



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

MARINNA MARIA DE ANDRADE COSTA

**CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE MULHERES ACERCA DE MEDIDAS
DE CONTROLE PARA O CÂNCER DE MAMA**

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- C874c Costa, Marinna Maria de Andrade.
Conhecimento, atitude e prática de mulheres acerca de medidas de controle para o câncer de mama /
Marinna Maria de Andrade Costa. – 2016.
100 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e
Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2016.
Orientação: Prof. Dr. Míria Conceição Lavinias Santos.
1. Neoplasias da mama. 2. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. 3. Enfermagem. I. Título.
CDD 610.73
-

MARINNA MARIA DE ANDRADE COSTA

CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE USUÁRIAS DE MULHERES ACERCA
DE MEDIDAS DE CONTROLE PARA O CÂNCER DE MAMA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC) como requisito para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Míria Conceição Lavinas Santos

FORTALEZA

2016

MARINNA MARIA DE ANDRADE COSTA

**CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE DE MULHERES ACERCA DE
MEDIDAS DE CONTROLE PARA O CÂNCER DE MAMA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC) como requisito para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Míria Conceição Lavinias Santos
Universidade Federal do Ceará (UFC)
Presidente

Prof.^a Dr.^a Carolina Maria de Lima Carvalho
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira (UNILAB)
Membro Externo

Prof.^o Dr.^o Michell Ângelo Marques Araújo
Universidade Federal do Ceará (UFC)
Membro Externo

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

DEDICATÓRIA

À Deus,
Aos meus pais, Serafim e Socorro,
Aos meus irmãos, Marcelo e Serafim Filho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à Deus pelo dom da vida, por abençoar meu caminho e por permitir que eu chegasse até aqui.

Agradeço aos meus pais, Serafim e Socorro, por todo amor, carinho, dedicação e compreensão dispensados a mim. Por todas as vezes que abdicaram de seus sonhos para realizarem os sonhos de seus filhos.

Agradeço aos meus irmãos, Marcelo e Serafim Filho, por todo carinho e apoio ao longo dessa caminhada.

Agradeço a todos meus familiares, tios e primos, que de perto ou de longe, torceram e me apoiaram nessa caminhada.

Agradeço à Professora Míria, que foi mais que uma orientadora. Com todo seu carinho, amizade, saber e compreensão me ensinou, orientou e contribuiu com o meu crescimento profissional, me ajudando a trilhar os caminhos e chegar até aqui.

Agradeço aos professores que compõe minha banca, Professora Ana Fátima, Professor Michell Ângelo e Professora Carolina Carvalho, por aceitarem participar e por compartilharem seus conhecimentos para o meu crescimento.

Agradeço aos amigos da UAPS Gothardo Peixoto, por toda torcida e apoio durante essa caminhada.

Agradeço às amigas, Jordana , Angélica e Altamira, por todo companheirismo, apoio e amizade durante esse percurso.

Também agradeço às amigas, Samyla, Lívia, Deiziane, Stephanie e Emanuele, por toda torcida, apoio contante e amizade.

Agradeço aos meus amigos do grupo FIAMMA por todas as orações, amizade e apoio.

Agradeço a todos os professores do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, que foram essenciais na minha formação como enfermeira e, hoje, como mestre.

EPÍGRAFE

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!

Florence Nightingale

RESUMO

O câncer de mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. O enfermeiro assume papel essencial nas ações de controle do câncer de mama. Porém o sucesso do programa de controle do câncer de mama é diretamente dependente, entre outros fatores, da participação das usuárias, já que as mesmas devem comparecer às consultas ginecológicas, realizar os exames, participar de atividades educativas e colocar em prática os conhecimentos adquiridos. Tendo em vista a importância de estratégias para redução da mortalidade por câncer de mama e o papel das mulheres assistidas na atenção primária, o estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento, atitude e prática das mulheres acerca de ações de controle para o câncer de mama. Trata-se de um estudo avaliativo, de corte transversal, com a utilização do Inquérito Conhecimento, Atitude e Prática (CAP). O estudo foi desenvolvido no município de Fortaleza-CE. Foram elencadas 43 Unidades de Atenção Primária à Saúde distribuídas entre as seis Secretarias Executivas Regionais. As usuárias que são acompanhadas pela ESF e que estão na faixa etária de risco para incidência do câncer de mama (> 20 anos), segundo o Ministério da Saúde, compuseram a amostra, que totalizou 387 mulheres. Os dados foram coletados a partir de uma entrevista utilizando dois instrumentos: o questionário adaptado de Oliveira (2014) e o questionário que corresponde ao Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresa de Pesquisa (ABEP). Os dados foram analisados com base na estatística analítica e apresentados através de tabelas e gráficos com frequências absolutas e relativas. Os resultados nos mostraram que 368 mulheres (94,8%) tiveram conhecimento adequado, porém 214 (55,1%) apresentaram atitude inadequada e 279 (71,9%) prática inadequada em relação aos métodos de detecção precoce do câncer de mama. Esses fatores foram influenciados pela idade e Secretária Regional Executiva (SER) em que as mulheres residiam. Esse conhecimento acerca das características da população, com identificação das lacunas no saber, dificuldades para a adesão aos exames e o comportamento cultural das mulheres subsidia as ações dos profissionais da saúde, guiando-lhes no desenvolvimento de técnicas e estratégias para mobilização da população para adoção e manutenção de um comportamento saudável que direcionem ao autocuidado e promoção da saúde.

Palavras-chaves: Neoplasias da mama. Conhecimentos, Atitudes e Prática em saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Breast cancer is the type of cancer that affects more women worldwide, accounting for 22% of new cases each year. The nurse takes vital role in breast cancer control actions. But the success of breast cancer control program is directly dependent on, among other factors, the participation of users, since they must attend gynecological consultations, conduct examinations, participate in educational activities and put into practice the knowledge acquired. Given the importance of strategies to reduce mortality from breast cancer and the role of women seen in primary care, the study aimed to assess the knowledge, attitude and practice of woman about control actions for cancer breast. Treat It will be an evaluative study, cross-sectional survey using the Knowledge, Attitude and Practice (KAP). The study was developed in the city of Fortaleza-CE. they were listed 43 units of Primary Health Care distributed among the six Regional Executive Secretariats. The users that are accompanied by the ESF and that are in the age of risk for incidence of breast cancer (> 20 years), according to the Ministry of Health, composed the sample, totaling 387 women. Data will be collected with from an interview using two instruments: the questionnaire adapted from Oliveira (2014) and the questionnaire that corresponds to the Economic Classification Criteria of Brazil Brazilian Association of Research Companies (ABEP).The data will be analyzed based on analytical statistics and presented in tables and charts with absolute and relative frequencies. The results showed us that 368 women (94.8%) had adequate knowledge, but 214 (55.1%) had inadequate and attitude 279 (71.9%) inadequate practice in relation to early detection methods of breast cancer. These factors were influenced by age and Executive Secretary Regional (SER) in which women lived. This knowledge about the characteristics of the population, identifying gaps in knowledge, difficulties in adhering to exams and the cultural behavior of women subsidizes the actions of health professionals, guiding them in the development of techniques and strategies for population mobilization for adoption and maintaining a healthy behavior that direct self-care and health promotion.

Keywords: Breast neoplasms; Health knowledge, attitudes and practice; Nursing.

RESUMEN

El cáncer de mama es el tipo de cáncer que afecta a más mujeres en todo el mundo, con un 22% de los nuevos casos cada año. La enfermera toma papel vital en las acciones de control de cáncer de mama. Pero el éxito del programa de control de cáncer de mama depende directamente de, entre otros factores, la participación de los usuarios, ya que deben asistir a consultas ginecológicas, realizará los exámenes, participar en actividades educativas y poner en práctica los conocimientos adquiridos. Dada la importancia de las estrategias para reducir la mortalidad por cáncer de mama y el papel de las mujeres se ve en la atención primaria, el objetivo del estudio fue evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres sobre las acciones de control para el cáncer de mama. Tratar Será un estudio de evaluación, estudio transversal mediante el conocimiento, actitudes y prácticas (CAP). El estudio se desarrolló en la ciudad de Fortaleza-CE. Los que fueron incluidas 43 unidades de atención primaria de salud distribuidos entre las seis Secretarías Ejecutivas Regionales. Los usuarios que están acompañados por el FSE y que están en la edad de riesgo de incidencia de cáncer de mama (> 20 años), de acuerdo con el Ministerio de Salud, la muestra compuesta, por un total de 387 mujeres. Los datos serán recogidos con el de una entrevista utilizando dos instrumentos: el cuestionario adaptado de Oliveira (2014) y el cuestionario que se corresponde con los criterios de clasificación económica de Brasil Asociación Brasileña de Empresas de Investigación (ABEP). Se analizarán los datos en base a las estadísticas de análisis y se presentan en tablas y gráficos con las frecuencias absolutas y relativas. Los resultados nos mostraron que 368 mujeres (94,8%) tenían un conocimiento adecuado, pero 214 (55,1%) tenían la práctica inadecuada y la actitud inadecuada 279 (71,9%) en relación con los métodos de detección precoz de cáncer de mama. Estos factores se vieron influenciados por la edad y el Secretario Ejecutivo Regional (SER) en la que vivían las mujeres. Este conocimiento acerca de las características de la población, la identificación de lagunas en los conocimientos, las dificultades para adherirse a los exámenes y el comportamiento cultural de las mujeres subvenciona las acciones de los profesionales de la salud, guiándolos en el desarrollo de técnicas y estrategias para la movilización de la población para su aprobación y mantener un comportamiento saludable que dirigen el autocuidado y promoción de la salud.

Palavras-clave: Neoplasias de la mama; Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud; Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa -----	27
Quadro 1 - Síntese dos artigos incluídos na pesquisa -----	27
Figura 2 - Distribuição do número de equipes da Estratégia de Saúde da Família segundo a Secretaria Executiva Regional pertencente. -----	38
Figura 3 - Distribuição do número de Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo a Secretaria Executiva Regional (SER) pertencente. -----	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estimativa para a Renda Familiar segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresa de Pesquisa (2014). -----	41
Tabela 2 - Distribuição da pontuação de respostas das mulheres acompanhadas pela ESF de Fortaleza, relacionado ao questionário correspondente ao ANEXO C. -----	43
Tabela 3 - Distribuição da pontuação de respostas das mulheres acompanhadas pela ESF de Fortaleza, relacionado à quantidade de itens de conforto do Critério Brasil (2014) (ANEXO B). -----	44
Tabela 4 - Distribuição da pontuação de respostas das mulheres acompanhadas pela ESF de Fortaleza, relacionado ao acesso a serviços públicos do Critério Brasil (2014) (ANEXO B).-----	44
Tabela 5 – Distribuição da pontuação de respostas das mulheres acompanhadas pela ESF de Fortaleza, relacionado ao grau de instrução do chefe da família do Critério Brasil (2014) (ANEXO B). -----	45
Tabela 6 – Distribuição da pontuação segundo as grandes classes do Critério Brasil (2014). -----	45
Tabela 7 – Distribuição das mulheres de acordo com sua faixa etária. Fortaleza-Ce, 2016-----	47
Tabela 8 - Distribuição das mulheres entrevistadas segundo o grau de instrução. Fortaleza-Ce, 2016 -----	48
Tabela 9 - Distribuição das entrevistadas segundo o Critério de Classificação	

Econômica do Brasil. Fortaleza-Ce, 2016. -----	49
Tabela 10 - Distribuição das mulheres entrevistadas segundo o início da menarca. Fortaleza-Ce, 2016. -----	50
Tabela 11 - Distribuição das mulheres entrevistadas de acordo com a idade de aparecimento da menopausa. Fortaleza-Ce, 2016-----	50
Tabela 12 - Distribuição das mulheres entrevistadas de acordo com a idade de aparecimento da menopausa. Fortaleza-Ce, 2016. -----	51
Tabela 13 - Distribuição das mulheres entrevistadas da ESF segundo a presença de gravidez anterior. Fortaleza-Ce, 2016. -----	51
Tabela 14 - Distribuição das mulheres entrevistadas da ESF segundo a idade da primeira gestação. Fortaleza-Ce, 2016 .-----	51
Tabela 15 - Distribuição das mulheres da ESF segundo a realização da amamentação. Fortaleza-Ce, 2016. -----	52
Tabela 16 - Distribuição das mulheres entrevistadas segundo presença de história familiar de câncer de mama. Fortaleza-Ce, 2016. -----	52
Tabela 17 - Distribuição das mulheres entrevistadas segundo história familiar de câncer de mama. Fortaleza-Ce, 2016. -----	53
Tabela 18 - Distribuição das entrevistadas segundo recebimento de informação sobre câncer de mama. Fortaleza-Ce, 2016.-----	54
Tabela 19 - Distribuição às fontes de informação sobre câncer de mama. Fortaleza-Ce, 2016. -----	54
Tabela 20 - Distribuição das mulheres entrevistadas segundo o conhecimento do	

conceito e periodicidade da mamografia, Fortaleza-Ce, 2016.-----	55
Tabela 21 - Distribuição das mulheres entrevistadas segundo o conhecimento acerca do AEM e ECM. Fortaleza-Ce, 2016.-----	56
Tabela 22 - Distribuição das mulheres segundo o conhecimento acerca dos fatores de risco para o câncer de mama. Fortaleza-Ce, 2016.-----	57
Tabela 23 - Distribuição das mulheres segundo os fatores de risco para o câncer de mama. Fortaleza-Ce, 2016.-----	58
Tabela 24 - Distribuição das mulheres entrevistadas de acordo com o conhecimento acerca das manifestações do câncer de mama. Fortaleza-Ce, 2016.-----	59
Tabela 25 - Distribuição das mulheres entrevistadas de acordo com as manifestações do câncer de mama. Fortaleza-Ce, 2016.-----	60
Tabela 26 – Distribuição das mulheres em relação à necessidade da realização do ECM. Fortaleza-Ce, 2016. -----	60
Tabela 27 - Distribuição das mulheres quanto a participação nas palestras relacionadas ao câncer de mama. Fortaleza-Ce, 2016.-----	61
Tabela 28 - Distribuição das mulheres entrevistadas segundo a solicitação a um profissional de saúde para a realização do ECM. Fortaleza-Ce, 2016. -----	62
Tabela 29 - Distribuição das mulheres entrevistadas segundo ao pedido a um profissional de saúde para solicitação da mamografia. Fortaleza-Ce, 2016.-----	63
Tabela 30 - Distribuição das mulheres segundo o motivo da não solicitação da mamografia, por essas, ao profissional de saúde. Fortaleza-Ce, 2016. -----	63

