar que embora os índices apresentados confirmem o enfermeiro e os agentes comunitários de saúde como referentes positivos, esses atores foram os menos citados no levantamento das crenças normativas na primeira etapa dessa investigação, com apenas 03 citações (4,5%), enquanto que o médico obteve um total 15 (22,4%) citações.

A norma subjetiva, como um dos determinantes da intenção comportamental, influenciou o desempenho do comportamento, conforme verificado em estudo realizado no continente europeu durante consulta de cuidados primários sobre prevenção de risco cardiovascular, cujo objetivo foi avaliar a viabilidade e resultados de medida da TPB em pacientes recebendo aconselhamento de rotina versus aconselhamento como uma ajuda de decisão. Os resultados revelam que a escala da teoria mostrou propriedades de medidas satisfatórias, com 44% da variância da intenção comportamental para aderir à decisão depois do aconselhamento. Quanto aos componentes da TPB, somente atitude para a decisão e a norma moral (subjetiva) foram significativamente mais positivos na intervenção (KRONES; KELLER; BECKER; SÖNNICHSEN; BAUM; DONNER-BANZHOF, 2010).

Estudando as crenças de saúde e as taxas de mamografia em mulheres turcas vivendo em áreas rurais, os autores identificam que médicos, enfermeiros e parteiras possuem papel importante na educação das mulheres no que diz respeito aos benefícios da mamografia. As ações desenvolvidas junto às paciente podem reduzir barreiras percebidas para um mínimo, o que seria, provavelmente, efetivo na persuasão de mulheres para submeter-se ao exame (AVCI; KURT, 2008).

A importância das profissionais enfermeiras e parteiras, especialmente na Turquia, se dá por serem estas um ponto frequente de contato no sistema público de cuidado à saúde, podendo atuar num papel chave no incremento das taxas de detecção precoce do câncer de mama. Portanto, é importante garantir que estas sejam treinadas para aumentar a educação

das mulheres sobre o câncer de mama e a importância da mamografia na detecção precoce (AVCI; KURT, 2008).

Depreende-se desse achado, que semelhantemente ao estudo realizado na Turquia, a investigação ora apresentada também foi realizada numa comunidade agrícola da zona rural de um município paraibano, onde a enfermeira do programa de saúde da família também se configura como sendo o contato da mulher com o sistema de saúde vigente. Cabe a esse profissional, estabelecer vínculos para o conhecimento das crenças da comunidade em que atua, de sorte que tais informações possam direcionar o seu atendimento de saúde. É verdade que essa realidade ainda não tem sido frequente no contexto estudado, tendo em vista o pequeno índice na indicação do enfermeiro quando do levantamento das crenças normativas junto a clientela.

Esperava-se, ainda, que os agentes comunitários de saúde tivessem uma representatividade maior no levantamento das crenças normativas, tendo em vista serem estes juntamente com o enfermeiro considerados como provedores de cuidados em saúde naquela comunidade.

Constata-se tal anseio, a exemplo de estudo realizado com homens para verificar as intenções de realizar o Prostate-Specific Antigen (PSA). Nesse contexto foi detectado que as recomendações de provedores de cuidados em saúde podem ter uma mais forte influência nas decisões para realizar o exame (HEVEY; PERTL; THOMAS; MAHER; CHUINNEAGÁIN; CRAIG, 2009). Outra investigação que confirma a importância do profissional de saúde como referente, foi realizada com mulheres submetidas a rastreamento mamográfico. Nesse estudo desenvolvido com populações de cidade do interior, os autores estabelecem que os fatores positivamente associados com aderência para o exame foram: as mulheres provavelmente tiveram a recomendação de alguém para a mamografia (85,1%); possuíam um provedor de cuidado primário (96%) e um resultado significativo aponta que o provedor desse cuidado deve ter sido uma mulher (79%) (MÉNDEZ; EVANS; STONE, 2009).

Outros sujeitos se constituíram como referentes das participantes conforme especificado na Tabela 9, a exemplo das propagandas de televisão, as vizinhas, as amigas, a mãe. Acreditamos no potencial desses referentes, cuja atuação proporciona incremento do desempenho do comportamento em questão, cabendo a equipe de saúde desenvolver trabalhos que aumentem as potencialidades desses referentes.

Um referente não citado entre as mulheres foram as filhas. Contudo, estudo sobre a comunicação entre mãe e filha adulta, realizado com mulheres imigrantes mexicanas e filipinas nos Estados Unidos, usou um método qualitativo para explorar a adequação de

incluir as filhas adultas como referentes na medida da norma subjetiva no que diz respeito ao uso da mamografia. Entre os tipos de influência detectados, houve aquele que tratava das informações de saúde e aconselhamento. Várias mães constantemente consultavam suas filhas para informações relacionadas à saúde, e sobre uma variedade de assuntos que vão da menopausa a suplementos dietéticos, e sobre as condições crônicas de saúde, na tentativa de aumentar os seus conhecimentos gerais e facilitar a tomada de decisão (WASHINGTON; BURKE; JOSEPH; GUERRA; PASICK, 2009).

No que se refere à motivação para procurar cuidados de saúde, as filhas também influenciaram a escolha do profissional de saúde para o atendimento de suas mães, e a qualidade do atendimento recebido através das suas relações pessoais com os médicos e / ou envolvimento com cuidado. Em geral, as mães com relações próximas das filhas eram mais propensas a ser influenciadas e seguir os seus conselhos relacionados à saúde. Os resultados sugerem que ao se comunicar com as mulheres mais velhas que têm filhas adultas, a filha pode revelar-se essencial para auxiliar a mãe na adoção de um comportamento de saúde. Os autores sugerem o desenvolvimento de intervenções que influenciam filhas adultas, o que pode ser uma estratégia benéfica na promoção do uso da mamografia. Estas intervenções podem incluir a necessidade de comunicação dirigida às filhas sobre a importância da detecção precoce do câncer de mama para as mães (WASHINGTON; BURKE; JOSEPH; GUERRA; PASICK, 2009).

A Tabela 10 apresenta as variáveis descritas pela Theory of Planned Behavior que estabelecem a medida direta e indireta da percepção de controle comportamental. Estas crenças de controle tratam da presença ou ausência de recursos e oportunidades que se encontram disponíveis para o desempenho do comportamento, ou ainda aqueles fatores que atuam como obstáculos para a sua execução (AJZEN, 1991).

A percepção de controle comportamental recebeu uma grande atenção na área social para prever comportamentos para a saúde, e por esse motivo foi incluída na ampliação da Teoria da Ação Racional. A lógica subjacente a adição da PBC foi de que seria possível prever comportamentos que não estivessem sob controle completo do volitivo. Sendo assim, enquanto a TRA poderia adequadamente prever comportamentos sob controle volitivo, nas circunstâncias em que foram impostas algumas ações, a medida da intenção não era suficiente para prever comportamento. A PBC fornece informações sobre as possíveis restrições à ação como percebida pelo ator, e é utilizada para explicar por que intenções nem sempre preveem comportamento. (AJZEN, 1991).

Tabela 10 – Comparação entre as médias dos postos relacionadas à percepção de controle comportamental, em suas medidas direta e indireta entre os grupos experimental e controle. Sousa (PB), 2009.

Variáveis	Grupo		Valor p ¹
	Experimental	Controle	
1. Percepção de controle comportamental			
Para mim, realizar a mamografia...impossível – possível	83,91	66,06	0,007
Se eu quisesse...def. falso – def. verdadeiro	81,56	68,16	0,026
Qto. controle eu tenho...nenhum controle – controle completo	80,38	69,22	0,084
É importante para mim... discordo fort. – concordo fort.	78,56	70,85	0,157
2. Percepção de controle comportamental			
(PBC $\propto \sum p_i c_i$)			
Se eu tiver dinheiro para pagar... x o dinheiro para pagar...	81,44	68,28	0,039
Se houver disp. do exame pelo SUS... x a disp. do exame ...	83,73	66,22	0,005
Se eu for encaminhada... x o encaminhamento...	80,97	68,69	0,063
Se houver facilidade na marcação... x a facilidade na marcação	81,46	68,26	0,042
Se houver demora ...x a demora para marcar...	71,21	77,46	0,373
Se eu não tiver dinheiro ... x a falta de dinheiro para pagar...	72,98	75,87	0,680
Se o n° de exames for insufic...x o n° de exames insuficiente...	72,84	75,99	0,654
Média dos postos	79,34	70,15	0,193

1 - Teste de Mann-Whitney

Nesse sentido, em se tratando da percepção de controle comportamental evidenciado pelas mulheres participantes do estudo, percebe-se que esse desempenho foi maior entre as mulheres do grupo experimental, tendo em vista que em todos os quatro itens da medida direta dessa variável, as médias dos postos estiveram acima daquelas apresentadas pelo grupo controle. Embora as diferenças em termos numéricos sejam aparentes, o teste de Mann-Whitney revelou diferença estatisticamente significativa apenas nos dois primeiros itens que investigavam a possibilidade ou não das mulheres realizarem a mamografia, e se a realização desse procedimento estava atrelada ao controle volitivo dessa mulher (se eu quisesse, poderia realizar a mamografia nos próximos três meses).

No tocante à medida indireta da percepção de controle comportamental, essa variável foi calculada pelo somatório dos produtos entre as crenças de controle e o poder de controle, conforme demonstrado na Tabela 10. Desse modo, percebe-se que entre as crenças de controle positivas (as quatro primeiras associações) houve uma predominância de maiores médias atribuídas pelo grupo experimental, enquanto que nas crenças de controle negativas (as três últimas associações) predominaram as mulheres do grupo controle. Contudo, apesar das diferenças entre os dois grupos, os testes revelaram diferenças estatisticamente significantes apenas nas associações relativas às crenças de controle positivas, a saber: se eu

tiver dinheiro para pagar ...($p= 0,039$), se houver disponibilidade do exame pelo SUS... ($p= 0,005$) e se houver facilidade na marcação... ($p= 0,042$).