Tabela 31 - Distribuição das mulheres entrevistadas segundo a realização do ECM anualmente. Fortaleza-Ce, 2016. -----	65
Tabela 32 - Distribuição das mulheres entrevistadas segundo o hábito de fumar. Fortaleza-Ce, 2016.-----	66
Tabela 33 - Distribuição das mulheres segundo o hábito de ingerir bebidas alcoólicas. Fortaleza-Ce, 2016-----	66
Tabela 35 - Associação do conhecimento das mulheres usuárias da ESF do município de Fortaleza relacionado à Secretaria Executiva Regional, idade e classificação socioeconômica. Teste qui-quadrado. Fortaleza-Ce, 2016. -----	67
Tabela 36 - Associação do conhecimento das mulheres usuárias da ESF do município de Fortaleza relacionado à Secretaria Executiva Regional, conhecimento, idade, escolaridade e classificação socioeconômica. Teste qui-quadrado. Fortaleza-Ce, 2016. -----	69
Tabela 37 - Associação da prática das mulheres usuárias da ESF do município de Fortaleza relacionado à Secretaria Executiva Regional, conhecimento, idade, escolaridade e classificação socioeconômica. Teste qui-quadrado. Fortaleza-Ce, 2016. -----	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AEM	Autoexame das Mamas
BRCA	<i>Breast cancer, early onset</i>
CAP	Conhecimento, Atitude e Prática
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing & Allied health Literature</i>
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ECM	Exame Clínico das Mamas
ESF	Estratégia Saúde da Família
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MESH	<i>Medical Subject Headings</i>
MS	Ministério da Saúde
PUBMED	<i>Nacional Library of Medicine/ National Institutes of Health</i>
SER	Secretaria Executiva Regional
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
2 OBJETIVOS.....	23
2.2 Objetivo Geral.....	23
2.2 Objetivos Específicos.....	23
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	24
3.1 Revisão integrativa.....	24
3.2 Conhecimento, atitude e prática sobre câncer de mama.....	24
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	37
4.1 Tipo de Estudo	37
4.2 Local do Estudo	37
4.3 População e Amostra.....	39
4.4 Coleta de Dados	41
4.5 Análise dos Dados.....	42
4.6 Aspectos Éticos	46
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5.1 Características sócio-demográfica e antecedentes pessoais das mulheres entrevistadas....	47
5.2 Conhecimento acerca do câncer de mama.....	53
6 CONCLUSÃO.....	72
REFERÊNCIAS	73
APÊNDICES.....	80
ANEXO	87

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos, respondendo por 25% dos casos novos a cada ano (INCA, 2016).

As mais altas taxas de incidência encontram-se na Europa Ocidental e as menores taxas na Ásia Oriental. Aproximadamente 43% dos novos casos estimados ocorreram na Europa e na América do Norte. Foram estimados, em 2012, 500 mil óbitos por câncer de mama em mulheres em todo mundo. Essas mortes correspondem a 15% de todos os óbitos por câncer em mulheres, sendo que 34% também incidem em países desenvolvidos na Europa e América do Norte. (INCA, 2016)

Em geral, as taxas de mortalidade são mais elevadas em regiões mais desenvolvidas socioeconomicamente. Entretanto, configura como a principal causa de morte (324 mil óbitos) nas regiões menos favorecidas e ocupa agora a segunda posição (198 mil óbitos) nas regiões mais desenvolvidas ficando atrás apenas do câncer de pulmão (INCA, 2016).

Apesar de ser considerado um câncer de bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados. Para o Brasil, em 2016, são esperados **57.960** casos novos de câncer de mama com uma taxa bruta de 56,2 casos a cada 100 mil habitantes (INCA, 2016).

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, esse tipo de câncer também é o primeiro mais frequente nas mulheres das Regiões Sul (74,30/100 mil), Sudeste (68,08/100 mil), Centro-Oeste (55,87/100 mil) e Nordeste (38,74/100 mil). Na região Norte, é o segundo tumor mais incidente (22,26/100 mil) (INCA, 2016).

Para 2016, no Ceará, estima-se 2.160 novos casos de câncer de mama, sendo 860 casos em Fortaleza, com um risco estimado de 61,55 casos a cada 100 mil mulheres. Portanto, Fortaleza apresenta maior taxa bruta de incidência do que o estimado para todo o Brasil (INCA, 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), podemos considerar alguns fatores que predispõe ao aparecimento de neoplasia da mama, como: história familiar, especialmente da mãe e irmã acometidas antes da pré-menopausa, idade, menarca precoce, menopausa tardia, a ocorrência da primeira gravidez após os 30 anos, a nuliparidade, ingestão regular de álcool,

exposição à radiação ionizante e dieta hipercalórica.

Quando o câncer de mama é diagnosticado em estágios iniciais (lesões menores que 2 cm de diâmetro), ele apresenta um prognóstico favorável e a chance de cura pode chegar a 100% (BRASIL, 2010). Para isso, a adoção de medidas educativas e de rastreamento é fundamental para a redução da mortalidade e a prevenção de agravos.

Diante disso, o Ministério da Saúde adotou uma estratégia para controle do câncer de mama que está definido no Documento de Consenso (BRASIL, 2004), elaborado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), em parceria com gestores do SUS e comunidade científica. Conforme o Consenso, a mamografia e o exame clínico das mamas são os métodos preconizados para rastreamento nos serviços de atenção à saúde da mulher.

Porém, em 2015, foram estabelecidas novas diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil tendo em vista o efeito na redução da mortalidade. Segundo essas diretrizes, não se recomenda a mamografia para as mulheres < 50 anos; para aquelas com idade 50-69 anos recomenda-se a mamografia bianual; e, para aquelas com idade ≥ 70 anos não há recomendações para a realização da mamografia. Quanto ao Exame Clínico das Mamas, não há recomendação quanto à sua aplicação como método de rastreio, visto que a relação risco/benefícios é incerta. (BRASIL, 2015)

Nos últimos três anos, o INCA e o Ministério da Saúde vêm ampliando as estratégias de “estar alerta” à população feminina e aos profissionais de saúde. Essa estratégia preconiza que todas as mulheres devem conhecer os principais fatores de risco para o câncer de mama, a idade de maior risco para incidência da doença e os seus sinais e sintomas. Também recomendam que, ao identificarem esses sinais e sintomas, busquem prontamente uma unidade de saúde para investigação diagnóstica (INCA, 2016).

Fortalecer e ampliar essas ações de promoção, prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama são essenciais para a redução da mortalidade, sendo incluídas pelo Ministério da Saúde (2015) como objetivo a ser alcançado nesse biênio (2015-2017).

A promoção da saúde, segundo a Carta de Ottawa (1986), é “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde para atingir um estado completo de completo bem-estar físico, mental e social”. Para que esse processo ocorra, é necessário que ações coordenadas entre todos os sujeitos envolvidos (gestores, profissionais, movimentos sociais e usuários) sejam planejadas e implementadas, visando atuar nas necessidades da comunidade e estimular o protagonismo dos cidadãos.

Portanto, a promoção da saúde realiza-se na relação paciente/profissional, profissional/comunidade, gestores/ sociedade, setor sanitário/ outros setores, visando reduzir as vulnerabilidades, os riscos e os danos produzidos no processo saúde-doença.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (2010) estabelece como objetivos a promoção da qualidade de vida,

Nesse contexto, destaca-se o papel da atenção primária no desenvolvimento de uma atenção integral que impacte na situação de saúde, nos determinantes e condicionantes de saúde e na autonomia das pessoas, contribuindo, portanto, na promoção de ações de controle do câncer de mama (BRASIL, 2010).

A Estratégia de Saúde da Família, enquanto estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, desenvolve ações de promoção e prevenção secundária para o câncer de mama por meio de atividades de educação em saúde acerca de sinais/sintomas e rastreamento, realização do Exame Clínico das Mamas, identificação das mulheres pertencentes ao grupo-alvo para realização da mamografia, entrega de resultados de exames e encaminhamentos para serviços de referência (BRASIL, 2011).

Segundo Borges et al. (2010, p.36) algumas barreiras são encontradas pelas mulheres na realização da prevenção primária do câncer de mama na atenção básica, dentre elas destaca-se o acesso aos métodos de rastreamento e a qualificação dos profissionais, o que acarreta impacto direto no estado de saúde e no prognóstico dessas mulheres.

Conforme Afonso et al (2011), há uma deficiência nos modelos de atendimento à saúde da mulher, que por muitas vezes prioriza o exame cervicovaginal, deixando de lado questões importantes sobre achados benignos e malignos nas mamas das mulheres que comparecem à consulta ginecológica, acarretando prejuízos no diagnóstico precoce.

O enfermeiro assume papel essencial nas ações de controle do câncer de mama, sendo competência desses profissionais a divulgação de informações quanto aos fatores de risco, as ações de prevenção e de detecção precoce, a adoção de modelos comportamentais e hábitos saudáveis. Essas ações são essenciais para a promoção da saúde, visto que facilitam a aquisição do conhecimento prévio das mulheres acerca da detecção precoce do câncer de mama e proporcionam autonomia para o autocuidado (JÁCOME et al, 2011)

Dessa forma, cabe ao enfermeiro exercer, além da atividade assistencial, o papel de educador, fornecendo à população informações que subsidiem a adoção de medidas para prevenção, controle e combate de enfermidades (ARAÚJO et al, 2010).

O sucesso do programa de controle do câncer de mama é diretamente dependente, entre outros fatores, da participação das usuárias, já que as mesmas devem comparecer às consultas ginecológicas, realizar os exames, participar de atividades educativas e colocar em prática os conhecimentos adquiridos. A mulher também tem importante papel como multiplicadora de informações, desencadeando comportamentos saudáveis em outras mulheres da comunidade (BATISTON et al, 2011).

Segundo Oliveira (2014), apesar dessas mulheres serem acompanhadas nos serviços de atenção básica, elas ainda não conhecem de maneira satisfatória os fatores de risco, as manifestações clínicas e nem a periodicidade dos exames de rastreamento do câncer de mama, interferindo negativamente na qualidade de vida e nas taxas de sobrevivência das pessoas com esse tipo de patologia.

Muitas mulheres apresentam lacunas no conhecimento em relação aos sinais e sintomas e à prevenção secundária do câncer de mama. Tal fato reflete negativamente na prática do autocuidado e, na busca e realização dos exames de detecção precoce para o câncer de mama (ALMEIDA; CONCEIÇÃO, 2013; SANTOS; CHUBACI, 2011).

Diante disso, se faz necessário identificar as lacunas de conhecimento e os déficits na atitude e prática dessas mulheres para que sejam desenvolvidas estratégias de divulgação de informações, sensibilização e capacitação da população feminina para a realização dos métodos de rastreamento e adoção de medidas e autocuidado para o câncer de mama.

Para Frie et al (2013), é necessário o desenvolvimento de pesquisas que recolham informações sobre o conhecimento e a sensibilização das mulheres sobre câncer de mama, as suas atitudes em relação aos métodos de detecção precoce e o seu comportamento de saúde para melhor compreender as perspectivas das mulheres e guiar as ações educativas.

Para isso, podemos utilizar o Inquérito CAP (Conhecimento, Atitude e Prática). Este instrumento nos permitirá traçar um diagnóstico da comunidade/população, a partir da identificação de mudanças no conhecimento, nas atitudes e nas práticas em relação às enfermidades ou agravos à saúde. Além disso, facilitará a elaboração de estratégias para divulgação de informações, capacitação dos sujeitos e sensibilização da população para adoção de hábitos saudáveis (KALIYAPERUMAL, 2004).

Conforme Marinho et al (2003), entende-se por conhecimento a capacidade de recordar fatos específicos (dentro do sistema educacional do qual o indivíduo faz parte) ou a habilidade para aplicar fatos específicos para a resolução de problemas ou, ainda, emitir conceitos com a

compreensão adquirida sobre determinado assunto. Atitude: é, essencialmente, ter opiniões, sentimentos, predisposições e crenças, relativamente constantes, dirigidos a um objetivo, pessoa ou situação; relaciona-se ao domínio afetivo – dimensão emocional. Prática é definida como sendo a tomada de decisão para executar a ação; relaciona-se aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo – dimensão social.

Assim, o presente estudo permitirá reconhecer qual aspecto necessita uma maior atenção para o controle do câncer de mama, colaborando, também, para a construção de estratégias educativas e evidenciando as medidas a serem adotadas pelos enfermeiros na assistência às mulheres.