Analisando-se a média total dos postos da medida indireta da percepção de controle comportamental, percebe-se que o melhor desempenho foi do grupo experimental (79,34), enquanto que o grupo controle obteve média de 70,15. Ressalte-se que mesmo sendo menor a média do grupo controle, esse grupo desempenhou uma avaliação positiva.

Acredita-se que exista uma variação entre os comportamentos e as situações na medida em que há uma importância relativa de atitude, norma subjetiva, e percepção de controle comportamental na predição da intenção. O autor exemplifica que nas situações em que as atitudes são fortes, ou naquelas em que as crenças normativas têm maior poder preditivo, a PBC pode ser menos preditiva da intenção. O argumento é que a magnitude do relacionamento da PBC com a intenção comportamental é dependente do tipo de comportamento e da natureza da situação (AJZEN, 1991).

Corroborando com as premissas da percepção de controle comportamental e sua importância na medida da intenção nos comportamentos dependentes de outros fatores ou circunstâncias, encontrou-se pesquisa realizada na área da prática baseada em evidências enfocando diferentes aspectos da prevenção secundária e enfatizando como os valores e crenças dos clientes influenciam nas decisões de saúde. Na investigação, verificaram-se as crenças de mulheres sobre o câncer de mama, sendo detectado que elas não acreditavam serem susceptíveis às doenças, e afirmam que saberiam se alguma coisa estivesse errado, ou seja, se estivessem doentes. Quando o profissional recomenda ação que vai de encontro aos valores e crenças dos clientes, o cliente pode parar ou nem iniciar aquelas recomendações, como foi o caso desse estudo. Elas valorizavam a saúde, mas acreditavam serem de baixo risco para o câncer de mama, e decidiam se e quando realizar uma mamografia de screening (MICHAELS; MCEWEN; MCARTHUR, 2008).

Depreende-se dessas constatações que as crenças das mulheres, sejam comportamentais, normativas e de controle, devem ser respeitadas. Há a possibilidade de que ações de educação em saúde apontem diretrizes para mudanças de comportamentos indesejáveis, na tentativa de que a mulher possa adotar um comportamento preventivo desejado e, desse modo, decidir sobre a sua própria vida. Trata-se de respeito à autonomia do sujeito enquanto ator social de sua própria existência.

Em se tratando das crenças de controle, que revelam fatores promotores ou impeditivos para a realização da mamografia, estudo evidenciou que elevados níveis de benefícios e baixos níveis de barreiras indicam que as mulheres podem ser mais

provavelmente submetidas à mamografia no futuro, possivelmente levando a incremento das taxas de detecção precoce do câncer de mama, principalmente quando se reforça as ações de educação sobre a importância do exame. Os achados apontam que as barreiras percebidas para a realização da mamografia são maiores em mulheres que nunca realizaram o exame comparado àquelas com exame anterior (AVCI; KURT, 2008).

Outros fatores impeditivos emergiram em estudo que mediu o controle de qualidade em um programa nacional para a detecção precoce do câncer de mama realizado em Israel. Neste, o *tempo de espera, a localização do serviço e o desconforto na realização* foram também influentes na satisfação da mulher, bem como a acessibilidade à unidade. Entre as mais citadas, destacaram-se aquelas relacionadas à distância das unidades (7%) de realização dos exames do lugar da residência da mulher; a disponibilidade do transporte (6%), e o acesso à unidade (14%) (ALMOG; HAGOEL; TAMIR; BARNETT; RENNERT, 2008).

Passa-se, agora, a apresentar a variável de desfecho dessa investigação: a *intenção comportamental*.

Tabela 11 – Comparação da variável intenção comportamental entre os grupos experimental e controle. Sousa (PB), 2009.

Intenção comportamental	Média dos postos		Valor p
	Experimental	Controle	
Tenho a intenção de realizar a mamografia dentro de um período de três meses			
1. extremamente improvável – extremamente provável	81,92	67,84	0,021

Teste de Mann-Whitney.

A medida direta da intenção comportamental foi realizada por meio da variável que investigava se a mulher tinha a intenção de realizar a mamografia dentro de um período de três meses. As respostas foram obtidas através de escala de diferencial semântico do tipo extremamente improvável a extremamente provável. Na Tabela 11 verifica-se que a medida da intenção comportamental obteve uma tendência positiva em ambos os grupos, sendo relativamente maior o score do grupo experimental (81,92), com média de 2,41 (dp 1,313). O grupo controle apresentou score de 67,84 e média de 1,51 (dp 2,202). A aplicação do teste estatístico nessa variável revelou diferença significativa ($p= 0,021$).

Entendemos que a medida da intenção apresentada revela o potencial de desempenho do comportamento de realizar a mamografia, e se trata do melhor correspondente para o comportamento. Contudo, segundo a teoria, isto não significa que haverá sempre perfeita correspondência entre intenção e comportamento. Ressalte-se, também, que a

diferença na média dos postos entre os dois grupos estudados, se dá em decorrência da intervenção realizada, o que nos leva a inferir que há um aumento no incremento da intenção comportamental quando se utiliza de mensagens persuasivas positivas.

O uso de estratégias de educação em saúde pode ser salutar quando se trabalha com grupos sociais que não têm acesso a informações de saúde com facilidade. A adoção de ações para capacitação de indivíduos se constitui numa modalidade emancipadora, que reconhece e confere dignidade ao ser e se traduz no reconhecimento do indivíduo enquanto sujeito de sua vida e de suas decisões, incluindo as decisões de saúde. Nesse contexto, consegue-se vislumbrar a promoção da saúde das pessoas de uma forma mais ampliada.

O que se espera é que a intenção comportamental apresentada pelas participantes do estudo tenha efetivamente a sua correspondência na execução do comportamento desejado. No caso do nosso estudo, é essencial que as mulheres desempenhem o comportamento de realizar a mamografia como método preventivo de saúde, tentando vencer os obstáculos que se apresentem ao longo da busca pela efetivação do exame. Essas barreiras confirmam a premissa que tal comportamento não se encontra completamente sob o controle volitivo da pessoa, mas ainda assim é passível de confirmação tendo em vista que o preceito da teoria estabelece uma maior probabilidade de seu desempenho à medida que é mais forte a intenção.

Corroborando com os nossos resultados onde a intenção para obter a mamografia é positiva, estudo realizado com mulheres cipriotas (99%), cujos dados sociodemográficos revelaram que as participantes tinham até 6 anos de estudo (61,8%), eram residentes na zona rural (37,2%) e casadas (84%). Em geral, elas indicaram uma intenção positiva para obter a mamografia (score médio de 3,45), e os testes correlacionais sugeriram relações lineares positivas entre cada variável cognitiva independente e intenção (TOLMA; REININGER; EVANS; UREDA, 2006).

Outra investigação que revelou intenção positiva para a realização da mamografia foi desenvolvido em Massachusetts (USA), com mulheres de diferentes etnias, que após completar um questionário inicial, foram randomizadas para receber uma fita de vídeo ou panfleto sobre a mamografia. As participantes foram recontactadas em 2 e 12 meses após aplicação do questionário inicial para avaliar atitudes, crenças e mamografia. Os resultados apontaram que a fita de vídeo teve um pequeno efeito sobre o incremento da mamografia e, embora este tenha sido menor do que intervenções mais intensivas, o vídeo foi considerado conveniente, de baixo custo e um método facilmente implementado para aumentar o rastreio por mamografia (AVIS; SMITH; LINK; GOLDMAN, 2004).

Desse modo, percebe-se, claramente, que a utilização de metodologias diversas com finalidade de aumentar a intenção comportamental são estratégias válidas, conforme demonstrado com a utilização dos panfletos e vídeo no estudo supracitado.

Nesse sentido, acredita-se na validade do nosso estudo quando da utilização de mensagens persuasivas positivas, como estratégias de educação em saúde, implementadas através dos materiais descritos em capítulo anterior, que se constituíram na intervenção realizada no grupo experimental para o incremento da medida da intenção. Esse aumento na intenção foi verificado pela comparação com o grupo controle, composto por mulheres que não receberam a mensagem persuasiva.

Diversas são as possibilidades de trabalho que o enfermeiro pode desenvolver com a sua clientela. Estratégias simples, que podem ser facilmente empregadas com o envolvimento da equipe numa unidade básica de saúde, podem motivar os sujeitos e, por conseguinte, aumentar a intenção de adoção de diversos comportamentos em saúde. Acreditamos que ações rotineiras de educação em saúde podem ser efetivas no desempenho do comportamento desejado. O uso de visitas domiciliares para aquelas mulheres que não procuram a unidade de saúde pode ser uma forma de chamamento dessa mulher para buscar o rastreamento mamográfico, bem como aproveitar as visitas domiciliares regulares dos agentes comunitários de saúde para entregar pequenos lembretes às mulheres sobre a necessidade dela ser submetida ao exame. Há também a possibilidade de lembrar o agendamento da mamografia de mulheres que já se submetem ao rastreamento. Enfim, todas as ações aqui relatadas necessitam apenas de um planejamento adequado da equipe de saúde para atender as necessidades da população, sem contudo acarretar ônus financeiro para a sua efetivação.

Estudo realizado em centro de saúde comunitária em Boston (USA) confirma o aumento na probabilidade de realização de mamografia com a implantação de estratégias simples de trabalho. Entre as mulheres entrevistadas, 85,3% pensavam que elas seriam mais prováveis para realizar uma mamografia se elas recebessem uma carta de aviso (lembrete), 67,5% se recebessem um telefonema, 54,5% se elas pudessem procurar uma clínica de mamografia. O estudo aponta como dificuldades para as mulheres pobres se beneficiar dessas ações, a falta de endereço estável e número de telefones (MÉNDEZ; EVANS; STONE, 2009).

No caso da comunidade de zona rural do nosso estudo, composta por 279 famílias, essas dificuldades poderiam ser facilmente contornadas, tendo em vista se tratar de uma pequena área geográfica, onde todas as residências se encontram nas adjacências da unidade de saúde da família, não sendo necessários utilização de serviços postais para entrega dos bilhetes e/ou outros folhetos informativos, bem como telefones. Outra facilidade

apresentada é que as pessoas vivem na localidade há muitos anos e não há processos de migração frequentes na área, o que facilitaria o seguimento dos sujeitos.

Tabela 12 – Correlação entre a Intenção comportamental e atitude para o comportamento, crenças comportamentais e avaliações das consequências das crenças entre os grupos experimental e controle. Sousa (PB), 2009.

Variáveis	Experimental		Controle	
	P	Valor p	ρ	Valor p
1. Atitude para o comportamento				
a) Prejudicial – benéfico	0,123	0,311	0,383	0,001
b) Ruim – bom	0,115	0,345	0,172	0,133
c) Não valioso – valioso	0,372	0,002	0,359	0,001
2. Crenças comportamentais				
Prevenir o câncer de mama é...	0,267	0,025	0,139	0,226
Detectar o câncer de mama ...	0,343	0,004	0,239	0,035
Cuidar-se realizando a mamografia...	0,199	0,099	0,155	0,175
Sentir dor na realização da mamografia	0,084	0,488	0,196	0,086
Sentir medo realizando a mamografia	0,000	0,999	0,165	0,149
3. Avaliações das consequências				
vai ajudar na prevenção do câncer	0,296	0,013	0,057	0,619
vai favorecer o diagnóstico precoce	0,218	0,070	0,042	0,714
cuidarei de mim mesma	0,316	0,008	0,160	0,161
sentirei dor	-0,024	0,842	0,069	0,549
sentirei medo	-0,126	0,298	-0,034	0,765

ρ – Rho de Spearman

Analisando as correlações apresentadas na Tabela 12, verificou-se que entre a intenção comportamental e a medida direta da atitude, apenas o item que considera o exame como valioso apresentou diferença estatisticamente significativa em ambos os grupos investigados. Em relação ao item que mede a atitude para o comportamento numa escala que variava de prejudicial a benéfico, foi detectada diferença significativa somente no grupo Controle ($p= 0,001$).

Em se tratando das correlações entre a intenção e as variáveis crenças comportamentais e avaliações das consequências, os testes revelaram diferenças estatísticas significativas no item que avaliava a detecção do câncer de mama como bom ou ruim, apresentando valores de $p= 0,004$ e $p=0,035$ para os grupos experimental e controle, respectivamente. Apesar do item prevenção do câncer de mama ter obtido escore positivo na avaliação das mulheres, apenas no grupo experimental foi detectado um $p < 0,005$. No que se refere às avaliações das consequências, o grupo experimental apresentou resultados

significativos nos itens *vai ajudar na prevenção do câncer de mama* ($p= 0,013$) e *cuidarei de mim mesma* ($p=0,008$). Ressalte-se que os índices de significância foram revelados pelos itens referentes às crenças positivas e as avaliações das consequências dessas mesmas crenças.

Para comparar dois diferentes métodos educacionais sobre conhecimento do professor, crenças e comportamentos sobre o rastreamento do câncer de mama, foi desenvolvido estudo que evidenciou que tanto o grupo vídeo quanto o grupo modelo foram eficazes na mudança de crenças em saúde em relação ao rastreamento do câncer de mama e para aumentar o conhecimento e a prática do auto-exame da mama. Contudo, após o treinamento em vídeo, benefícios percebidos de mamografia foram maiores ($p < 0,001$), um achado que indica um efeito positivo das intervenções educacionais sobre crenças e práticas relacionados à mamografia (AVCI; GOZUM, 2009).

No que se refere ao presente estudo, acredita-se que as intervenções realizadas no grupo experimental sinalizam melhores respostas nas crenças comportamentais e nas avaliações das consequências. O enfoque dado sobre os benefícios da mamografia como atividade promotora de saúde da mulher no que tange aos aspectos de detecção precoce e de melhor qualidade de vida, pode também ter influenciado positivamente as participantes na avaliação das consequências de suas atitudes, evidenciando a importância das mensagens persuasivas sobre essas variáveis.

Tabela 13 – Correlação entre a Intenção comportamental e Norma subjetiva entre os grupos experimental e controle.

Norma subjetiva	Experimental		Controle	
	ρ	Valor p	ρ	Valor p
A maioria das pessoas acha que eu deveria realizar /improvável – provável	0,040	0,740	0,290	0,010
A maioria das pessoas realiza .../ compl. falsa – compl. Verdade	0,020	0,869	0,438	0,000
Muitas pessoas realizam .../ ext. improvável – ext. provável	0,206	0,086	0,262	0,020

ρ – Rho de Spearman

De acordo com a Tabela 13, observa-se que o grupo controle apresentou diferença estatisticamente significativa nos três itens da medida direta da norma subjetiva quando realizada a correlação entre esta variável e a intenção comportamental. Nenhum dos itens do grupo experimental apresentou diferença estatística conforme indicado pelos valores de $p > 0,005$.

Tal resultado nos leva a questionar a influência das comunicações persuasivas sobre a norma subjetiva, tendo em vista que os testes estatísticos revelaram melhor desempenho do grupo controle, o que também se confirmou nas crenças normativas e nas motivações para concordar com os referentes, como se observa na Tabela 14 apresentada a seguir.

Tabela 14 – Correlação entre a Intenção comportamental e crenças normativas e as motivações para concordar com os referentes entre os grupos experimental e controle. Sousa (PB), 2009.

Variáveis	Experimental		Controle	
	ρ	Valor p	ρ	Valor p
1. Crenças normativas				
O médico acha que ...	0,136	0,263	0,030	0,795
As propagandas e campanhas da TV	0,250	0,037	-0,043	0,706
A vizinha...	-0,017	0,891	0,193	0,091
As amigas ...	-0,014	0,910	0,221	0,052
A mãe ...	0,087	0,476	0,239	0,035
A irmã ...	0,100	0,411	0,346	0,002
A enfermeira ...	0,080	0,511	0,221	0,052
Os agentes comunitários ...	-0,017	0,891	0,306	0,006
2. Motivações para concordar				
eu faço o que o médico acha...	-0,075	0,539	0,164	0,151
as propagandas e campanhas da TV	-0,108	0,373	0,185	0,105
a vizinha	-0,065	0,595	0,171	0,134
as amigas	-0,010	0,932	0,177	0,120
a mãe	0,054	0,654	0,286	0,011
a irmã	-0,141	0,244	0,358	0,001
a enfermeira	-0,115	0,344	0,257	0,023
os agentes comunitários	0,093	0,445	0,349	0,002

ρ – Rho de Spearman

Em se tratando da correlação entre as variáveis intenção comportamental e as crenças normativas, o teste Rho de Spearman revelou para o grupo experimental uma diferença significativa apenas na crença sobre as propagandas e campanhas da TV ($p= 0,037$). Para o grupo controle, o teste mostrou diferenças significativas nos referentes mãe ($p= 0,035$), irmã ($p= 0,002$) e agentes comunitários de saúde ($p= 0,006$).

No tocante à correlação entre intenção e as motivações para concordar com os referentes, os testes evidenciaram resultados significativos para os itens mãe (0,011), irmã (0,001) e enfermeira (0,023) entre as participantes do grupo controle.

Embora conscientes que os escores positivos atribuídos pelas participantes às crenças normativas de modo geral, e os testes de correlação não evidenciando diferenças significativas em todos os itens avaliados, acreditamos que essas crenças influenciam no desempenho do comportamento de realizar a mamografia como ação preventiva de saúde.

No concernente à motivação para concordar com os referentes, foi desenvolvido estudo com 223 homens para examinar o nível de conhecimento sobre o câncer de próstata e rastreamento, as percepções da doença e, também, testar a Theory of Planned Behavior para entender as intenções de realizar rastreamento por PSA. Os resultados apontam o médico como um dos referentes importantes para a clientela masculina estudada, onde houve 49% da variação das intenções para atender ao recomendado por esse profissional. As crenças sobre o câncer de próstata não parecem influenciar na intenção de realizar PSA (HEVEY; PERTL; THOMAS; MAHER; CHUINNEAGÁIN; CRAIG, 2009).

Outro estudo evidenciou o médico e a enfermeira como referentes, por acreditarem os participantes de que se beneficiariam caso seguissem as recomendações desse profissional para realizar o autoexame testicular. As campanhas (cartazes, TV, rádio), os familiares e os amigos com câncer testicular também influenciaram os homens da investigação para a adoção do autoexame testicular como comportamento preventivo em saúde (MCCLLENAHAN; SHEVLIN; ADAMSON; BENNETT; O'NEILL, 2007).

Apesar do tratamento estatístico não mostrar resultados com diferenças significativas, acredita-se que tanto as crenças normativas quanto as motivações para concordar influenciam a intenção, seja positiva ou negativamente.

O levantamento das crenças normativas e das motivações para concordar com os referentes deve se constituir num aliado importante para o incremento da intenção comportamental das participantes. Uma vez que se tenha conhecimento dessas variáveis, o enfermeiro poderá se apropriar dessa informação para recrutar parcerias de trabalho de modo a propiciar desempenho do comportamento. Seja o médico, a mãe, a irmã, os agentes comunitários ou o enfermeiro, aquele referente com o qual a pessoa admite a possibilidade de com ele concordar; todos estes deverão ser chamados para juntos trabalhar com um foco único de melhoria das condições de saúde e de vida das populações.

Analisando a correlação entre a intenção comportamental e a percepção de controle comportamental em suas medidas direta e indireta, conforme apresentado na Tabela 15, verificou-se que com exceção do item que media quanto controle a mulher tinha sobre realizar a mamografia no grupo experimental, todos os demais itens da medida direta da

percepção de controle revelaram diferenças estatísticas significantes em ambos os grupos estudados.