A aproximação com a temática se deu pela participação em grupo de pesquisa na área de saúde mamária e vivência com as mulheres acompanhadas na atenção básica, fato que despertou o seguinte questionamento: Qual o nível de conhecimento, atitude e prática de usuárias da Estratégia de Saúde da família acerca das medidas de controle para o câncer de mama?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar o conhecimento, atitude e prática das mulheres acerca de ações de controle para o câncer de mama.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as características sociodemográficas e clínicas das usuárias acompanhadas nas Unidades de Atenção Primária à Saúde.
- Associar as variáveis sócio-demográficas e clínicas com o conhecimento, atitude e prática das mulheres acompanhadas nas Unidades de Atenção Primária à Saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste estudo, optou-se por realizar uma revisão integrativa em busca de literatura pertinente para a temática em questão. Esse método tem como propósito reunir e sintetizar resultados de estudos anteriores, de maneira sistemática e ordenada, promovendo um profundo conhecimento sobre determinado assunto (ROMAN; FRIENDLANDER, 1998).

Para compor a revisão integrativa, buscou-se a temática acerca do conhecimento, atitude e prática sobre câncer de mama.

3.1 Revisão integrativa

A revisão integrativa possibilita a síntese do estado do conhecimento de uma particular área de estudo, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a produção de novos trabalhos científicos na área (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa torna-se uma ferramenta importante da Prática Baseada em Evidências (PBE), pois é conduzida pautada em questões de pesquisa construída de forma clara e guiada por métodos explícitos para identificar, analisar e sintetizar a literatura relevante (FERNANDES; GALVÃO, 2013).

Tendo como referenciais estudiosos do método, Mendes, Silveira e Galvão (2008) afirmam que é preciso percorrer seis etapas distintas para elaboração de uma revisão integrativa.

A primeira etapa consiste na identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para elaboração da revisão integrativa. Nessa etapa, o pesquisador escolhe um tema que lhe desperte o interesse, baseado na sua prática clínica. Essa etapa é norteadora para a condução da revisão e para isso o tema tem que ser definido de forma clara e específica, facilitando o desenrolar das demais etapas.

A segunda etapa é o estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura. Após a escolha do tema e a formulação do problema de pesquisa, se inicia a busca de artigos em bases de dados para identificar os estudos que serão incluídos na revisão. O processo de inclusão e exclusão de artigos deve ser feito de maneira criteriosa e transparente, pois pode comprometer a validade da revisão. Portanto, os critérios de inclusão e exclusão devem ser justificados e documentados.

A terceira etapa consiste na definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos. Nessa etapa, o revisor deve organizar e sintetizar as

informações extraídas dos artigos por meio de um instrumento, formando um banco de dados de fácil manejo e acesso. A síntese dos artigos deve abranger a amostra do estudo, os objetivos, a metodologia empregada, os resultados e as principais conclusões de cada estudo.

A quarta etapa consiste na avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa. Nessa fase, o revisor deve fazer análise críticas dos achados, buscando justificar os resultados encontrados nos diferentes artigos. Sendo importante avaliar adequabilidade da questão de pesquisa, dos sujeitos da amostra, da metodologia e dos resultados dos artigos, além de identificar a necessidade de pesquisas futuras sobre o tema.

A quinta etapa consiste na interpretação dos dados. Nessa etapa, o revisor discute os principais resultados obtidos, correlacionando com o conhecimento já existente sobre o tema na literatura.

A sexta etapa consiste na apresentação da revisão/síntese do conhecimento. Essa etapa consiste na síntese dos resultados evidenciados da análise dos artigos selecionados. Deve incluir informações suficientes, que permitam ao leitor avaliar a pertinência dos procedimentos/intervenções.

Os artigos serão avaliados quanto ao nível de evidência científica, sendo assim considerados: ensaios clínicos controlados randomizados ou metanálises (nível I), ensaios clínicos randomizados ou megatriais (nível II), estudo de coorte ou caso-controle (nível III), estudos descritivos, exploratórios, correlacionais, comparativos ou qualitativos (nível IV) e descrição de casos ou opinião de especialistas (nível V). (OXFORD, 2009)

3.2 Conhecimento, atitude e prática sobre câncer de mama

O câncer de mama ainda hoje apresenta um número crescente de casos incidentes e uma mortalidade elevada. Apesar de ser um tumor curável quando descoberto a tempo, vários fatores influenciam para que isso não aconteça, como as manifestações clínicas discretas no início da doença, inclusive a ausência de dor, a pouca valorização do autoexame e a mamografia de rotina, falta de acesso ou espera significativa nos serviços especializados e dificuldade de se implementar e realizar de forma efetiva programas para detecção precoce (DANTAS, 2013).

Dentro da linha de cuidado do câncer de mama, que tem como finalidade garantir à mulher um atendimento humanizado e integral objetivando promover a detecção precoce do câncer de mama, através do diagnóstico precoce e também a fim de proporcionar um tratamento

adequado, algumas diretrizes são recomendadas: ampliação do acesso à informação acerca da prevenção desse tipo de câncer, com ênfase no controle do peso, ingestão de álcool, amamentação e atividades físicas; orientação de profissionais da saúde e população sobre os riscos da reposição hormonal; fortalecimento de orientações acerca da detecção precoce para todas as mulheres, enfatizando os primeiros sinais e sintomas; realização de diagnóstico precoce de lesões sugestivas e encaminhamento prioritário para serviços especializados; organização de rastreamento de mulheres de 50 a 69 anos (BRASIL, 2013).

Em face desse contexto e por conta desta dissertação, houve a necessidade de buscar nas bases de dados de literatura científica pesquisas para responder a seguinte indagação: O que se tem produzido cientificamente acerca do conhecimento, atitude e prática sobre o câncer de mama?

O levantamento bibliográfico foi realizado no período de abril a maio de 2016 em quatro bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), CINAHL (*Cumulative Index to Nursing & Allied health Literature*), PUBMED (*Nacional Library of Medicine/ National Institutes of Health*) e Scopus.

Para a busca foram utilizados como descritores controlados “câncer de mama” e “conhecimentos, atitudes e prática em saúde”, constantes no Descritores em Ciências da Saúde (DECS) para as bases de dados em português e para as bases em língua inglesa foram utilizados os descritores “*breast cancer*” and “*health knowledge, attitudes, practice*”, constantes no *Medical Subject Headings* (MESH).

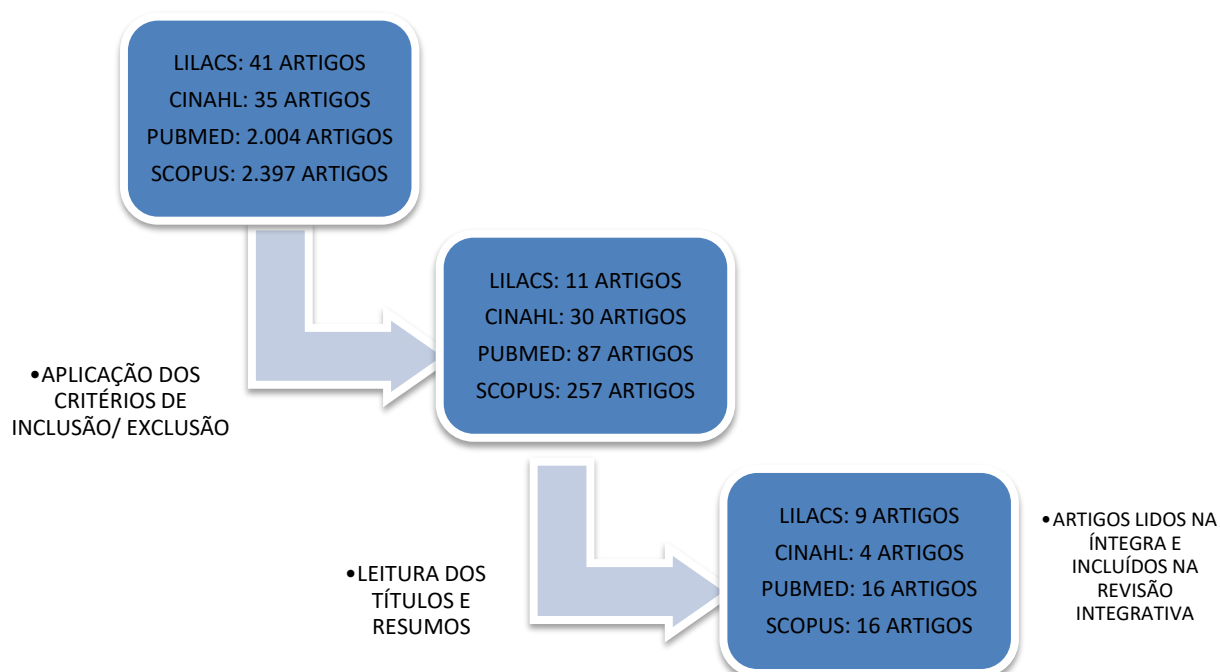
Como critérios de inclusão elegeram-se as publicações disponíveis eletronicamente nos idiomas inglês, português e espanhol, publicados no período de 2001 a 2015, artigos completos e que respondessem à pergunta norteadora. Em relação aos critérios de exclusão, foram eliminados os artigos de revisão (literatura, sistemática e integrativa) e editoriais.

Para a definição das informações extraídas das pesquisas selecionadas e incluídas nesta revisão integrativa, foi elaborado um instrumento pela própria autora, contendo: título do artigo, título do periódico, nome dos autores, ano de publicação, país em que foi desenvolvida a pesquisa, área de estudo que foi desenvolvida a pesquisa, tipo de estudo, nível de evidência, objetivo do estudo, população do estudo e síntese dos resultados. (APÊNDICE A)

A avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa ocorreu mediante leitura inicial de todos os títulos e posterior leitura do resumo ou *abstract*. Por fim, os estudos que atendessem à temática e aos critérios de inclusão/exclusão foram lidos na íntegra, conforme descrito na

Figura 1.

Figura 1 – Seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa.



Fonte: Elaborado pelos autores

A estratégia de análise e síntese do conhecimento das pesquisas selecionadas ocorreu por meio da caracterização inicial desses estudos, conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Síntese dos artigos incluídos na pesquisa. Fortaleza-Ce, 2016

Autor / País / Ano	Base de Dados / Periódico	Área do estudo	Tipo de estudo / Nível de evidência	Objetivo do estudo	Resultado
Early J <i>et al</i> / EUA / 2011	CINAHL / <i>Journal of American Colledge Health</i>	Medicina	Descritivo e Exploratório / IV	Conhecimento, atitude e prática acerca do AEM, ECM e mamografia de estudantes universitárias de diversos cursos.	AEM (conhecimento inadequado, atitude adequada e prática inadequada); ECM (conhecimento adequado, atitude adequada e prática inadequada); mamografia (conhecimento adequado, atitude adequada e prática inadequada).
Doshi D <i>et al</i> / Índia / 2012	CINAHL / <i>Indian Journal of Palliative Care</i>	Odontologia	Descritivo / IV	Conhecimento, atitude e prática acerca do AEM de estudantes universitárias do curso de Odontologia.	AEM (conhecimento inadequado, atitude adequada e prática inadequada)
Haji-Mahmoodi M <i>et al</i> / Irã / 2002	CINAHL / <i>The Breast Journal</i>	Medicina	Descritivo / IV	Conhecimento e atitude acerca do AEM de trabalhadores de saúde da área hospitalar.	AEM (conhecimento adequado, atitude adequada e prática inadequada)
Kara B e Acikel CH / Turquia /	CINAHL / <i>Journal of</i>	Medicina e Enfermagem	Descritivo e Comparativo / IV	Conhecimento e atitude acerca do AEM de	AEM (conhecimento adequado e atitude inadequada.

2008	<i>Clinical Nursing</i>			estudantes universitárias do curso de Enfermagem.	
Freitas CRP, Terra KL e Mercês NNA / Brasil / 2011	LILACS / Revista Gaúcha de Enfermagem	Enfermagem	Descritivo e exploratório / IV	Conhecimento acerca da prevenção do câncer de mama de estudantes universitárias dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia e Psicologia.	Enfermagem (conhecimento adequado); Fisioterapia (conhecimento adequado); Psicologia (conhecimento adequado).
Brito CM, Bezerra FM e Nery IS / Brasil / 2004	LILACS / Revista Brasileira de Enfermagem	Enfermagem	Qualitativo com técnica de grupo focal / IV	Conhecimento acerca do AEM de enfermeiras cursando especialização em Obstetrícia	AEM (conhecimento adequado e prática inadequada).
Santos GD e Chubaci RYS / Brasil / 2011	LILACS / Ciência & saúde Coletiva	Enfermagem	Descritivo e Exploratório / IV	Conhecimento acerca do câncer de mama e mamografia de idosas de um centro de convivência.	Câncer de mama (conhecimento adequado); mamografia (conhecimento inadequado).
Alves PC <i>et al</i> / Brasil / 2010	LILACS / Revista da Escola de Enfermagem da USP	Enfermagem	Descritivo e Exploratório / IV	Conhecimento acerca da mastectomia de mulheres no pré-operatória para mastectomia.	Mstectomia (conhecimento inadequado).
Gonçalves LLC	LILACS /	Enfermagem	Descritivo e	Conhecimento acerca da	Detecção precoce (conhecimento

<i>et al</i> / Brasil / 2009	Revista de Enfermagem da UERJ		Exploratório / IV	detecção precoce do câncer de mama de mulheres com câncer de mama em quimioterapia.	inadequado).
Ferreira ML e Oliveira C / Brasil / 2006	LILACS / Revista Brasileira de Cancerologia	Enfermagem	Quantitativo-qualitativo / IV	Prática acerca do AEM, ECM e mamografia de funcionárias de indústria têxtil.	AEM (prática adequada); ECM (prática adequada); mamografia (inadequada).
Marinho LAB <i>et al</i> / Brasil / 2007	LILACS / Revista de saúde Pública	Medicina	Descritivo e Observacional / IV	Conhecimento, atitude e prática acerca da mamografia de mulheres atendidas em Centros de Atenção Primária.	Mamografia (conhecimento inadequado, atitude adequada e prática inadequada).
Júnior RF <i>et al</i> / Brasil / 2006	LILACS / Revista da Associação Médica Brasileira	Medicina	Coorte / III	Conhecimento e prática acerca do AEM de mulheres atendidas em um ambulatório de Mastologia.	AEM (conhecimento adequado e prática inadequada).
Monteiro AP <i>et al</i> / Brasil / 2003	LILACS / Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	Enfermagem e Medicina	Prospectivo e Descritivo / IV	Conhecimento acerca do AEM de mulheres atendidas por demanda espontânea em um Centro de Atenção	AEM (conhecimento adequado e prática inadequada).