Tabela 15 – Correlação entre a Intenção comportamental e percepção de controle comportamental, entre os grupos experimental e controle. Sousa (PB), 2009.

Variáveis	Experimental		Controle	
	P	Valor p	P	Valor p
1. Percepção de controle comportamental				
Para mim, realizar a mamografia...impossível - possível	0,537	0,000	0,524	0,000
Se eu quisesse...def. falso – def. verdadeiro	0,542	0,000	0,470	0,000
Qto. controle eu tenho...nenhum controle – controle completo	0,052	0,667	0,228	0,044
É importante para mim... discordo fort. – concordo fort.	0,493	0,000	0,523	0,000
2. Percepção de controle comportamental – medida indireta				
Se eu tiver dinheiro para pagar... x o dinheiro para pagar...	0,492	0,000	0,643	0,000
Se houver disp. do exame pelo SUS... x a disp. do exame ...	0,632	0,000	0,689	0,000
Se eu for encaminhada... x o encaminhamento...	0,446	0,000	0,629	0,000
Se houver facilidade na marcação... x a facilidade na marcação	0,511	0,000	0,701	0,000
Se houver demora ...x a demora para marcar...	-0,320	0,007	-0,428	0,000
Se eu não tiver dinheiro ... x a falta de dinheiro para pagar...	-0,212	0,078	-0,424	0,000
Se o n° de exames for insufic...x o n° de exames insuficiente...	-0,323	0,006	-0,474	0,000

ρ – Rho de Spearman

No que tange à correlação entre a intenção e a medida indireta da percepção de controle comportamental, observa-se que as crenças de controle positivas (fatores promotores) apresentaram diferenças significativas nos grupos experimental e controle, com todos os itens revelando um valor de $p=0,000$. Quanto às crenças de controle negativas, que são os fatores impeditivos para o desempenho da intenção comportamental, observou-se que apenas o item que trata da falta de dinheiro como barreira para a intenção de realização da mamografia não obteve resultado significativo com $p> 0,05$ para o grupo experimental. As demais crenças de controle obtiveram resultados significativos de p em ambos os grupos investigados.

Examinando as facilidades envolvidas na realização da mamografia citadas por professoras da Turquia, pode-se identificar que o aumento dos benefícios percebidos foi importante para o processo de moldagem de comportamentos positivos para a saúde desta população. É possível que a educação sobre a mamografia, além de auto-exame e do exame clínico das mamas, sejam mais eficazes para a detecção precoce do câncer de mama e podem ter afetado positivamente as crenças dos participantes sobre o exame. Vale destacar que esses

participantes do estudo têm seguro saúde e, portanto, não se preocupam com dificuldades financeiras para decidir se se submetem à mamografia (AVCI; GOZUM, 2009).

As crenças de controle, sejam elas positivas ou negativas, devem ser trabalhadas no sentido de verificar o poder de sua influência na intenção comportamental. Algumas dessas crenças se constituem como entraves para a realização do comportamento, a saber: a falta de dinheiro para pagar o exame, o número insuficiente de exames disponibilizados no SUS e a demora na marcação. Ainda assim, esses fatores não são completamente impeditivos de realização, podendo apenas retardar o seu desempenho. Esse argumento se assenta na aprovação da lei nº 11.664/2008, que entrou em vigor no ano de 2009, e garante assistência integral à saúde da mulher, incluindo trabalho informativo e educativo, e garantindo a realização da mamografia.

Desse modo, cabe ao enfermeiro tomar parte na política de assistência à saúde da mulher, desenvolvendo atividades de caráter informativo e educativo com vistas a despertar nas mulheres a busca pela realização do exame, dando-lhes as orientações necessárias à acessibilidade e, conseqüentemente, reconhecendo-as como cidadãs e agentes de transformação de suas próprias existências.

Tabela 16 – Regressão logística para definição de fatores relacionados à intenção comportamental para o grupo experimental

Variáveis	B	Valor p	Exp(B)	IC 95% para EXP(B)	
				Inferior	Superior
Teste de Wald					
Realizar a mamografia é prejud – benéfico	-0,533	0,033	0,587	0,360	0,958
sentir dor é ruim – bom	0,311	0,026	1,365	1,038	1,794
A maioria das pessoas acha que eu deveria realizar improvável – provável	0,285	0,026	1,330	1,035	1,709
As propagandas e campanhas da TV acham ... improvável – provável	0,847	0,000	2,333	1,526	3,566
Em geral eu faço aquilo que minha mãe ... improvável – provável	0,483	0,002	1,620	1,195	2,196
Em geral eu faço aquilo que o ACS ... improvável – provável	0,427	0,019	1,532	1,073	2,189
Constante	-2,270	0,013	0,103		
Teste de Hosmer – Lemeshow		0,284			
Teste de Omnibus		0,000			
R² de Nagelkerke		0,503			

A regressão logística analisa as relações entre as variáveis independentes múltiplas e a variável dependente. Esse teste estatístico relaciona a probabilidade de um evento condicionada à probabilidade de um segundo evento. Após outras transformações, a análise examina o relacionamento das variáveis independentes com a variável dependente transformada. A regressão logística oferecerá uma razão para cada possibilidade. Desse modo, quando se estabelece um prognóstico será possível identificar, dentre os outros eventos, o mais provável (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Nesse sentido a regressão logística realizada no nosso estudo relacionou a probabilidade da mulher ter a intenção comportamental para a realização da mamografia, condicionada às probabilidades dos determinantes da intenção, em suas medidas diretas e indiretas, ou seja, quais foram as variáveis independentes que influenciaram a variável desfecho.

Desse modo, analisando a Tabela 16, que apresenta a regressão logística para os fatores relacionados à intenção comportamental, percebe-se que as variáveis preditoras envolvidas no modelo que melhor explicam a intenção foram a atitude e a norma subjetiva.

No que se refere à atitude, o item avaliava se a realização da mamografia era prejudicial ou benéfico ($p= 0,033$) e se as mulheres consideravam ruim ou bom a ocorrência de dor na realização desse exame ($p= 0,026$). Esses itens contemplam a medida direta e indireta da atitude para o comportamento, respectivamente.

Em relação à norma subjetiva, a medida direta contribuiu para a predição da intenção através do item que investigava a probabilidade da maioria das pessoas acharem que a mulher deveria realizar a mamografia ($p= 0,026$). Quanto à medida indireta da NS, o referente (crença normativa) cuja significância estatística revela importância como variável preditora foi o item sobre as propagandas e campanhas da TV ($p= 0,000$). A regressão logística revelou, ainda, que a motivação para concordar com o referente mãe ($p= 0,002$) e com o agente comunitário de saúde ($p= 0,019$) foram os itens que apresentaram dados estatísticos significantes.

Os testes aplicados revelaram significância estatística (teste de Omnibus - $p= 0,000$), e o modelo logístico apresentou um elevado coeficiente de determinação de aproximadamente 50% ($R^2 = 0,503$). Desse modo, entendemos que o modelo é apropriado para explicar a intenção comportamental, considerando as variáveis preditoras com significância estatística comprovada.

Destaque seja dado a variável Percepção de Controle Comportamental, que apesar dos resultados estatísticos terem sido significantes na correlação entre esta e a intenção comportamental, não foi revelada como variável preditora no modelo de regressão logística.

Observando estudo realizado para examinar a teoria do comportamento planejado para prever a intenção de realização da mamografia, foi aplicado o modelo de regressão, sendo este significativo em sua previsão de intenção, explicando 26,7% da sua variabilidade, confirmando que as normas subjetivas foram o melhor preditor da intenção, seguido da atitude e da percepção de controle comportamental. Incluído na medida da norma subjetiva esteve a motivação para concordar com as recomendações médicas, sendo este um achado esperado, uma vez que essas recomendações foram estabelecidas como principal fator motivador de rastreamento mamográfico. Quanto à percepção de controle comportamental, esta foi considerada o mais fraco preditor da intenção de obter uma mamografia. (TOLMA; REININGER; EVANS; UREDA, 2006).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da magnitude do câncer de mama como problema de saúde pública mundial, e especialmente no Brasil, e por se tratar de patologia oncológica mais incidente em mulheres, excetuando-se os tumores de pele, optou-se por investigar a intenção comportamental de mulheres para a realização de mamografia, tendo em vista o rastreamento mamográfico se constituir como padrão-ouro de detecção precoce.

A realização da mamografia favorece o diagnóstico e acompanhamento de alterações mamárias, quer seja das mais simples e de natureza benigna, quer seja lesões de natureza mais invasivas, que levantem a suspeita de malignidade e, sendo assim, concorram para prognósticos mais sombrios. Em ambos os casos, os benefícios estabelecidos pelo diagnóstico precoce pode agilizar os atendimentos de saúde e, conseqüentemente, o tratamento a ser recebido pela portadora de doenças mamárias, possibilitando a diminuição do número de mulheres acometidas por processos em estádios avançados, com poucas chances de tratamentos efetivos.

Nesse contexto, o presente estudo realizado em uma comunidade de zona rural no interior do estado da Paraíba, objetivava ir além da avaliação da intenção comportamental, mas identificar os determinantes dessa intenção, apoiando-se na Theory of Planned Behavior (TPB) como referencial teórico-metodológico, cujos conceitos referentes às disposições comportamentais, tais como atitudes, normas subjetivas, e percepção de controle comportamental, têm desempenhado um papel importante na predição e explicação do comportamento humano.

Ainda de acordo com a Theory of Planned Behavior, esse referencial é apropriado para tratar dos comportamentos que não se encontrem sob controle volitivo completo do indivíduo. Desse modo, entendeu-se que a realização da mamografia como comportamento preventivo desejado e, nessa investigação, adotado como variável de desfecho, atende ao critério de não ser completamente relacionado à vontade da mulher. O desempenho do exame depende, em certa medida, de fatores não motivacionais como a disponibilidade de oportunidades e recursos necessários, a exemplo da garantia de realização do exame pelo SUS, da acessibilidade da mulher aos serviços de saúde, da solicitação médica, do dinheiro para a sua realização, dentre outros fatores. Todos estes, juntamente com as crenças comportamentais e normativas, representam controle efetivo da pessoa sobre o comportamento, podendo atuar como fatores que favorecem ou impedem esse desempenho.

Na busca por avaliar a intenção comportamental e seus determinantes sobre a realização da mamografia, procedeu-se, anteriormente, o levantamento de crenças comportamentais, normativas e de controle, que direcionaram a segunda etapa da pesquisa. Houve, nessa etapa, a composição de um jogo modal saliente que evidenciou a emissão de um número de crenças positivas superior às crenças negativas. Este achado preliminar favorece a utilização das crenças positivas para proporcionar incremento da intenção, e concomitantemente, o conhecimento das crenças negativas possibilita traçar estratégias de trabalho que diminuam a influência das crenças negativas, como o medo e a dor que circundam a realização da mamografia.

Considerando as crenças normativas evidenciadas no levantamento inicial, observou-se somente a emissão de crenças positivas, como referentes significantes citados pelas participantes, cuja importância deve ser considerada, tendo em vista serem estes referentes às pessoas que estão mais diretamente ligadas às mulheres, e podem influenciar as suas decisões a respeito de comportamentos diversos, incluindo os de saúde.

Destaque seja dado para as crenças normativas emitidas nessa população, tendo em vista que integrantes da equipe de saúde que atua na localidade são os referentes menos citados no levantamento das crenças, a exemplo da enfermeira e dos agentes comunitários de saúde. Trata-se de dado importante a ser valorizado pela equipe de saúde, tendo em vista que a comunidade local não emite com frequência significativa a atuação desses profissionais enquanto referentes positivos.

Nesse sentido, urge desenvolver estratégias de trabalho individual e coletivo de enfermeiros e agentes comunitários, no sentido da população da área adstrita reconhecer esses atores sociais enquanto representantes significativos para cuidados em saúde. Uma das alegações percebidas durante a etapa de coleta de dados, e que não se constituiu de variável estudada, foi o fato de muitas pessoas da comunidade enfatizarem não conhecer a enfermeira da unidade de saúde.

Diante disso, recomenda-se que o enfermeiro possa “se mostrar” mais frequentemente, no sentido da comunidade perceber a sua atuação enquanto agente transformador de mudanças sociais e de saúde, e desse modo, se tornar co-partícipe nos processos de cuidados a serem implementados na área. Em se tratando de unidades básicas de saúde da família, essa interação entre profissional e clientela deve ser ampliada para uma melhor relação de trabalho. Uma das atividades de enfermagem que pode alavancar esse relacionamento interpessoal entre enfermeiro e usuários do serviço é a visita domiciliar.

Trata-se de ferramenta de trabalho importante, que pode encurtar as distâncias percebidas, e sendo assim, incrementar as parcerias necessárias ao desenvolvimento dos cuidados de saúde.

No concernente aos agentes comunitários de saúde, esforços devem ser empreendidos para que a comunidade possa reconhecer nesses sujeitos um elo entre eles e os profissionais. Esperava-se que os agentes fossem citados com maior frequência, uma vez que atuam há bastante tempo na localidade, além de serem residentes e domiciliados na própria área de atuação. Faz-se mister que esses sujeitos possam acreditar no potencial de seus trabalhos na equipe de saúde, para atuarem de modo mais enfático e efetivo em seus campos de ação.

Os demais referentes elencados nas crenças normativas positivas devem ser estimulados a trabalhar em conjunto com a unidade de saúde. Parcerias de trabalho devem ser empreendidas de modo a se utilizar do potencial para convencimento que os referentes podem ter sobre as pessoas com as quais convivem, no sentido de aumentar os comportamentos preventivos e de cuidados em saúde.

Em relação às crenças de controle, o jogo modal saliente apresentou um total de citações dos fatores facilitadores superior aos fatores impeditivos, o que possivelmente indica uma maior predisposição ao desempenho do comportamento esperado. Contudo, as informações sobre esses fatores são úteis tanto aos profissionais de saúde da unidade quanto aos gestores municipais, tendo em vista que as oportunidades e/ou dificuldades percebidas devem ser consideradas na avaliação dos programas e na qualidade do serviço prestado.

Considerando que a partir do levantamento das crenças comportamentais, normativas e de controle, pôde-se elaborar instrumento que foi aplicado na segunda etapa do estudo para avaliar a intenção comportamental de realização da mamografia e seus determinantes, entre mulheres moradoras de uma comunidade agrícola. A amostra do estudo foi dividida em dois grupos, experimental e controle, sendo o primeiro composto por mulheres que receberam uma mensagem persuasiva positiva, sob a forma de oficina visual, e o segundo composto por mulheres que não atenderam ao chamamento para a intervenção educativa.

A distribuição das variáveis evidenciou diferenças entre as médias dos postos apresentadas pelos grupos quando realizada a comparação entre estes. Em se tratando da medida direta da atitude, o grupo experimental apresentou maior média no item que avaliou a mamografia como sendo valioso, enquanto que o grupo controle apresentou melhores médias nos itens que consideravam a mamografia como benéfico e bom. Pode-se inferir que em

relação à atitude para o comportamento, a mensagem persuasiva não obteve um desempenho tão efetivo, tendo em vista que o grupo controle apresentou escores maiores.

Em contrapartida, nos itens que avaliavam a medida indireta da atitude, o grupo experimental apresentou médias maiores nas crenças comportamentais positivas e a avaliação das consequências dessas crenças, em detrimento do grupo controle, que obteve maiores médias nos itens que se referiam às crenças comportamentais negativas. A partir desses resultados, acredita-se que a intervenção realizada proporcionou incremento na medida indireta da atitude. Percebe-se, também, a necessidade de uma atividade de educação em saúde mais frequente, no sentido de diminuir a influência das crenças negativas, e desse modo proporcionar um incremento global nas atitudes das participantes.

Em se tratando da norma subjetiva, o grupo experimental apresentou melhores escores nessa variável, quando se realizaram ambas as medidas direta e indireta. Assim, pode-se inferir que há uma forte evidência de que a comunicação persuasiva atuou positivamente na direção do aumento da intenção comportamental de realização da mamografia.

Verificando-se a distribuição da variável percepção de controle comportamental entre os grupos participantes do estudo, houve um predomínio das médias apresentadas pelo grupo experimental em relação às médias do grupo controle, quando se realizou a medida direta. No que se refere à medida indireta, os dados apresentam melhores médias do grupo experimental para as crenças de controle positivas, enquanto que o grupo controle apresenta maiores escores nas crenças de controle negativas. Desta forma, acredita-se que as mulheres submetidas à mensagem persuasiva apresentam melhores crenças de controle quando comparadas com as mulheres que não receberam a comunicação de persuasão. Sendo assim, faz-se necessário repensar práticas de trabalho em saúde, que assegurem à mulher o desempenho de crenças de controle efetivas que sejam mais facilitadoras que impeditivas do desempenho do comportamento de saúde desejado.

A partir dos resultados apontados na presente investigação e obedecendo as comparações entre os dois grupos, houve melhor desempenho global do grupo experimental quando se avaliaram os determinantes da intenção comportamental.

Nesse contexto, foi verificado que a medida da intenção comportamental apresentada pelo grupo experimental foi relativamente maior que no grupo controle, mostrando assim, uma evidência positiva da ação realizada naquele grupo por intermédio de uma mensagem persuasiva. Percebe-se, também, uma correspondência entre a medida da intenção e seus determinantes no que tange ao comportamento apresentado pelos grupos participantes.

Importa destacar a atitude e a norma subjetiva como as variáveis preditoras envolvidas no modelo de regressão que melhor explicam a intenção. Os itens que avaliavam a percepção de controle comportamental, variável esta que faz a distinção entre a Teoria do Comportamento Planejado e a Teoria da Ação Racional, não mostraram envolvimento na explicação da intenção comportamental.

Ainda assim, acredita-se que a estrutura teórica eleita para esse estudo é apropriada para avaliar a intenção de realização de mamografia, tendo em vista ser a Teoria do Comportamento Planejado um instrumento que permite conhecer e mensurar as crenças comportamentais, normativas e de controle, além de explicar a intenção para desempenho do comportamento investigado. Outro motivo que nos leva a acreditar na TPB como referencial adequado para o estudo atual, é que o comportamento de realizar mamografia não está completamente sob controle volitivo da mulher, uma vez que pode ser influenciado por fatores externos, a exemplo da solicitação médica e da disponibilidade do exame pelo SUS, dentre outros fatores.

A opção pela aplicação da comunicação persuasiva é sugerida pelo próprio autor da Theory of Planned Behavior, pois segundo ele, essa aplicação é capaz de influenciar intenções e comportamentos. Tal influência pôde ser verificada através dos resultados desse estudo, onde o grupo experimental apresentou melhores médias que sinalizaram para um incremento da medida da intenção comportamental.

A partir dos resultados do estudo, e pela facilidade percebida de se trabalhar com materiais visuais (folders, cartazes, fotografias) que ajudam a manter o foco das pessoas para o que se pretende atentar, devem ser valorizados esses instrumentos, bem como novos materiais devem ser elaborados, permitindo assim uma melhor fixação dos comportamentos a serem trabalhados nas diversas oportunidades de educação em saúde com as mulheres e/ou demais pessoas da comunidade.