				Primária.	
Liu M <i>et al</i> / China / 2014	PubMed / <i>Asian Pacific Journal of Cancer Prevention</i>	Medicina	Descritivo e Correlacional / IV	Conhecimento e prática acerca do AEM de estudantes universitárias do curso de Medicina.	AEM (conhecimento inadequado e prática inadequada).
Doganer YC <i>et al</i> / Turquia / 2014	PubMed / <i>Asian Pacific Journal of Cancer Prevention</i>	Medicina	Descritivo / IV	Prática acerca do AEM de mulheres atendidas em um ambulatório de Mastologia.	AEM (prática adequada).
Pengpid S e Peltzer K / Multicêntrico / 2014	PubMed / <i>Asian Pacific Journal of Cancer Prevention</i>	Medicina	Megatrial / II	Conhecimento, atitude e prática acerca do AEM de estudantes universitárias de países de economia emergente.	AEM (conhecimento inadequado, atitude adequada e prática inadequada).
Frie KG <i>et al</i> / Índia / 2013	PubMed / <i>Asian Pacific Journal of Cancer Prevention</i>	Medicina	Ensaio Clínico Controlado Randomizado / II	Prática acerca do AEM e ECM das mulheres.	AEM (prática inadequada); ECM (prática adequada). Grupo intervenção e grupo controle.
Norlaili AA <i>et al</i> / Malásia / 2013	PubMed / <i>Asian Pacific Journal of Cancer</i>	Medicina	Megatrial / II	Conhecimento e prática acerca do AEM, ECM e mamografia de mulheres de	AEM (conhecimento adequado e prática inadequada); ECM (conhecimento adequado e prática inadequada);

	<i>Prevention</i>			distritos rurais da Malásia	mamografia (conhecimento adequado e prática inadequada).
Gucuk S e Uyeturk U / Turquia / 2013	PubMed / <i>Asian Pacific Journal of Cancer Prevention</i>	Medicina	Ensaio Clínico Controlado Randomizado / II	Conhecimento e prática acerca do AEM de mulheres atendidas em uma Clínica de prática da família.	AEM (conhecimento adequado e prática inadequada). Grupo intervenção e grupo controle.
Roque GB <i>et al</i> / EUA / 2014	PubMed / <i>Journal Cancer Education</i>	Medicina	Coorte randomizado / III	Conhecimento acerca do diagnóstico, tratamento, possíveis efeitos colaterais e toxicidade da quimioterapia e recomendações de acompanhamento de mulheres sobreviventes do câncer de mama.	Diagnóstico (conhecimento adequado); tratamento (conhecimento adequado); efeitos colaterais (conhecimento inadequado); recomendações (conhecimento inadequado).
Tan AS / EUA / 2014	PubMed / <i>Journal Cancer Education</i>	Medicina	Descritivo / IV	Conhecimento acerca das fontes de informações sobre o câncer de mama de mulheres com diagnóstico de câncer de mama.	Fontes de informações (conhecimento adequado).
Korfage IJ <i>et al</i> / EUA / 2013	PubMed / <i>Breast Cancer</i>	Medicina	Ensaio Clínico Controlado	Conhecimento e atitude acerca dos riscos e	Grupo controle (conhecimento adequado e atitude inadequada); grupo

	<i>Research</i>		randomizado / II	benefícios do tamoxifeno e raloxifeno de mulheres com risco elevado para câncer de mama.	intervenção (conhecimento adequado e atitude inadequada); grupo intervenção follow-up (conhecimento inadequado e atitude inadequada).
Al-Naggar RA e Bobryshev YV / Malásia / 2012	PubMed / <i>Asian Pacific Journal of Cancer Prevention</i>	Medicina	Descritivo / IV	Conhecimento, atitude e prática acerca da mamografia de mulheres.	Mamografia (conhecimento adequado, atitude adequada e prática inadequada).
Taşçı A e Usta YY / Turquia / 2010	PubMed / <i>Asian Pacific Journal of Cancer Prevention</i>	Medicina	Descritivo / IV	Conhecimento e prática acerca do AEM de enfermeiras e mulheres atendidas em um Centro de Saúde da Família.	Mulheres (conhecimento adequado e prática inadequada); enfermeiras (conhecimento adequado e prática adequada).
Rosmawati NHN / Malásia / 2010	PubMed / <i>Asian Pacific Journal of Cancer Prevention</i>	Medicina	Descritivo / IV	Conhecimento e prática acerca da mamografia de mulheres de um vilarejo da Malásia.	Mamografia (conhecimento inadequado e prática inadequada).
Roussi P <i>et al</i> / EUA / 2010	PubMed / <i>Psychological</i>	Psicologia e Medicina	Ensaio Clínico Controlado	Conhecimento acerca da hereditariedade do câncer de	Grupo controle (conhecimento antes inadequado e conhecimento depois

	<i>Health</i>		Randomizado / II	mama de mulheres com risco elevado para o câncer de mama.	inadequado); grupo intervenção (conhecimento antes inadequado e conhecimento depois adequado)
Loh SY <i>et al</i> / Malásia / 2009	PubMed / <i>Asian Pacific Journal of Cancer Prevention</i>	Medicina	Ensaio Clínico Controlado Randomizado / II	Conhecimento acerca do tumor mamário de mulheres com diagnóstico de câncer de mama.	Grupo intervenção (conhecimento antes inadequado, conhecimento após 4 semanas adequado e conhecimento após 8 semanas adequado); grupo controle (conhecimento antes inadequado, conhecimento após 4 semanas inadequado e conhecimento após 8 semanas inadequado).
Parsa P <i>et al</i> / Malásia / 2008	PubMed / <i>Asian Pacific Journal of Cancer Prevention</i>	Medicina	Descritivo / IV	Conhecimento e prática acerca do câncer de mama e métodos de detecção precoce de professoras do Ensino Secundário.	Câncer de mama (conhecimento inadequado e prática inadequada).
Yavari P e Pourhoseingholi MA / Irã / 2007	PubMed / <i>Asian Pacific Journal of Cancer Prevention</i>	Medicina	Caso-controle / III	Conhecimento e prática acerca do AEM de mulheres com diagnóstico de câncer de mama.	Grupo intervenção (conhecimento adequado e prática inadequada); grupo controle (conhecimento inadequado e prática inadequada).
Kadmon I <i>et al</i> /	SCOPUS /	Enfermagem	Descritivo e	Conhecimento, atitude e	Enfermeiras (conhecimento

Irã / 2014	<i>European Journal of Oncology Nursing</i>	e Medicina	Correlacional / IV	prática acerca do efeito da fertilização <i>in vitro</i> no desenvolvimento do câncer de mama de enfermeiras e médicos de uma clínica de fertilização.	inadequado, atitude adequada e prática inadequada); médicos (conhecimento inadequado, atitude adequada e prática inadequada).
Buranarungrote S <i>et al</i> / Tailândia / 2014	SCOPUS / <i>Collegian</i>	Enfermagem e Medicina	Descritivo / IV	Prática acerca do AEM, ECM e mamografia de mulheres com câncer de mama recém-diagnosticado.	AEM (prática adequada); ECM (prática inadequada); mamografia (inadequada).
Freund A <i>et al</i> / Israel / 2014	SCOPUS / <i>Journal Religion Health</i>	Assistência Social	Qualitativo com abordagem fenomenológica / IV	Atitude e prática acerca do AEM, ECM e mamografia de mulheres ultra-ortodoxas judéias.	AEM (atitude inadequada e prática inadequada); ECM (atitude inadequada e prática inadequada); mamografia (atitude inadequada e prática inadequada).
Petro-Nustas W <i>et al</i> / Coréia do Sul / 2012	SCOPUS / <i>Journal of transcultural nursing</i>	Enfermagem	Megatrial / II	Conhecimento, atitude e prática acerca do AEM de estudantes universitárias da cidade de Cipro.	AEM (conhecimento adequado, atitude adequada e prática inadequada).
Shin KR, Park HJ e Kim M /	SCOPUS / <i>Nursing and</i>	Enfermagem	Megatrial / II	Conhecimento, atitude e prática acerca do AEM de	AEM (conhecimento inadequado, atitude inadequada e prática

Coréia do Sul / 2012	<i>Health Sciences</i>			estudantes universitárias de diversos cursos.	inadequada).
Othman AK <i>et al</i> / Jordânia / 2012	SCOPUS / <i>Journal of Nursing Scholarship</i>	Enfermagem	Descritivo e Correlacional / IV	Conhecimento e prática acerca da mamografia de mulheres atendidas em um Centro de Saúde Primária.	Mamografia (conhecimento adequado e prática inadequada).
Burris L, Paisley J e Greenberg M / Austrália / 2012	SCOPUS / <i>Health Promotion Practice</i>	Nutrição	Descritivo / IV	Conhecimento acerca da ingestão de antioxidantes no combate ao câncer de mama de mulheres atendidas em Clínicas de Avaliação do Risco para Câncer de Mama.	Ingestão de antioxidantes (conhecimento adequado).
Jones SC <i>et al</i> / Austrália / 2011	SCOPUS / <i>Women's Health Issues</i>	Medicina	Descritivo e Correlacional / IV	Conhecimento acerca dos fatores de risco para o câncer de mama das mulheres.	Fatores de risco (conhecimento inadequado).
Truesdale-Kennedy M, Taggart L e McIlfatrick S / Reino Unido / 2011	SCOPUS / <i>Journal of Advanced Nursing</i>	Enfermagem	Qualitativo com técnica de grupo focal / IV	Conhecimento acerca do câncer de mama e mamografia de mulheres com deficiência intelectual.	Câncer de mama (conhecimento inadequado); mamografia (conhecimento inadequado).

Banning M / Reino Unido / 2011	SCOPUS / <i>European Journal of Oncology Nursing</i>	Enfermagem	Qualitativo e exploratório / IV	Conhecimento e prática acerca do câncer de mama e métodos de rastreio de mulheres britânicas negras que atuam na área da saúde e assistência social.	Câncer de mama (conhecimento inadequado); métodos de rastreio (conhecimento inadequado e prática inadequada).
Kirby S e Hegarty J / Irlanda / 2010	SCOPUS / <i>European Journal of Oncology Nursing</i>	Enfermagem	Descritivo / IV	Conhecimento e prática acerca do câncer de mama e AEM de enfermeiras que trabalham em um serviço de saúde para pessoas com deficiência intelectual.	Câncer de mama (conhecimento inadequado); AEM (conhecimento inadequado e prática inadequada).
Maree JE e Wright SCD / África do Sul / 2010	SCOPUS / <i>European Journal of Oncology Nursing</i>	Enfermagem	Descritivo e Exploratório / IV	Conhecimento acerca do câncer de mama de Mulheres da cidade de Ga-Rankuwa	Câncer de mama (conhecimento inadequado).
Eberth JM, Huber Jr JC e Rene A / EUA / 2010	SCOPUS / <i>Women's Health Issues</i>	Medicina	Descritivo e Comparativo / IV	Prática acerca dos métodos de rastreio para o câncer de mama de índias americanas e nativas do Alasca que	ECM (prática inadequada); mamografia (prática inadequada).

				residem na Califórnia.	
Wu T e Ronis D / EUA / 2009	SCOPUS / <i>Journal of advanced Nursing</i>	Enfermagem	Descritivo e Correlacional / IV	Prática acerca da mamografia de mulheres asiáticas-americanas do meio-oeste dos EUA.	Mamografia (prática inadequada)
Edwards QT <i>et al</i> / EUA / 2008	SCOPUS / <i>Journal of american Academy of Nurse Practitioners</i>	Enfermagem	Descritivo / IV	Conhecimento acerca da avaliação de risco para o câncer de mama de Enfermeiras do programa “ <i>nurse practitioners</i> ”	Risco para câncer de mama (conhecimento inadequado).
Alkhasawneh IM / Jordânia / 2007	SCOPUS / <i>Oncology Nursing Forum</i>	Enfermagem	Descritivo / IV	Conhecimento e prática acerca do câncer de mama e AEM de enfermeiras de hospitais privados e governamentais.	Câncer de mama (conhecimento inadequado); AEM (conhecimento inadequado e prática inadequada).

Fonte: Dados da pesquisa

LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde; CINAHL: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*; PubMed:

Nacional Library of Medicine/ National Institutes of Health; AEM: Autoexame das mamas; ECM: Exame Clínico das Mamas. USP: Universidade de São Paulo; UERJ:

Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Dos 45 artigos selecionados, predominaram estudos desenvolvidos por profissionais da área médica 21 (46,7%), seguido por 16 (35,5%) estudos desenvolvidos por enfermeiros. Também foram publicados artigos na área de Nutrição 1 (2,2%), Odontologia 1 (2,2%) e Assistência Social 1 (2,2%), além de estudos multidisciplinares: Enfermagem e Medicina 4 (8,9%) e Psicologia e Medicina 1 (2,2%).