Diante disso, acredita-se na confirmação da tese proposta para essa investigação, que *o uso de comunicações persuasivas positivas, como estratégias de educação em saúde, incrementa a intenção comportamental de mulheres para a realização da mamografia.*

Nesse sentido, é importante que as atividades de educação em saúde sejam ampliadas na comunidade estudada, quer pelo uso de comunicações persuasivas levadas à comunidade de modo mais frequente, quer pela introdução de novas estratégias e tecnologias envolvidas no cuidado em saúde, que favoreçam o incremento da intenção comportamental, e consequentemente, essa intenção encontre correspondência na execução do comportamento.

Nesse sentido, uma das possibilidades de estudos futuros incluindo a temática reside no levantamento do número de mulheres submetidas a rastreamento mamográfico para verificar a correspondência entre a intenção e a execução do comportamento de realização de mamografia. Sugere-se, ainda, que outras variáveis relativas aos resultados apresentados pelos exames, possam ser mensuradas a despeito de taxas de incidência de câncer de mama, tipos de patologias detectadas, modalidades de tratamentos realizados, e realização de mamografias de seguimento.

A realização de novas medidas das crenças comportamentais, normativas e de controle, poderá ser útil em estudos comparativos, principalmente quando se pretende continuar utilizando estratégias de educação em saúde na comunidade, no sentido de aumentar a adesão das mulheres resistentes ao rastreamento mamográfico. O uso de comunicações persuasivas pode ser uma ferramenta útil no andamento dos trabalhos da unidade de saúde. Rotineiramente, mensagens podem ser direcionadas a clientela no sentido de continuar perseguindo a adesão ao comportamento esperado, bem como para adesão de outros comportamentos saudáveis, que são necessários a uma melhor qualidade de vida das pessoas.

O referencial teórico metodológico proposto para o estudo também se torna útil para a investigação de outros comportamentos em saúde que não estejam completamente sob controle volitivo.

No tocante às limitações, percebeu-se a dificuldade da aplicação do instrumento de pesquisa com algumas mulheres, tendo em vista o nível sociocultural das participantes, que algumas vezes não compreendiam as perguntas, e pela dificuldade de algumas de emitir o exato nível da escala a que se referia a sua resposta. Contudo todas conseguiram responder satisfatoriamente aos instrumentos.

Espera-se que o estudo contribua com as ações dos profissionais da equipe de saúde da família daquela localidade, tendo em vista que o conhecimento das crenças direciona as estratégias a serem empreendidas para a efetivação dos cuidados. Em se tratando da atuação da enfermagem nesse contexto, acredita-se que mesmo sendo a teoria eleita no estudo do campo da psicologia social, pode haver uma interação perfeita entre as ciências, principalmente quando se percebe que a enfermagem também se baseia nas crenças, na subjetividade e nos comportamentos de saúde, para estabelecer o seu plano de atuação.

REFERÊNCIAS

ADAMS, E. K.; BREEN, N.; JOSKI, J. P. Impact of national breast and cervical cancer early detection program on mammography and pap test utilization among white, Hispanic, and African American women: 1996-2000. **Cancer**, v. 109, suppl. 2, p. 348-358, 2007.

AJZEN, I. The Theory of Planned Behavior. **Organizational behavior and human decision processes**. Academic Press. Inc., 1991. p. 179-211.

AJZEN, I. **Constructing a TPB Questionnaire: Conceptual and Methodological Considerations**. 2002.

AJZEN, I.; FISHBEIN, M. **Understanding attitudes and predicting social behavior**. New Jersey: Prentice-Hall, 1980. 248p.

ALBARRACIN, D.; JOHNSON, B. T.; FISHBEIN, M.; MUELLERLEILE, P. A. Theories of Reasoned Action and Planned Behavior as models of condom use: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, v. 127, n. 1, p. 142-161, 2001.

ALKHASAWNEH, I. M. Knowledge and practice of breast cancer screening among Jordanian nurses. **Oncology Nursing Forum**, v. 34, n. 6, p. 1211-1217, 2007.

ALLEN, J. D.; SHELTON, R. C.; HARDEN, E.; GOLDMAN, R. E. Follow-up of abnormal screening mammograms among low-income ethnically diverse women: findings from a qualitative study. **Patient Education and Counseling**, v. 72, p. 283-292, 2008.

ALMOG, R.; HAGOEL, L.; TAMIR, A.; BARNETT, O.; RENNERT, G. Quality control in a national program for the early detection of breast cancer: women's satisfaction with the mammography process. **Women's Health Issues**, v. 18, n. 2, p. 110-117, 2008.

ALONSO, I. L. K. O processo educativo em saúde - na dimensão grupal. **Texto & contexto enferm**, v. 8, n. 1, p. 122-132, 1999.

ANDRYKOWSKI, M. A.; BEACHAM, A. O.; SCHMIDT, J. E.; HARPER, F.W. K. Application of the theory of planned behavior to understand intentions to engage in physical and psychosocial health behaviors after cancer diagnosis. **Psychooncology**, v. 15, n. 9, p. 759-71, 2006.

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 Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 49-58, 2003.

AVCI, I. A.; GOZUM, S. Comparison of two different educational methods on teachers' knowledge, beliefs and behaviors regarding breast cancer screening. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 13, n. 2, p. 94-101, 2009.

AVCI, I.A.; KURT, H. Health beliefs and mammography rates of Turkish women living in rural areas. **J Nurs Scholarsh**, v. 40, n. 2, p. 170-175, 2008.

AVIS, N. E.; SMITH, K. W.; LINK, C. L.; GOLDMAN, M. B. Increasing mammography screening among women over age 50 with a videotape intervention. **Preventive Medicine**, v. 39, n. 3, p. 498-506, 2004.

BAMBERG, S.; AJZEN, I.; SCHMIDT, P. Choice of travel mode in the theory of planned behavior: the roles of past behavior, habit, and reasoned action. **Basic and applied social psychology**, v. 25, n. 3, p. 175-187, 2003.

BONFIM, I. M.; BARBOSA, I. C. F. J.; ALMEIDA, P. C.; FERNANDES, A. F. C.; ALMEIDA, M. I. A. Identificando fatores de risco e as práticas de autocuidado para detecção precoce do câncer de mama em familiares de mastectomizadas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 10, p. 45-52, 2009

BRASIL. Lei Nº 11.664, de 29 de abril de 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União. República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 abr. 2008. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=30/04/2008>>. Acesso em 04 ago. 2009.

BRASIL. Ministério da saúde. **Promoção da Saúde**. Declaração de Alma-Ata. Carta de Ottawa. Declaração de Adelaide. Declaração de Sundsvall. Declaração de Santafé de Bogotá. Declaração de Jacarta. 2001.

BRUBAKER, R.G.; FOWLER, C. Encouraging college males to perform testicular self-examination: evaluation of a persuasive message based on the revised theory of reasoned action. **Journal of Applied Social Psychology**, v. 20, n. 17, p. 1411-1422, 2006.

CAMPOS, G.W; BARROS, R.B.; CASTRO, A.M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

CRUZ, A. L. H. et. al. Breast cancer screening among Chamorro women in California. **Cancer Detection and Prevention**, v. 32 (S), p. 16-22, 2008.

CUNHA, B. G. F.; DIAS, M. R. Comunicações persuasivas e doação regular de sangue: um estudo experimental. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 1407-1418, jun, 2008.

DAVIS, L. E.; AJZEN, I.; SAUNDERS, J.; WILLIAMS, T. The decision of african american students to complete high school: an application of the Theory of Planned Behavior. **Journal of Educational Psychology**, v. 94, n. 4, p. 810-19, 2002.

DIAS, M. R. **AIDS, comunicação persuasiva e prevenção: uma aplicação da teoria da ação racional**. 1995. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade de Brasília. Brasília, DF, 1995.

FERNANDES, A. F. C.; CAVALCANTI, P. P.; BONFIM, I. M.; MELO, E. M. Significado do grupo de auto-ajuda na reabilitação da mulher mastectomizada. **REME. Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte - Minas Gerais, v. 9, n. 1, p. 42-46, 2005.

FERNANDES, A. F. C.; OLIVEIRA, M. S.; MOURA, E. R. F. Prática do auto-exame das mamas por usuárias do sistema único de saúde. **Revista Cubana de Enfermería**, Cuba, v. 22, n. 0, p. 45-50, 2006.

FERNANDES, A. F. C.; RÊGO, C. D. M.; MELO, E. M.; SILVA, A. P.S. Ações para detecção precoce do câncer de mama: um estudo sobre o comportamento de acadêmicas de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 6, p. 215-222, 2007.

FERNANDES, A. F. C.; RODRIGUES, M. S. P.; CAVALCANTI, P. P. Comportamento da mulher mastectomizada frente às atividades grupais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 1, p. 31-34, 2004.

FERNANDES, A. F. C.; SANTOS, M. C. L.; OLIVEIRA, M. S. Características de uma consulta ginecológica del interior de Ceará, en Brasil. **Enfermería Clínica**, v. 17, p. 252-256, 2007.

FERNANDES, A. F. C.; SILVA, R. M.; BONFIM, I. M.; SANTOS, J. V. M. Mulher mastectomizada: vivenciando a sexualidade. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 6, n. 2, p. 20-26, 2005.

FORMIGA, A. S. C.; DIAS, M. R.; SALDANHA, A. A. W. Aspectos psicossociais da prevenção do infarto: construção e validação de um instrumento de medida. **Psico-USF**, v. 10, n. 1, p. 31-40, jan./jun. 2005.

FRANCIS, J. J. et al. **Constructing questionnaires based on the theory of planned behavior** - a manual for health services researchers. United Kingdom: Newcastle upon Tyne, 2004.

GARICOCHEA, B. et al., Idade como fator prognóstico no câncer de mama em estágio inicial. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 311-317, 2009.

GAZZINELLI, M.F.; GAZZINELLI, A.; REIS, D.C.; PENNA, C.M.M. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 200-206, 2005.

GONÇALVES, R. O. S.; ARRAIS, F. M. A.; FERNANDES, A. F. C. As implicações da mastectomia no cotidiano de um grupo de mulheres. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 8, p. 9-17, 2007

GONÇALVES, S-M. C. M.; DIAS, M. R. A prática do auto-exame da mama em mulheres de baixa renda: um estudo de crenças. **Estudos de Psicologia**, v. 4, n. 1, p. 141-159, 1999.

GORIN, S.S.; ASHFORD, A.R.; LANTIGUA, R.; DESAI, M.; TROXEL, A.; GEMSON, D. Implementing academic detailing for breast cancer screening in underserved communities. **Implementation Science**, v. 43, n. 2, p. 1-6, 2007.

GUTIÉRREZ, M. G. R.; BRAVO, M. M.; CHANES, D. C.; VIVO, M. C. R.; SOUZA, G. O. Adesão de mulheres mastectomizadas ao início precoce de um programa de reabilitação. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 3, p. 249-54, 2007.

HEVEY, D.; PERTL, M.; THOMAS, K.; MAHER, L.; CHUINNEAGÁIN, S. N.; CRAIG, A. The relationship between prostate cancer knowledge and beliefs and intentions to attend PSA screening among at-risk men. **Patient Educ Couns**, v. 74, n. 2, p. 244-249, 2009.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2007.

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

_____. **Estimativa INCA 2008**: Incidência de Câncer no Brasil. 2008a. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008> (acessado em 13/Fev/2008).

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

_____. **Estimativa 2010**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

JATOI, I.; ANDERSON, W. F.; RAO, S. R.; DEVESA, S. S. Breast cancer trends among black and white women in the United States. **J Clin Oncol**, v. 23, n. 31, p. 7836-7841, 2005.

KARAYURT, O.; DICLE, A.; TUNA-MALAK, A. Effects of peer and group education on knowledge, beliefs and breast self-examination practice among university students in Turkey. **Turk J Med Sci**, v. 38, p. 1-8, 2008.

KRONES, T.; KELLER, H.; BECKER, A.; SÖNNICHSEN, A.; BAUM, E.; DONNER-BANZHOF, N. The Theory of Planned Behavior in a randomized trial of a decision aid on cardiovascular risk prevention. **Patient Education and Counseling**, v. 78, n. 2, p. 169-176, 2010.

LANDIM, F. L. P.; NATIONS, M. K. Cuidado cultural do câncer de mama: o que mulheres brasileiras pobres têm a nos dizer. **Texto & contexto enferm**, v. 12, n. 2, p. 191-200, 2003.

LIAO, M.-N.; CHEN, M.-F.; CHEN, S.-C.; CHEN, P.-L. Healthcare and support needs of women with suspected breast cancer. **Journal of Advanced Nursing**, v. 60, n. 3, p. 289-298, 2007.

MARINHO, L. A. B.; CECATTI, J. G.; OSIS, M. J. D.; GURGEL, M. S. C. Knowledge, attitude and practice of mammography among women users of public health services. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 200-7, 2008.

MARINHO, L. A. B.; GURGEL, M. S. C.; CECATTI, J. G.; OSIS, M. J. D. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centro de saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 576-82, 2003.

MCCLENAHAN, C.; SHEVLIN, M.; ADAMSON, G.; BENNETT, C.; O'NEILL, B. Testicular self-examination: a test of the health belief model and the theory of planned behaviour. **Health Education Research**, v. 22, n. 2, p. 272-284, 2007.

MELO, E. M.; SILVA, R. M.; FERNANDES, A. F. C. O relacionamento familiar após a mastectomia: um enfoque no modo de interdependência de Roy. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 51, p. 219-225, 2005.

MÉNDEZ, J. E.; EVANS, M.; STONE, M. D. Promoters and barriers to mammography screening in multiethnic inner city patients. **The American Journal of Surgery**, v. 198, n. 4, p. 526-528, 2009.

MICHAELS, C.; MCEWEN, M. M.; MCARTHUR, D. B. Saying "no" to professional recommendations: client values, beliefs, and evidence-based practice. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, v. 20, n. 12, p. 585-589, 2008.

NOVAES, C. O.; MATTOS, I. E. Prevalência e fatores associados a não utilização de mamografia em mulheres idosas. **Cad. Saúde Pública**, v. 25 (supl. 2), p. S310-S320, 2009.

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; SAWADA, N. O. Manual educativo para o autocuidado de mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, p. 115-125, 2008.

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; MELO, E. M.; BARBOSA, I. C. F. J. Cuidados preoperatorios de mastectomia bajo la óptica de la mujer. **Revista Cubana de Enfermería**, Cuba, v. 21, n. may-agost, p. 1-8, 2005.

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; SOUZA, A. M. A. Grupo de apoio/suporte: espaço de reabilitação para mulheres mastectomizadas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, p. 553-557, 2008.

OLIVEIRA, M. S.; SOUZA, A. M.A.; FERNANDES, A. F. C.; SILVA, A. P. S.; SOUSA, F. S. **La rehabilitación para mujeres mastectomizadas en un grupo apoyo/suporte**. *Psicología para América Latina*, v. 14, p. 12-18, 2008.

OLIVEIRA, S. H. S. **Fatores que influenciam as intenções de uso do preservativo entre adolescentes**: uma aplicação da Teoria da Ação Racional. 2003. 118f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, 2003.

_____. **Avaliação da intenção de uso do preservativo entre adolescentes participantes e não participantes de projetos educativos nas escolas**. 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, 2009.

OLIVEIRA, S. H. S.; DIAS, M. R.; SILVA, M. I. T. Adolescentes e AIDS: fatores que influenciam a intenção de uso do preservativo. **DST – J bras Doenças Transm**, v. 17, n. 1, p. 32-38, 2005.

OLIVEIRA, S. H. S.; PAGLIUCA, L. M. F.; BARROSO, M. G. T. Análise do círculo de contágio da teoria da ação racional e sua adequação à enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 866-877, 2007.

PINHEIRO, C. P. O.; SILVA, R. M.; MAMEDE, M.V.; FERNANDES, A. F. C. Participação em grupo de apoio: experiências de mulheres com câncer de mama. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** (Ribeirão Preto), v. 16, p. 28-36, 2008.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem - métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRADO, M. A. S.; MAMEDE, M. V.; ALMEIDA, A. M.; CLAPIS, M. J. A prática da atividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama: percepção de barreiras e benefícios. **Rev Latino-Americana de Enfermagem**, v.12, n. 3, p. 494-502, 2004.

RAH, J. H.; HASLER, C. M.; PAINTER, J. E.; CHAPMAN-NOVAKOFSKI, K. M. Applying the theory of planned behavior to women's behavioral attitudes on and consumption of soy products. **J Nutr Educ Behav**, v. 36, n. 5, p. 238-44, 2004.

REBOUÇAS, I. L. P.; SILVA, R. M.; LOPES, M. V. O.; FERNANDES, A. F. C. Tecnologia audiovisual como instrumento de apoio na orientação para o auto- exame de mama. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 4, n. 2, p. 62-67, 2004.

RUSSELL, K. M.; MONAHAN, P.; WAGLE, A.; CHAMPION, V. Differences in health and cultural beliefs by stage of mammography screening adoption in African American women. **Cancer** (suppl.), v. 109, n. 2, p. 386-395, 2007.

SANTOS, A. M.; KOCH, H. A. A participação dos companheiros no diagnóstico e no tratamento do câncer de mama de suas mulheres. **Rev bras Mastol**, v. 4, p. 150-155, 2006.

SANTOS, M. C. L.; SOUSA, F. S.; SILVA, A. P. S.; BARBOSA, I. C. F. J.; FERNANDES, A. F. C. Ambulatorial consultation of brazilian nursing oncology - an integrative review. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 8, p. 1, 2009.

SOUSA, F. S. **Perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres com câncer ginecológico**. 2003. 82f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, 2003.

TOLMA, E.L.; REININGER, B.M.; EVANS, A.; UREDA, J. Examining the theory of planned behavior and the construct of self-efficacy to predict mammography intention. **Health Educ Behav**, v. 33, n. 2, p. 233-51, 2006

WALL, K. M.; NÚÑEZ-ROCHA, G. M.; SALINAS-MARTINEZ, A. M.; SÁNCHEZ-PEÑA, S. R. Determinants of the use of breast cancer screening among women workers in urban Mexico. **Prev Chronic Dis**, v. 5, n. 2, p. 1-8, 2008.

WASHINGTON, P. K.; BURKE, N. J.; JOSEPH, G.; GUERRA, C.; PASICK, R. J. Adult daughters' influence on mothers' health-related decision making: an expansion of the subjective norms construct. **Health Education & Behavior**, v. 36, n. 5 (Suppl), p. 129S-144S, 2009

WILLIAMS, B. A.; LINDQUIST, K.; SUDORE, R. L.; COVINSKY, K. E.; WALTER, L. C. Screening mammography in older women – effect of wealth and prognosis. **Arch Intern Med**, v. 168, n. 5, p. 514-520, 2008.

WOLOSHIN, S.; SCHWARTZ, L. L. The benefits and harms of mammography screening – understanding the trade-offs. **JAMA**, v. 303, n. 2, p. 164-165, 2010.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora,

Sou enfermeiro e doutorando em Enfermagem na Promoção da Saúde pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, e estou desenvolvendo uma pesquisa com mulheres sobre a intenção comportamental de realização de mamografia, intitulada **AVALIAÇÃO DA INTENÇÃO DE REALIZAR A MAMOGRAFIA COMO SUBSÍDIO PARA AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.**

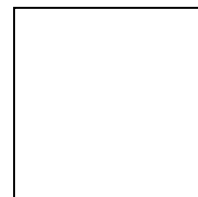
Para que a pesquisa seja realizada, necessito de sua participação de forma voluntária, respondendo a um questionário com perguntas relativas à detecção precoce do câncer de mama através do exame de mamografia.