Os estudos foram desenvolvidos em 15 diferentes países: Jordânia, Estados Unidos da América, África do Sul, Irlanda, Reino Unido, Austrália, Coreia do Sul, Israel, Tailândia, Irã, Malásia, Turquia, Índia, China e Brasil, além de 1 estudo multicêntrico. Porém, o tema abordado foi mais estudado no Brasil (17,7%) e Estados Unidos da América (17,7%). Os dados nos mostram uma preocupação mundial em se estudar o câncer de mama, tal fato deve estar associado à elevada incidência e mortalidade dessa patologia. São aproximadamente 1,4 milhões de casos novos e 458 mil mortes no mundo, anualmente, apresentando seu quadro agravado pelo diagnóstico tardio (BRASIL, 2016).

Nota-se que, nos últimos 10 anos (2006-2015), houve uma maior preocupação em estudar o conhecimento, atitude e prática sobre câncer de mama 42 (93%), com predomínio de estudos em 2014 (8 ou 17,7%). Tal fato pode estar relacionado com a mudança de paradigma, onde a promoção da saúde se tornou objetivo de políticas públicas. E nesse contexto, o inquérito CAP nos permite traçar o diagnóstico da população e auxilia no planejamento e desenvolvimento de intervenções para a promoção da saúde.

Quanto ao nível de evidência, a maioria 33 (73,3%) dos estudos apresentavam nível de evidência IV (estudos descritivos, exploratório, correlacional, comparativo e qualitativo, seguido por 9 (20%) artigos com nível de evidência II (ensaios clínicos randomizados e megatrial) e 3 (6,6%) estudos com nível de evidência III (coorte e caso-controle).

Quanto ao objetivo dos estudos, a maioria 16 (35,5%) avaliou o conhecimento, em seguida conhecimento e prática 11 (24,4%), conhecimento, atitude e prática 9 (20%), prática 5 (11,1%), conhecimento e atitude 3 (6,7%) e atitude e prática 1 (2,2%).

Em relação aos temas abordados nos estudos, houve predomínio do Autoexame das Mamas 15 (33,3%), seguido pelos métodos de rastreios (AEM, ECM e mamografia) com 6 (13,3%) e mamografia 5 (11,1%). Do total de estudos, 2 (4,4%) avaliaram câncer de mama e mamografia e outros 2 (4,4%) abordaram câncer de mama e AEM. Os demais temas foram abordados por 1 artigo (2,22%), foram eles: câncer de mama, prevenção do câncer de mama, mastectomia, detecção precoce, AEM e ECM, câncer de mama e métodos de rastreio, ingestão

de antioxidante como proteção para o câncer de mama, detecção precoce e câncer de mama, estadiamento dos tumores mamários, hereditariedade, fontes de informações sobre câncer de mama, risco para câncer de mama, tratamento e diagnóstico, fatores de risco e risco da fertilização *in vitro* para o câncer de mama.

Essa maior preocupação em se estudar o Autoexame das Mamas pode estar relacionada ao fato de que até 2015, o Autoexame das Mamas era considerado método de rastreamento, é um exame prático, sem custos e que possibilita a participação da mulher no controle da sua saúde. Porém, nos países desenvolvidos essa prática não é considerada estratégia para detecção precoce, pois não causa impacto sobre a mortalidade. (FRANÇA et al, 2012).

Os métodos de rastreamento para o câncer de mama são assuntos comumente abordados em estudos, pois como não se faz a prevenção primária do câncer de mama devido aos diversos fatores de risco e suas características genéticas, o foco das ações é direcionado para a prevenção secundária com enfoque nos métodos de rastreamento (ECM e mamografia), pois a detecção precoce favorece um bom prognóstico e eleva o percentual de cura. (INCA, 2014).

Portanto, a maioria dos estudos sobre câncer de mama avaliaram o AEM (33,3%), foram desenvolvidos por profissionais da área médica (35,5%), publicados em 2014 (17,7%), desenvolvidos no Brasil (17,7%) e EUA (17,7%) e com nível de evidência IV (73,3%). E quanto ao objetivo, a maioria dos estudos 16 (35,5%) avaliou o conhecimento.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Tratar-se de um estudo descritivo, de corte transversal, com a utilização do Inquérito Conhecimento, Atitude e Prática (CAP). Os delineamentos transversais descrevem uma situação, um fenômeno ou a relação entre os fenômenos em um ponto fixo no tempo (POLIT; BECK, 2011).

Considera-se estudo descritivo aquele em que os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados sem contar com a interferência do pesquisador, além de apresentar em seu desenvolvimento técnicas padronizadas, como o uso de questionários (RODRIGUES, 2007).

A metodologia CAP permite diagnosticar uma população a partir do seu conhecimento, da sua atitude e da sua prática. Mostrando-nos o que as pessoas sabem, sentem e como se comportam a respeito de um determinado tema (KALIYAPERUMAL, 2014)

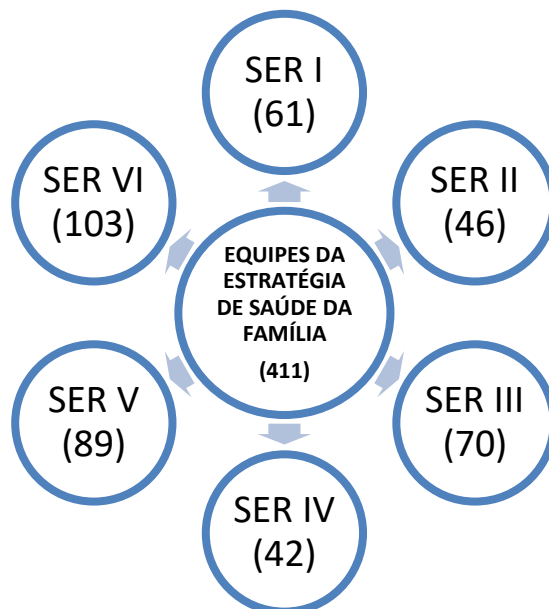
Além disso, o inquérito CAP possibilita encontrar informações de uma população específica possibilitando alternativas para a busca de estratégias e intervenções mais eficazes, podendo ser adaptados a diferentes contextos com a finalidade de um melhor planejamento nas ações de promoção da saúde (NICOLAU; PINHEIRO, 2012).

4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Fortaleza-CE que se encontra dividido politicamente em seis Secretarias Executivas Regionais (SER), estes territórios estão divididos administrativamente visando melhorar a gestão municipal e as condições de assistência à população. Nos últimos anos, houve expansão e reorganização da atenção primária e das unidades de saúde. No período do estudo, o município possuía 93 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), todas com equipes de saúde da família atuantes.

O diagrama a seguir demonstra o número de equipes da Estratégia de Saúde da Família funcionando por Regional:

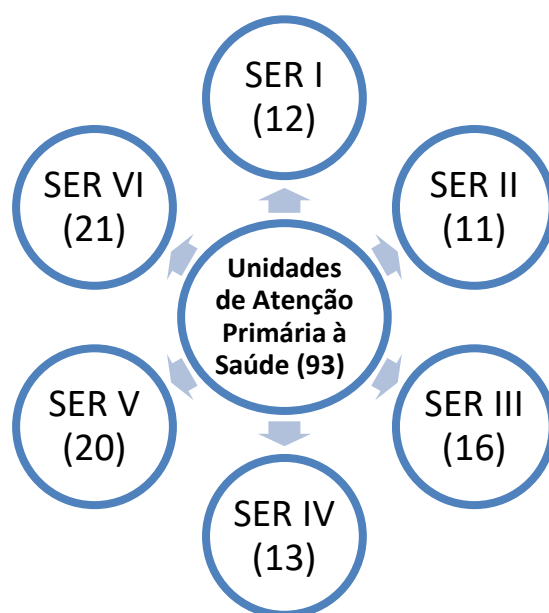
Figura 2 – Distribuição do número de equipes da Estratégia de Saúde da Família segundo a Secretaria Executiva Regional pertencente.



Fonte: Elaborado pelos autores

A seleção das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) foi realizada com base nas unidades de referência de cada SER, sendo assim consideradas por terem maior abrangência populacional e ofertarem maior número de serviços. Por serem de referência, essas unidades atendem a população de toda a regional. Cada SER apresenta uma média de 3 unidades de referência. Quanto ao quantitativo de Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), temos:

Figura 3 - Distribuição do número de Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo a Secretaria Executiva Regional (SER) pertencente.



Fonte: Elaborado pelos autores

4.3 População e Amostra

A população é composta por mulheres que frequentam o sistema de atenção primária do município e que são cadastradas na Estratégia de Saúde da Família do município de Fortaleza.

As usuárias que são acompanhadas pela ESF e que estão na faixa etária de maior risco para incidência do câncer de mama (≥ 20 anos), segundo o Ministério da Saúde, corresponde à amostra selecionada. Dentre elas encontram-se mulheres que constituem a população-alvo para o rastreamento do câncer de mama: aquelas de 40 a 69 anos e também as que possuem de 35 a 39 anos com risco elevado para essa neoplasia (BRASIL, 2013).

Considera-se risco elevado para câncer de mama mulheres que apresentam história familiar dessa neoplasia em pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) abaixo de 50 anos de idade; aquelas que apresentam história familiar (também em mãe, irmã ou filha) de câncer mamário bilateral ou câncer de ovário, independente de faixa etária; história familiar de câncer de mama masculino; mulheres que apresentaram diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ (BRASIL, 2013).

O município de Fortaleza possuía, em 2014, uma população de 1.520.948 pessoas cadastradas na ESF, sendo 813.555 do sexo feminino. Destas, 604.500 mulheres estão na faixa etária ≥ 20 anos. (FORTALEZA, 2014)

A amostra foi determinada com base na fórmula para cálculo de populações finitas,

adotando-se o coeficiente de confiança de 95%, prevalência de 50% e erro amostral máximo permitido de 5% e considerando a população de 604.500 mulheres. Sendo encontrada uma amostra de 384 mulheres.

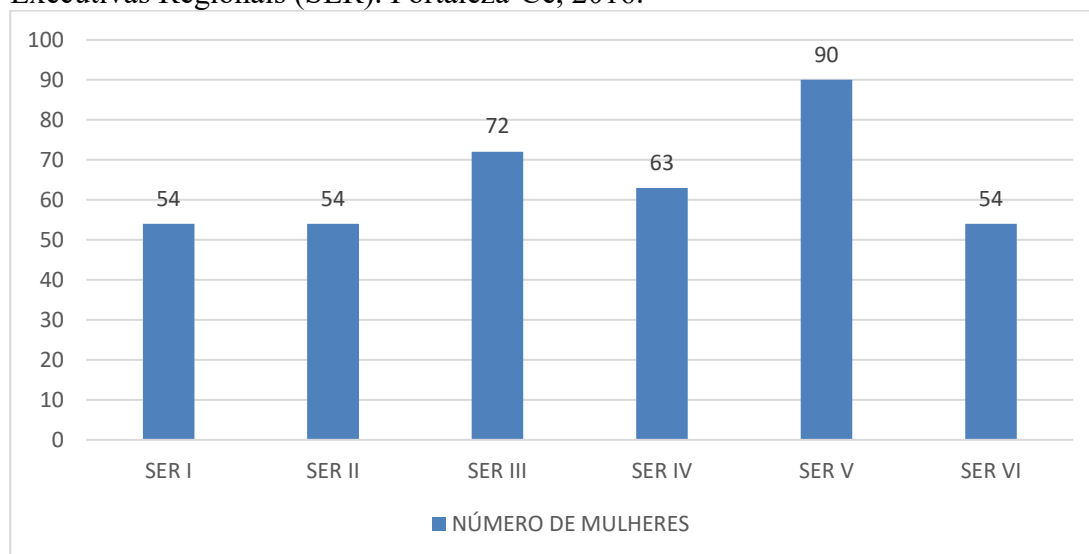
$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{Z^2 \cdot p \cdot q + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Onde: n = tamanho da amostra; Z^2 = Coeficiente de confiança; p = percentual com o qual o fenômeno se verifica; q = percentual complementar; N = tamanho da população; e^2 = erro amostral máximo permitido.

Para inclusão foram consideradas as mulheres que utilizam o sistema local de saúde do município, com idade igual ou maior que 20 anos, que estiverem presentes para atendimento nos dias selecionados para a pesquisa.

Foram elencadas 43 Unidades de Atenção Primária à Saúde, distribuídas da seguinte forma: 06 unidades na SER I, 06 unidades na SER II, 08 unidades na SER III, 07 unidades na SER IV, 10 unidades na SER V e 06 unidades na Ser VI. O valor amostral foi dividido igualmente entre todas as unidades, sendo entrevistadas nove mulheres em cada unidade, totalizando 387 mulheres entrevistadas em todo o município. (Figura 4)

Figura 4 - Distribuição do número de mulheres entrevistadas em relação às Secretarias Executivas Regionais (SER). Fortaleza-Ce, 2016.



Fonte: Dados da pesquisa

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2015 à março de 2016, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

As entrevistas foram realizadas nas UAPS de referência de cada Regional através da aplicação de dois instrumentos.

O primeiro é o questionário de Oliveira (2014) (Anexo C) que permite um levantamento de variáveis sócio-demográficas (idade, tipo de união, número de filhos), variáveis clínicas/ginecológicas (menarca, amamentação) e variáveis referentes ao conhecimento, atitude e prática quanto ao câncer de mama. Este questionário contém 25 questões (objetivas e subjetivas), sendo 10 questões relacionadas a dados sóciodemográficos e antecedentes pessoais, 7 questões que abordam o conhecimento das mulheres entrevistadas acerca do tema câncer de mama, 4 questões que avaliam a atitude das mulheres quanto à atitude relacionada a detecção precoce do câncer de mama e 4 questões relacionadas à prática das mulheres acerca a detecção precoce do câncer de mama.

Para aplicação, foi feita uma adequação nos questionários elaborados por Oliveira (2014) em relação à identificação da Unidade de Atenção Primária à Saúde a qual a entrevistada é cadastrada (item 1), (Anexo C).

O segundo instrumento é o questionário (Anexo B), que corresponde ao Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresa de Pesquisa (ABEP, 2014). Este instrumento tem como objetivo estimar de forma padronizada o nível econômico da população com base na capacidade de consumo, no acesso a serviços públicos e nas condições de moradia, permitindo, assim, a identificação de grandes grupos econômicos (A, B1, B2, C1, C2 e D-E). Ele é composto por 12 questões referentes a itens de conforto (automóveis, empregados mensalistas, banheiros e bens de consumo duráveis), uma questão referente a serviços públicos (abastecimento de água), outra questão referente às condições de moradia (pavimentação da rua) e uma questão referente ao nível de instrução do chefe de família.

4.5 Análise dos dados

No presente estudo, o Conhecimento, Atitude e Prática foram valorados com base nas recomendações do Ministério da Saúde (2010) para o rastreamento do câncer de mama.

O primeiro questionário direcionado às mulheres atendidas pela ESF do município de

Fortaleza conta com 25 questões, dentre objetivas e subjetivas.

A 1ª a 10ª questão está relacionada a dados sócio-demográficos e antecedentes pessoais. Da 11ª até a 17ª estão questões que abordam o conhecimento das mulheres entrevistadas acerca do tema câncer de mama. A questão de número 11 é objetiva e considera resposta adequada, obtendo um ponto, quem a marcou de forma afirmativa. Caso contrário terá resposta inadequada e não conseguirá nenhum ponto. A número 12 é uma complementação da anterior, não sendo classificada como adequada ou inadequada e sim sendo utilizada para acréscimo de informações.

A questão de número 13 como aborda duas indagações foi considerada adequada quem acertou os dois, pontuando dois pontos, regular quem respondeu corretamente somente um deles e inadequada quem marcou resposta negativa ou não soube confirmar de maneira correta as perguntas indagadas, não obtendo ponto.

As questões 14 e 17 foram consideradas adequadas quem marcou sim e soube responder a diferença entre AEM e ECM, no caso da primeira, pontuando um ponto e de forma inadequada quem marcou a resposta negativa ou não souber dizer a diferença entre os exames, não pontuando.

As questões 15 e 16 são divididas em duas partes: uma objetiva e outra subjetiva. Foi considerado resposta adequada, obtendo dois pontos, quem respondeu sim e soube relatar pelo menos dois fatores de risco para o câncer de mama, na primeira questão e pelo menos duas manifestações desse tipo de câncer, na segunda questão, avaliadas de forma separadas. Quem só conseguiu apresentar um risco ou manifestação será considerada resposta regular, marcando um ponto e quem respondeu que não tem conhecimento ou na parte subjetiva não soube responder ou respondeu de forma incorreta, teve resposta inadequada e não pontuou na questão.

As questões 18 a 21 avaliam a atitude das mulheres quanto à atitude relacionada a detecção precoce do câncer de mama.

Na questão de número 18 são apresentados seis itens. Quanto a participação de palestras sobre o tema, quem selecionou o item “sim, sempre que tiver eu irei” obteve resposta adequada e marcou dois pontos, quem marcou “sim, quando tiver tempo eu vou” ou “às vezes tenho vontade” foi considerada resposta regular pontuando um ponto. Quem marcou “não, já sei o que é necessário”, “não, acho perde de tempo” e “nunca fui informada que teria” obteve resposta inadequada e não ganhou ponto. Foi considerada resposta adequada na questão 19 e 20 quem respondeu de maneira afirmativa marcando um ponto.

A questão 21 foi uma complementação da anterior e quem optou pelo item “nunca precisou, pois eles solicitaram na hora certa” também foi considerado como resposta adequada também marcando um ponto, já que não poderia atribuir a falta de atitude em uma situação em que não houve necessidade, já que a mamografia foi solicitada pelo profissional. Os demais itens foram considerados resposta inadequada, não pontuação.

As questões 22 a 25 estão relacionadas à prática das mulheres acerca a detecção precoce do câncer de mama. A 22 e 25 serão consideradas respostas adequadas, marcando um ponto, quem respondeu de forma afirmativa. Já as questões 23 e 24 serão adequadas, também marcando um ponto, quem respondeu de forma negativa, já que se trata de fatores de risco. Respostas contrárias foram consideradas inadequadas, não apresentando pontuação.

Para classificação das respostas de conhecimento, atitude e prática, foi utilizada a classificação apresentada nas tabelas 1, apresentada abaixo.

Tabela 1 - Distribuição da pontuação de respostas das mulheres acompanhadas pela ESF de Fortaleza, relacionado ao questionário correspondente ao ANEXO C.

	Adequado	Regular	Inadequado
Conhecimento	7-9 pontos	4-6 pontos	0-3 pontos
Atitude	3-4 pontos	2 pontos	0-1 ponto
Prática	4 pontos	3 pontos	0-2 pontos

Fonte: Oliveira (2014)

O segundo instrumento é o Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresa de Pesquisa (ABEP, 2014). Da 1ª a 12ª questão há uma mensuração da quantidade de itens de conforto, baseado nos bens de consumo. Foi atribuída uma pontuação conforme a Tabela 3.

Tabela 2 – Distribuição da pontuação de respostas das mulheres acompanhadas pela ESF de Fortaleza, relacionado à quantidade de itens de conforto do Critério Brasil (2014) (ANEXO B).

	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louca	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2

Fonte: ABEP (2014)

Os dois itens do Critério de Classificação Econômica Brasil (2014) referentes ao acesso a serviços públicos (água encanada e pavimentação das ruas) foram avaliados de acordo com a Tabela 4.

Tabela 3 - Distribuição da pontuação de respostas das mulheres acompanhadas pela ESF de Fortaleza, relacionado ao acesso a serviços públicos do Critério Brasil (2014) (ANEXO B).

	Serviços públicos	
	Não	Sim
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

Fonte: ABEP (2014)

O item do Critério de Classificação Econômica Brasil (2014) que estabelece o grau de instrução do chefe da família foi pontuado conforme a Tabela 5.

Tabela 4 - Distribuição da pontuação de respostas das mulheres acompanhadas pela ESF de Fortaleza, relacionado ao grau de instrução do chefe da família do Critério Brasil (2014) (ANEXO B).

Escolaridade da pessoa de referência	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1
Fundamental II completo / Médio incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	7

Fonte: ABEP (2014)

A classificação final do nível econômico segundo as grandes classes do Critério de Classificação Econômica Brasil (2014) foi calculada conforme o sistema de pontos da Tabela 5 e 6.

Tabela 5 – Distribuição da pontuação segundo as grandes classes do Critério Brasil (2014).

Classe	Pontos
A	45 - 100
B1	38 - 44
B2	29 - 37
C1	23 - 28
C2	17 - 22
D-E	0 - 16

Fonte: ABEP (2014)

Tabela 6 - Estimativa para a Renda Familiar segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresa de Pesquisa (2014).

Estrato Sócio Econômico	Renda média Domiciliar
A	R\$ 20.272,56
B1	R\$ 8.695,88
B2	R\$ 4.427,36
C1	R\$ 2.409,01
C2	R\$ 1.446,24
D-E	R\$ 639,78

Fonte: ABEP (2014)

Os dados encontrados foram organizados e analisados por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 18.0 e apresentados através de tabelas com frequências absolutas e relativas.

A análise dos dados foi realizada com base na estatística analítica. A distribuição de frequências será expressa por percentagem para as variáveis categóricas. As frequências dos dados (variáveis) categóricos foram testadas pelo teste Qui-Quadrado (X^2). As variáveis contínuas o teste de Smirnov. Foi considerado o $p < 0,05$ como corte para significância estatística.

4.6 Aspectos éticos

Atendendo à Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, o indivíduo foi esclarecido privativamente quanto ao objetivo do estudo, forma de realização, riscos da pesquisa, ausência de ônus e ausência de pagamento pela participação na pesquisa, divulgação dos resultados unicamente para fins de pesquisa, garantindo-se o anonimato do mesmo, mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Também foi orientado que sua participação é voluntária, bem como a liberdade de desistir a qualquer momento, sem qualquer ônus.

A pesquisadora compromete-se que os resultados da pesquisa serão utilizados unicamente para fins científicos, podendo ser apresentado em congressos, cursos, e periódicos científicos, mantendo-se o anonimato do participante. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal do Ceará aprovado sob parecer nº 1.219.832. (ANEXO D)

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Características sócio-demográfica e antecedentes pessoais das mulheres entrevistadas.

Com relação à idade, foram entrevistadas as mulheres que estão na faixa etária de maior risco para incidência do câncer de mama (≥ 20 anos), segundo o Ministério da Saúde. Dentre elas encontram-se mulheres que constituem a população-alvo para o rastreamento do câncer de mama: aquelas de 40 a 69 anos e também as que possuem de 35 a 39 anos com risco elevado para essa neoplasia. (BRASIL, 2013). Para discussão dos resultados, as mulheres foram divididas em faixas etárias conforme as recomendações do Ministério da Saúde para rastreamento do câncer de mama.

Tabela 7 – Distribuição das mulheres de acordo com sua faixa etária. Fortaleza-Ce, 2016.

IDADE	SER I	SER II	SER III	SER IV	SER V	SER VI	TOTAL N (%)
< 35 ANOS	22	19	21	20	33	12	127 (32,7%)
35-39 ANOS	6	5	10	7	14	6	48 (12,4%)
40-49 ANOS	11	15	18	12	20	14	90 (23,2%)
50-69 ANOS	12	15	21	24	22	19	113 (29,1%)
≥ 70 ANOS	3	0	2	1	1	3	10 (2,3%)

Fonte: Dados da pesquisa

A maioria 127 (32,7%) das mulheres entrevistadas encontram-se na faixa etária < 35 anos, porém por não haver evidências científicas sobre os riscos/benefícios dos métodos de rastreio na detecção precoce do câncer de mama nessa faixa etária, não há um programa de rastreio estabelecido para essas mulheres. Sendo orientado a realização da ultrassonografia mamária, caso apresentem alguma lesão palpável (BRASIL, 2013).

Seguindo para o segundo grupo, aquelas mulheres de 35 a 39 anos, a amostra contou com a participação de 48(12,4%) entrevistadas. Para essa faixa etária recomenda-se a realização do exame clínico das mamas (ECM) e mamografia anual, caso apresentem risco elevado para câncer de mama. Já o terceiro grupo (40-49 anos), que exige o ECM anual e, se alterado, a mamografia foi composto por 90 mulheres (23,2%). O quarto grupo (50-69 anos) foi representado por 113 mulheres (29,1%), sendo recomendado o ECM anual e mamografia

bianual, além de constituir a população alvo para o rastreio do câncer de mama (BRASIL, 2013). O quinto grupo (≥ 70 anos) foi o menos expressivo com 10 (2,3%) mulheres entrevistadas. (Tabela 7)

Tabela 8 - Distribuição das mulheres entrevistadas segundo o grau de instrução. Fortaleza-Ce, 2016.

ESCOLARIDADE	SER I	SER II	SER III	SER IV	SER V	SER VI	TOTAL N (%)
ANALFABETO/ FUNDAMENTAL 1 INCOMPLETO	2	14	5	2	26	10	59 (15,2%)
FUNDAMENTAL 1 COMPLETO/ FUNDAMENTAL 2 INCOMPLETO	17	9	15	17	24	11	93 (24%)
FUNDAMENTAL 2 COMPLETO /MÉDIO INCOMPLETO	10	7	17	11	12	14	71 (18,3%)
MÉDIO COMPLETO/ SUPERIOR INCOMPLETO	20	22	31	29	26	15	143 (36,9%)
SUPERIOR COMPLETO	5	2	4	5	2	4	22 (5,7%)

Fonte: Dados da pesquisa

No que se refere ao grau de instrução, é significativo o número de mulheres com Ensino Médio Completo/ Superior incompleto 143 (36,9%) e com o Ensino Fundamental 1 completo/ Fundamental 2 incompleto 93 (24%). Esses dois grupos representam mais da metade das entrevistadas. Corroborando com um estudo realizado com mulheres australianas, onde a maioria (44,5%) relataram a conclusão do Ensino Médio como seu mais alto nível de escolaridade. (JONES et al, 2011)

Em seguida, aparecem aquelas com Ensino Fundamental 2 completo/Médio Incompleto 71 (18,3%), Analfabeto/Fundamental 1 incompleto 39 (15,2%) e por fim, Ensino Superior 22 (5,7%) (Tabela 8).

Esses dados divergiram de um estudo de base populacional realizado em Florianópolis (SC) que avaliava a realização da mamografia, onde 35,8% das entrevistadas apresentavam Superior completo, 29,79 % Ensino Médio completo e 17 % eram analfabetas ou apresentavam Fundamental 1 completo (SCHNEIDER et al, 2014).

Estudos mostram que um maior nível de escolaridade influencia na correta realização do AEM. No que se refere ao ECM, os anos de estudos também estão relacionados, ou seja, quanto mais tempo na escola, maior é a realização do exame clínico das mamas (ARAÚJO DA SILVA; RIUL, 2011). Diante disso, se destaca a importância do desenvolvimento de

intervenções com uma abordagem direcionada para as peculiaridades da população para que possam ser eficazes e promovam verdadeiras mudanças no conhecimento e prática de autocuidado das mulheres.

Tabela 9 - Distribuição das entrevistadas segundo o Critério de Classificação Econômica do Brasil. Fortaleza-Ce, 2016.

CCEB	SER I	SER II	SER III	SER IV	SER V	SER VI	TOTAL N (%)
A	0	1	1	4	1	0	7 (1,8%)
B1	1	3	3	1	1	0	9 (2,35)
B2	7	4	7	11	6	4	39 (10,1%)
C1	12	8	16	15	21	10	52 (21,1%)
C2	19	17	29	26	31	19	141 (36,3%)
D-E	15	21	16	7	30	21	110 (28,4%)

Fonte: Dados da pesquisa

Com relação ao Critério de classificação econômica do Brasil, alguns métodos de detecção precoce para o câncer de mama estão diretamente relacionados à classe econômica. Alguns estudos mostram que mulheres de classe econômica mais baixa, são as que realizam menos o ECM, AEM e a mamografia, interferindo nas condutas preventivas. (ROSMAWATI, 2010; FRIE et al, 2013). Portanto, quanto maior a renda, maior o acesso a informações, a aquisição de planos de saúde e o acesso aos métodos de rastreamento, resultando em um diagnóstico precoce e melhor prognóstico. As classes sociais mais baixas têm menor oferta de mamografia e realizam menos exames clínicos e autoexame das mamas (MATOS; PELLOSO; CARVALHO, 2011).

Em Fortaleza, a maioria das mulheres entrevistadas pertencem à classe C2, representada por 141 (36,3%) mulheres, seguidas da classe D-E com 110 (28,4%) e C1 52 (21,1%). Como se percebe, a classe econômica varia em cada SER, tal fato está relacionado com as desigualdades sociais encontradas entre os bairros da cidade. (Tabela 9).

Tabela 10 - Distribuição das mulheres entrevistadas segundo o início da menarca. Fortaleza-Ce, 2016.

MENARCA	SER I	SER II	SER III	SER IV	SER V	SER VI	TOTAL N (%)
< 12 anos	8	13	6	12	14	14	68 (17,5%)
≥ 12 anos	46	41	66	52	76	40	320 (82,5%)

Fonte: Dados da pesquisa

No que se refere à presença dos fatores de risco para o câncer de mama, a maior parte das entrevistadas tiveram sua menarca após ou igual os 12 anos de idade 320 (82,5%). Apenas 68 (17,5%) apresentaram menarca com 11 anos ou menos. (Tabela 10)

Segundo o Ministério da Saúde (2013), a menarca precoce é um dos fatores de risco para o câncer de mama, já que o seu atraso reduz em torno de 15% ao ano esse risco. No estudo, a evidência desse fator não esteve presente em grande parte das entrevistadas. (Tabela 10)

Tabela 11 - Distribuição das mulheres entrevistadas de acordo com a idade de aparecimento da menopausa. Fortaleza-Ce, 2016.

MENOPAUSA	SER I	SER II	SER III	SER IV	SER V	SER VI	TOTAL N (%)
SIM	17	19	25	22	27	27	137 (35,5%)
NÃO	37	35	47	42	63	27	251 (64,7%)

Fonte: Dados da pesquisa

Com relação à menopausa, essa também está relacionada ao câncer de mama, quando se apresenta tardiamente, elevando o risco dessa neoplasia em torno de 3% ao ano (INCA, 2011). Considera-se menopausa tardia quando essa acontece após 55 anos. De idade. (BRASIL, 2013)

Conforme a Tabela 11, a maioria das mulheres entrevistadas não se encontram na menopausa 251 (64,7%), seguida de 137 (35,5%) que já estão na menopausa.

Tabela 12 - Distribuição das mulheres entrevistadas de acordo com a idade de aparecimento da menopausa. Fortaleza-Ce, 2016.

IDADE DA MENOPAUSA	SER I	SER II	SER III	SER IV	SER V	SER VI	TOTAL
-------------------------------	--------------	---------------	----------------	---------------	--------------	---------------	--------------

< 50 anos	12	11	15	13	18	17	86 (62,6%)
50-55 anos	5	6	9	9	8	8	45 (32,5%)
>55 anos	0	1	1	2	1	2	7 (4,9%)

Fonte: Dados da pesquisa

Já em relação à menopausa tardia, essa também não foi evidenciada na maioria das entrevistadas. Das 137 (35,5%) mulheres já em menopausa, apenas 7 (4,9%) apresentou na idade após os 55 anos. A grande maioria 86 (62,6%) teve menopausa precoce, porém 35 associadas à histerectomia e 45 (32,5%) apresentaram menopausa na faixa etária adequada (50-55 anos). (Tabela 12)

Tabela 13 - Distribuição das mulheres entrevistadas da ESF segundo a presença de gravidez anterior. Fortaleza-Ce, 2016.

GRAVIDEZ	SER I	SER II	SER III	SER IV	SER V	SER VI	TOTAL N (%)
SIM	44	46	62	50	78	48	328 (84,5%)
NÃO	10	8	10	14	12	6	60 (15,5%)

Fonte: Dados da pesquisa

Outros fatores endócrinos estão relacionados com o aumento do risco para câncer de mama principalmente ao estímulo estrogênico, seja endógeno ou exógeno, com aumento do risco quanto maior for o tempo de exposição. Possuem risco aumentado as mulheres com história de menarca precoce, menopausa tardia, primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade e não amamentação. (BRASIL, 2013)

Como apresentado, a maioria das mulheres entrevistadas já tiveram filhos 328 (84,5%). Somente 60 (15,5%) das participantes nunca tiveram filhos, que reflete que o fator nuliparidade também não está presente na grande maioria (Tabela 13).

Tabela 14 - Distribuição das mulheres entrevistadas da ESF segundo a idade da primeira gestação. Fortaleza-Ce, 2016.

IDADE DA GESTAÇÃO	SER I	SER II	SER III	SER IV	SER V	SER VI	TOTAL N (%)
< 30 anos	40	43	56	46	76	43	304 (92,7%)
>30 anos	4	3	6	4	2	5	24 (7,3%)

Fonte: Dados da pesquisa

Dentre as que já tiveram filhos, significante foram aquelas que apresentaram em sua primeira gestação idade inferior a 30 anos 304 (92,7%), o que reflete que poucas foram as que apresentaram o fator de risco primeira gravidez após 30 anos 24 (7,3%). (Tabela 14)

Tabela 15 - Distribuição das mulheres da ESF segundo a realização da amamentação. Fortaleza-Ce, 2016.

AMAMENTAÇÃO	SER I	SER II	SER III	SER IV	SER V	SER VI	TOTAL N (%)
SIM	38	43	57	46	74	44	302 (77,8%)
NAO	16	11	15	18	16	10	86 (22,2%)

Fonte: Dados da pesquisa

Com relação à prática da amamentação, a maioria das mulheres já amamentaram seus filhos 302 (77,8%). Somente 86 (22,2%) das entrevistadas que já tiveram filhos nunca realizaram a prática de amamentação (Tabela 15).

A amamentação é um fator de proteção significativo para o câncer de mama, independentemente do tempo em que é realizada, antes ou depois do aparecimento da menopausa (INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011).

Tabela 16 - Distribuição das mulheres entrevistadas segundo presença de história familiar de câncer de mama. Fortaleza-Ce, 2016.

HISTÓRIA FAMILIAR	SER I	SER II	SER III	SER IV	SER V	SER VI	TOTAL N (%)
SIM	13	11	9	15	13	14	75 (19,3%)
NÃO	41	43	63	49	77	40	313 (80,7%)

Fonte: Dados da pesquisa

Com relação à história familiar, apenas 75 (19,3%) mulheres apresentaram esse fator de risco para câncer de mama (Tabela 16), sendo que dessas, 21 (5,5%) apresentaram alto risco

para essa patologia (Tabela 17), já que se enquadram nos requisitos de risco muito elevado, ou seja, mulheres com história familiar de, pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade (BRASIL, 2013).

A história familiar de câncer de mama também é um importante fator de risco para o surgimento da doença. Alterações em genes, como o BRCA 1 e BRCA 2, aumentam o risco de desenvolver câncer de mama. Mulheres com histórico de casos de câncer de mama em familiares consanguíneos, sobretudo em idade jovem; de câncer de ovário ou de câncer de mama em homem, podem ter predisposição genética e são consideradas de risco elevado para a doença. (INCA, 2016)

Tabela 17 - Distribuição das mulheres entrevistadas segundo história familiar de câncer de mama. Fortaleza-Ce, 2016.

PARENTESCO	SER I	SER II	SER III	SER IV	SER V	SER VI	TOTAL N (%)
AVÓ	2	0	0	0	0	1	3 (0,8%)
IRMÃ	2	0	3	1	2	7	15 (3,9%)
MÃE	0	1	0	1	1	1	4 (1,0%)
PRIMA	3	3	2	1	2	1	12 (3,1%)
TIA	5	5	3	6	4	4	27 (7%)
SOBRINHA	0	0	0	2	0	0	2 (0,5%)
AVÓ E TIA	0	0	0	2	0	0	2 (0,5%)
MÃE E PRIMA	0	1	0	0	0	0	1 (0,3%)
TIA E PRIMA	0	0	0	1	1	0	2 (0,5%)
MÃE, IRMÃ E TIA	0	0	0	0	1	0	1 (0,3%)

Fonte: Dados da pesquisa

Ao analisar o grau de parentesco no geral, as tias foram as mais citadas 27 (7%), seguidas das irmãs 15 (3,9%) e primas 12 (3,1%). (Tabela 17). Esse achado concorda com o estudo realizado na Austrália, onde as mulheres que tinha história familiar de câncer de mama, relataram ser as tias (25,7%) o parentesco mais comum. (JONES et al, 2011)

Os resultados encontrados concordam com os achados de um estudo realizado na Turquia, onde a maioria dos entrevistados (26,3%) não apresentavam história familiar de câncer de mama. (DOGANER et al, 2014) Resultado semelhante também foi encontrado em uma pesquisa realizada na Malásia, onde apenas 16,5% da amostra possui história familiar de câncer de mama. (AL-NAGGAR; BOBRY SHEV, 2012)

5.2 Conhecimento acerca do câncer de mama

Com relação ao recebimento de informações acerca do câncer de mama 261 (67,3%) mulheres referiram já ter recebido algum tipo de orientação. Porém, um número expressivo de mulheres 127 (32,7%) ainda não tiveram acesso a informações sobre o câncer de mama (Tabela 18), refletindo a necessidade de maiores orientações acerca do câncer de mama.

Tabela 18 - Distribuição das entrevistadas segundo recebimento de informação sobre câncer de mama. Fortaleza-Ce, 2016.

RECEBEU INFORMAÇÕES?	SER I	SER II	SER III	SER IV	SER V	SER VI	TOTAL N (%)
SIM	33	30	51	41	66	40	261 (67,3%)
NÃO	21	24	21	23	24	14	127 (32,7%)

Fonte: Dados da pesquisa

Segundo Freitas, Terra e Mercês (2011), o acesso a informação, o nível de escolaridade e renda são aspectos importantes demonstrados em vários estudos. O indivíduo de classes sociais menos favorecidas tem um menor acesso aos serviços de saúde, apresentam menor escolaridade e, conseqüentemente, pouco acesso às informações sobre o câncer de mama e seus métodos de rastreamento.

Esses dados vão de encontro ao que foi encontrado em um estudo realizado com mulheres idosas de um centro de convivência, onde 100% das entrevistadas relataram já terem recebido informações sobre o câncer de mama (SANTOS; CHUBACI, 2011). Resultado semelhante foi encontrado em outro estudo desenvolvido na Grécia, em que a maioria das mulheres (91,55) afirmaram terem recebido informações sobre os métodos de rastreamento (PETRONUSTAS et al, 2016).

Tabela 19 - Distribuição às fontes de informação sobre câncer de mama. Fortaleza-Ce, 2016.

FONTE DE INFORMAÇÃO	SER I	SER II	SER III	SER IV	SER V	SER VI	TOTAL N (%)
ENFERMEIRO	19	18	14	15	20	7	93 (24%)
MÉDICO	4	3	14	6	17	8	53

								(13,4%)
AGENTE DE SAÚDE	1	1	2	0	2	3	9	(2,3%)
JORNAIS/REVISTAS E TELEVISÃO	4	5	9	12	11	9	50	(12,9%)
AMIGOS	1	0	2	0	2	0	5	(1,3%)
OUTROS	3	4	8	3	10	6	34	(8,8%)
ENFERMEIROS E JORNAIS/REVISTAS E TELEVISÃO	0	0	0	1	0	1	2	(0,5%)
ENFERMEIROS E MÉDICOS	0	0	1	2	4	3	10	(2,6%)
MÉDICOS E JORNAIS/REVISTAS E TELEVISÃO	1	0	0	0	0	1	2	(0,5%)
AMIGOS E JORNAIS/REVISTAS E TELEVISÃO	0	0	0	0	0	1	1	(0,3%)

Fonte: Dados da pesquisa

Enfermeiros apresentaram-se como os principais responsáveis 93 (24%) pela transmissão de informações acerca do câncer de mama, seguidos dos médicos 53 (13,4%), da mídia (jornais, revista e televisão) 50 (12,9%) e em seguida, outras fontes (professores, familiares) com 34 (8,8%). Os agentes comunitários de saúde foram fontes de informação em 9 (2,3%) casos e os amigos em 5 (1,3%). A atuação conjunta de enfermeiros e médicos se fez presente, sendo responsáveis por 10 (2,6%) dos casos. (Tabela 19)

O enfermeiro assume papel essencial nas ações de controle do câncer de mama, atuando na divulgação de informações e na adoção de modelos comportamentais e hábitos saudáveis. Essas ações são fundamentais para a promoção da saúde, visto que facilitam a aquisição do conhecimento prévio das mulheres acerca da detecção precoce do câncer de mama e proporcionam autonomia para o autocuidado (JÁCOME et al, 2011)

Com relação às informações do câncer de mama, foi considerada resposta adequada todas aquelas mulheres que relataram receber, de algum modo, as orientações acerca do tema.

Tabela 20 - Distribuição das mulheres entrevistadas segundo o conhecimento do conceito e

periodicidade da mamografia, Fortaleza-Ce, 2016.

VOCÊ SABE O QUE É A MAMOGRAFIA?	SER I	SER II	SER III	SER IV	SER V	SER VI	TOTAL N (%)
SIM	37	39	38	35	50	22	221 (57%)
NÃO	17	15	34	29	40	32	167 (43%)

Fonte: Dados da pesquisa

Com relação ao conhecimento do significado e periodicidade da mamografia, a maioria das mulheres relataram ter conceito da mamografia e quando realizar 221 (57%), mas mesmo assim ainda foi consideravelmente alto aquelas que referiram desconhecer o assunto 167 (43%). Ressaltando que somente foi considerada resposta adequada aquelas que responderam corretamente aos dois itens avaliados na referida questão: significado e periodicidade. Algumas sabiam o que era, mas não quando deveriam realizar, considerando resposta regular. As que referiram não conhecer, marcando o item “não” foi considerada resposta inadequada (Tabela 20).

Os resultados nos mostram que atualmente a divulgação da mamografia como exame de interesse para a saúde da mulher está sendo realizada. Periodicamente são feitas campanhas nacionais de prevenção e detecção precoce que procuram difundir as informações através dos meios de comunicação em massa. Os achados corroboram com estudo que avaliou o conhecimento acerca dos métodos de rastreamento, onde 55% das entrevistadas referiram conhecimento adequado quanto à mamografia (SANTOS; CHUBACI, 2011). Resultados satisfatório também foi encontrado em estudo realizado na Malásia, onde 68% das mulheres que participaram da pesquisa referiram conhecimento adequado acerca da mamografia (AL-NAGGAR; BOBRY SHEV, 2012).

No entanto, ainda é necessária a orientação quanto à periodicidade da realização desse exame como procedimento de rastreamento do câncer de mama. Ao realizarmos as entrevistas, observamos que as mulheres tinham o conhecimento do exame, mas não foram contabilizadas de forma satisfatória devido a não relatar corretamente quando realizar. O que torna evidente uma lacuna de conhecimento que acaba por interferir na realização dos exames de rastreamento.

Tabela 21 - Distribuição das mulheres entrevistadas segundo o conhecimento acerca do AEM e ECM. Fortaleza-Ce, 2016.

ECM X AEM	SER I	SER II	SER III	SER IV	SER V	SER VI	TOTAL N (%)
--------------	-------	--------	---------	--------	-------	--------	----------------

SIM	11	13	14	19	23	9	89 (22,9%)
NÃO	43	41	58	45	67	45	299 (77,1%)

Fonte: Dados da pesquisa

Outro método de rastreamento também pesquisado foi o ECM. Ao indagar a diferença de AEM e ECM muitas mulheres responderam que não sabia, e muitas ainda diziam saber o que era o autoexame, mas não o que era o exame clínico. Como a resposta “sim” era referente a aquelas que soubessem diferenciar, ou seja, teria que conhecer o que eram os dois exames, para serem consideradas como resposta adequada, as mulheres que só conceituaram o AEM e quem não soube conceituar nenhum dos dois exames foi considerada como resposta inadequada.

Como se percebe, somente 89 (22,9%) obtiveram resposta adequada, conseguindo conceituar os dois exames. A grande maioria 299 (71,1%) responderam que não conheciam ou somente conseguiram conceituar um exame. (Tabela 21)

Fato semelhante foi encontrado por Santos e Chubaci (2011), onde apenas 9,9% das mulheres entrevistadas afirmaram conhecer o ECM, enquanto 29,7 % relataram conhecer o AEM.

Apesar do ECM ser preconizado desde 2004 para mulheres de 40 a 69 anos de idade, de periodicidade anual, o que se vê é que a grande maioria não sabe ao menos o que é o exame clínico das mamas (AZEVEDO E SILVA, 2014). Esse achado pode ser justificado pelo fato da maioria das mulheres associarem esse exame à prevenção ginecológica, além de muitas mulheres não realizarem periodicamente esse exame, devido dificuldades de acesso ou falta de conhecimento quanto a periodicidade.

Tabela 22 - Distribuição das mulheres segundo o conhecimento acerca dos fatores de risco para o câncer de mama. Fortaleza-Ce, 2016.

CONHECE FATORES DE RISCO?	SER I	SER II	SER III	SER IV	SER V	SER VI	TOTAL N (%)
SIM	12	14	9	16	10	7	68 (17,5%)
NÃO	42	40	63	48	79	47	319 (82,2%)

Fonte: Dados da pesquisa

Outro aspecto importante a ser investigado é com relação aos fatores de riscos, já que, ao conhecer, é possível um cuidado mais rigoroso na realização das atividades de detecção precoce, como AEM, ECM e mamografia (ARAÚJO DA SILVA; RIUL, 2011).

Quando questionadas acerca dos fatores de risco para o câncer de mama a grande maioria 319 (82,2%) não soube responder ou respondeu incorretamente. Foi considerada resposta adequada aquelas que citaram pelo menos dois fatores, regular as que relataram pelo menos um deles e inadequada as que referiram não conhecer, marcando o item “não” ou aquelas que mesmo marcando que conheciam não souberam dizer quais ou disseram de maneira diferente daquilo que era preconizado. Ressaltando que era uma pergunta objetiva, mas com uma parte subjetiva para garantir fidelidade das respostas. (Tabela 22)

O câncer de mama é um tipo de câncer considerado multifatorial, envolvendo fatores biológico--endócrinos, vida reprodutiva, comportamento e estilo de vida. Envelhecimento, fatores relacionados à vida reprodutiva da mulher, história familiar de câncer de mama, alta densidade do tecido mamário (razão entre o tecido glandular e o tecido adiposo da mama) são os mais bem conhecidos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama. Além desses, consumo de álcool, excesso de peso, sedentarismo e exposição à radiação ionizante também são considerados agentes potenciais para o desenvolvimento desse câncer. (INCA, 2016)

O resultado encontrado vai de encontro com os achados de um estudo realizado na Austrália, onde apenas 14,8% das mulheres entrevistadas não identificaram fatores de risco para o câncer de mama (JONES et al, 2011). Esse fato pode estar relacionado com adoção de programas educativos e intensificação na divulgação de informações.

Tabela 23 - Distribuição das mulheres segundo os fatores de risco para o câncer de mama. Fortaleza-Ce, 2016.

FATORES DE RISCO	SER I	SER II	SER III	SER IV	SER V	SER VI	TOTAL N (%)
HEREDITARIEDADE	2	6	2	10	4	2	26 (38,2%)
NULIPARIDADE	1	0	0	0	0	0	1 (1,5%)
NÃO AMAMENTAR	1	5	3	3	2	2	16 (23,5%)
TABAGISMO	10	6	6	9	5	4	40 (58,8%)
ALCOOLISMO	6	3	4	2	5	1	21 (30,9%)
ALIMENTAÇÃO	1	2	3	0	2	0	8 (11,7%)

INADEQUADA							
REPOSIÇÃO HORMONAL	0	1	0	2	0	0	3 (4,4%)
USO DE	1	0	0	0	0	0	1 (1,5%)
ANTICONCEPCIONAL							
SEDENTARISMO	2	1	0	0	0	0	3 (4,4%)

Fonte: Dados da pesquisa

Apesar de casos de cura, o câncer de mama muitas vezes tem seu tratamento comprometido devido ao atraso no diagnóstico da doença, reduzindo assim as taxas de sobrevida (ROSA; RADUNZ, 2013). Isso acontece também devido ao fato de não conhecer as manifestações da doença, o que dificulta o atendimento precoce.

Dentre os fatores de risco mais relatados entre as mulheres, o tabagismo 40 (58,8%), hereditariedade 26 (38,2%), alcoolismo 21 (30,9%) o fato de nunca ter amamentado 16 (23,5%) foram os mais citados (Tabela 23). Diante da variedade de fatores de riscos para esse tipo de neoplasia, o que se observa é que os principais fatores de risco não foram citados, como por exemplo, a idade e história ginecológica, o que reflete que ainda precisa ser melhorado o conhecimento acerca desses fatores até para excluí-los de seus hábitos, aqueles modificáveis.

Tabela 24 - Distribuição das mulheres entrevistadas de acordo com o conhecimento acerca das manifestações do câncer de mama. Fortaleza-Ce, 2016.

CONHECE SINAIS OU SINTOMAS?	SER I	SER II	SER III	SER IV	SER V	SER VI	TOTAL N (%)
SIM	33	36	44	35	39	26	213 (54,9%)
NÃO	21	18	28	29	51	28	175 (45,1%)

Fonte: Dados da pesquisa

Apesar da maioria das mulheres conhecem as manifestações do câncer de mama, representado por 213 (54,9%), enquanto 175 (45,1%) referiram não conhecer (Tabela 24). Podemos observar que ao perguntar acerca de quais são, para proporcionar uma resposta mais fiel, as mulheres conseguiram elencar os principais sinais e sintomas. Prevalecendo o nódulo 187 (87,8%), seguido de dor mamária 46 (21,65) e descarga mamilar 42 (19,7%). Os demais sinais e sintomas, como podem ser vistos, foram pouco relatados. (Tabela 25)

O sintoma mais comum de câncer de mama é o aparecimento de um nódulo, geralmente

indolor, duro e irregular, mas há tumores que são de consistência branda, globosos e bem definidos. Alguns estudos apontam que os nódulos representam 90% da apresentação inicial dos casos sintomáticos confirmados de câncer e que cerca de 10% dos nódulos suspeitos tem diagnóstico de câncer confirmado posteriormente. Outros sinais de câncer de mama incluem: saída de secreção pelo mamilo – especialmente quando é unilateral e espontânea –, coloração avermelhada da pele da mama, edema cutâneo semelhante à casca de laranja, retração cutânea, dor ou inversão no mamilo, descamação ou ulceração do mamilo. A secreção papilar associada ao câncer geralmente é transparente, podendo também ser rosada ou avermelhada devido à presença de hemácias. Podem também surgir linfonodos palpáveis na axila. (BRASIL, 2013).

Foi considerado resposta adequada aquelas que responderam “sim”, mas que também, na parte subjetiva, souberam responder pelo menos duas manifestações preconizadas do câncer de mama. Quem respondeu somente um sinal ou sintoma foi considerado regular e quem respondeu que “não” conhecia ou que relatou itens não preconizados pelo Ministério da Saúde, obteve resposta inadequada.

Tabela 25 - Distribuição das mulheres entrevistadas de acordo com as manifestações do câncer de mama. Fortaleza-Ce, 2016.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	SER I	SER II	SER III	SER IV	SER V	SER VI	TOTAL N (%)
NÓDULO	25	32	38	32	36	24	187 (87,8%)
EDEMA	4	2	0	4	5	0	15 (7%)
DOR MAMÁRIA	11	13	8	4	9	1	46 (21,6%)
DESCARGA MAMILAR	3	12	9	7	5	6	42 (19,7%)
HIPEREMIA	2	2	2	5	3	0	14 (6,6%)
ALTERAÇÕES DA PELE	1	0	0	0	0	1	2 (0,9%)
PRURIDO MAMILAR	0	0	2	0	0	0	2 (0,9%)

Fonte: Dados da pesquisa

O conhecimento das mulheres acerca dos sinais e sintomas é um importante fator na detecção precoce do câncer de mama, pois ao reconhecer alguma dessas manifestações clínicas as mulheres tendem a procurar atendimento médico ou de enfermagem para melhor esclarecimento, investigação diagnóstica e tratamento.

Tabela 26 – Distribuição das mulheres em relação à necessidade da realização do ECM. Fortaleza-Ce, 2016.

REALIZAÇÃO DO ECM	SER I	SER II	SER III	SER IV	SER V	SER VI	TOTAL N (%)
SIM	54	50	69	62	89	51	375 (96,6%)
NÃO	0	4	3	2	1	3	13 (3,4%)

Fonte: Dados da pesquisa

Na última questão relacionada ao conhecimento a maioria das mulheres 375 (96,6%) respondeu de forma adequada, ou seja, referiram que mesmo se fizessem mensalmente o AEM deveriam ter suas mamas examinadas por profissional da saúde. (Tabela 26).

5.3 Atitude das mulheres diante da busca de informações e dos métodos de detecção precoce do câncer de mama

Ao analisar a parte de conhecimento relacionado ao câncer de mama, podemos observar-se que ainda existe muitas lacunas acerca de fatores de riscos, manifestações e métodos de rastreamento, evidenciando que muitas mulheres ainda hoje não são detentoras de conhecimentos satisfatórios.

Um dos eixos da proposta de fortalecimento das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e mama, apresentado no seu programa de controle é a disseminação de informação e comunicação dessa informação (CONASS, 2010).

Visando identificar a divulgação dessas informações e o interesse da população em buscar e se apropriar desse conhecimento, as mulheres foram indagadas quanto ao interesse em participar de palestras acerca do o câncer de mama.

Tabela 27 - Distribuição das mulheres quanto a participação nas palestras relacionadas ao câncer de mama. Fortaleza-Ce, 2016.

ATITUDE	SER I	SER II	SER III	SER IV	SER V	SER VI	TOTAL N (%)
“SIM. SEMPRE QUE TIVER EU	34	32	50	44	53	6	219

IREI”								(56,4%)
“SIM. QUANDO TIVER TEMPO EU VOU”	