Garanto que todas as informações fornecidas serão utilizadas somente para a realização do estudo, sendo reservado o anonimato dos participantes mesmo após a conclusão da pesquisa. Para isso, não é necessário identificar o formulário de pesquisa. Será garantida, ainda, a sua liberdade em se retirar da pesquisa em qualquer etapa. Todas as informações sobre a pesquisa serão prestadas por mim, de forma a esclarecer quaisquer dúvidas que surgirem. Os resultados constarão de relatórios de pesquisa que serão publicados em eventos e periódicos com fins científicos.

Caso necessite de mais informações ou deseje entrar em contato comigo, coloco-me à disposição:

Francisco Stélio de Sousa
Universidade Federal do Ceará
Rua Alexandre Baraúna, 1115
Rodolfo Teófilo, Fortaleza, Ce.
Telefone: 3224-4253/8738-1195

Assinatura da participante



APÊNDICE B
INSTRUMENTO PARA LEVANTAMENTO DAS CRENÇAS COMPORTAMENTAIS
E NORMATIVAS SOBRE REALIZAR MAMOGRAFIA

INSTRUMENTO N° _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Idade _____
2. Estado civil _____
3. Escolaridade _____
4. Profissão/ocupação _____
5. Renda familiar _____
6. Religião _____

LEVANTAMENTO DE CRENÇAS

7. Na sua opinião, quais as vantagens e as desvantagens em realizar a mamografia?

VANTAGENS	DESVANTAGENS
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

8. Quem você acredita que considera importante realizar mamografia?

9. Para você, quais as pessoas que não acham importante realizar a mamografia?

10. Existem outros indivíduos ou grupos que vêm à mente quando você pensa sobre realizar mamografia nos próximos meses?

11. Quais fatores ou circunstâncias que permitem/possibilitam a você realizar a mamografia nos próximos meses?

12. Quais fatores ou circunstâncias que tornariam difícil ou impossível para você realizar a mamografia nos próximos meses?

13. Existem outras questões que vêm à mente quando você pensa sobre a dificuldade de realizar a mamografia nos próximos meses?

14. Você já realizou a mamografia alguma vez?

() SIM () NÃO

APÊNDICE C

Grupo _____
Nº _____

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. Quantas vezes você realizou a mamografia?

2. Realizar a mamografia dentro de um período de três meses é

a)Prejudicial Benéfico
 1 2 3 4 5 6 7

b)Ruim Bom
 1 2 3 4 5 6 7

c)Não valioso Valioso
 1 2 3 4 5 6 7

3. Prevenir o câncer de mama realizando a mamografia periodicamente é

Ruim Bom
 1 2 3 4 5 6 7

4. Detectar o câncer de mama precocemente realizando a mamografia é

Extremamente Extremamente
ruim 1 2 3 4 5 6 7 bom

5. Se cuidar realizando a mamografia periodicamente é

Ruim Bom
 1 2 3 4 5 6 7

6. Sentir dor na realização da mamografia é

Ruim Bom
 1 2 3 4 5 6 7

7. Sentir medo realizando a mamografia é

Ruim Bom
 1 2 3 4 5 6 7

8. Realizar a mamografia vai ajudar na prevenção do câncer de mama

Improvável Provável
 1 2 3 4 5 6 7

9. Realizar a mamografia vai favorecer o diagnóstico precoce do câncer de mama

Improvável Provável
 1 2 3 4 5 6 7

10. Realizar a mamografia fará com que eu cuide de mim mesma

Improvável Provável
 1 2 3 4 5 6 7

11. Realizar a mamografia me fará sentir dor

Improvável 1 2 3 4 5 6 7 Provável

12. Realizar a mamografia me fará sentir medo

Improvável 1 2 3 4 5 6 7 Provável

13. A maioria das pessoas que são importantes para mim acha que eu deveria realizar a mamografia nos próximos três meses

Improvável 1 2 3 4 5 6 7 Provável

14. A maioria das pessoas que são importantes para mim realiza mamografia periodicamente

Completamente falsa 1 2 3 4 5 6 7 Completamente verdade

15. Muitas pessoas como eu realizam a mamografia periodicamente

Extremamente improvável 1 2 3 4 5 6 7 Extremamente provável

16. O médico acha que eu deveria realizar a mamografia nos próximos meses

Improvável 1 2 3 4 5 6 7 Provável

17. As propagandas e campanhas da televisão acham que eu deveria realizar a mamografia nos próximos meses

Improvável 1 2 3 4 5 6 7 Provável

18. A minha vizinha acha que eu deveria realizar a mamografia nos próximos meses

Improvável 1 2 3 4 5 6 7 Provável

19. As minhas amigas acham que eu deveria realizar a mamografia nos próximos meses

Improvável 1 2 3 4 5 6 7 Provável

20. A minha mãe acha que eu deveria realizar a mamografia nos próximos meses

Improvável 1 2 3 4 5 6 7 Provável

21. A minha irmã acha que eu deveria realizar a mamografia nos próximos meses

Improvável 1 2 3 4 5 6 7 Provável

22. A enfermeira acha que eu deveria realizar a mamografia nos próximos meses

Improvável 1 2 3 4 5 6 7 Provável

23. Os agentes comunitários de saúde acham que eu deveria realizar a mamografia nos próximos meses

Improvável 1 2 3 4 5 6 7 Provável

24. Geralmente, eu faço aquilo que o médico acha que eu devo fazer:

Improvável 1 2 3 4 5 6 7 Provável

25. Em geral, eu faço aquilo que as propagandas e campanhas da televisão acham que eu devo fazer:

Improvável 1 2 3 4 5 6 7 Provável

26. Na maioria das vezes, eu faço aquilo que a vizinha acha que eu devo fazer:

Improvável 1 2 3 4 5 6 7 Provável

27. Geralmente, eu faço aquilo que as minhas amigas acham que eu devo fazer:

Improvável 1 2 3 4 5 6 7 Provável

28. Em geral, eu faço aquilo que a minha mãe acha que eu devo fazer:

Improvável 1 2 3 4 5 6 7 Provável

29. Na maioria das vezes, eu faço aquilo que a minha irmã acha que eu devo fazer:

Improvável 1 2 3 4 5 6 7 Provável

30. Geralmente, eu faço aquilo que a enfermeira acha que eu devo fazer:

Improvável 1 2 3 4 5 6 7 Provável

31. Em geral, eu faço aquilo que os agentes comunitários de saúde acham que eu devo fazer:

Improvável 1 2 3 4 5 6 7 Provável

32. Para mim, realizar a mamografia nos próximos 3 meses seria:

Impossível 1 2 3 4 5 6 7 Possível

33. Se eu quisesse poderia realizar a mamografia nos próximos 3 meses

Definitivamente falso 1 2 3 4 5 6 7 Definitivamente verdadeiro

34. Quanto controle eu acredito que tenho sobre realizar a mamografia nos próximos 3 meses?

Nenhum controle 1 2 3 4 5 6 7 Controle completo

35. É principalmente importante para mim que eu realize a mamografia nos próximos 3 meses

Discordo
fortemente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo
fortemente

36. Se eu tiver dinheiro para pagar, eu realizarei a mamografia nos próximos três meses

Discordo
fortemente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo
fortemente

37. Se houver disponibilidade do exame pelo SUS, eu realizarei a mamografia nos próximos três meses

Discordo
fortemente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo
fortemente

38. Se eu for encaminhada, eu realizarei a mamografia nos próximos três meses

Discordo
fortemente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo
fortemente

39. Se houver facilidade na marcação do exame, eu realizarei a mamografia nos próximos três meses

Discordo
fortemente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo
fortemente

40. Se houver demora para marcar/realizar, eu farei a mamografia nos próximos três meses

Discordo
fortemente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo
fortemente

41. Se eu NÃO tiver dinheiro para pagar, eu realizarei a mamografia nos próximos três meses

Discordo
fortemente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo
fortemente

42. Se o número de exames for insuficiente, eu farei a mamografia nos próximos três meses

Discordo
fortemente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo
fortemente

43. O dinheiro para pagar o exame, tornaria a realização da mamografia nos próximos três meses

Mais difícil 1 2 3 4 5 6 7 Mais fácil

44. A disponibilidade do exame pelo SUS tornaria a realização da mamografia nos próximos três meses

Mais difícil 1 2 3 4 5 6 7 Mais fácil

45. O encaminhamento tornaria a realização da mamografia nos próximos três meses

Mais difícil 1 2 3 4 5 6 7 Mais fácil

46. A facilidade na marcação do exame, tornaria a realização da mamografia nos próximos três meses

Mais difícil Mais fácil
 1 2 3 4 5 6 7

47. A demora para marcar/realizar tornaria a realização da mamografia nos próximos três meses

Mais difícil Mais fácil
 1 2 3 4 5 6 7

48. A falta de dinheiro para pagar o exame tornaria a realização da mamografia nos próximos três meses

Mais difícil Mais fácil
 1 2 3 4 5 6 7

49. O número de exames insuficiente, tornaria a realização da mamografia nos próximos três meses

Mais difícil Mais fácil
 1 2 3 4 5 6 7

50. Tenho a intenção de realizar a mamografia dentro de um período de três meses

Extremamente Extremamente
improvável 1 2 3 4 5 6 7 provável

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

51. Idade _____

52. Estado civil _____

53. Escolaridade _____

54. Profissão/ocupação _____

55. Renda familiar _____

56. Religião _____

ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP

CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada dia 25/08/09, após análise do parecer do relator, resolveu considerar **APROVADO** o projeto de pesquisa intitulado **AVALIAÇÃO DA INTENÇÃO DE REALIZAR A MAMOGRAFIA COMO SUBSÍDIO PARA AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE**. Protocolo CEP/HULW nº. 158/09 do pesquisador FRANCISCO STÉLIO DE SOUSA.

Solicitamos enviar ao CEP/HULW um resumo sucinto dos resultados, em CD, no final da pesquisa.

João Pessoa, 27 de novembro de 2009.

Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - CEP/HULW

Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW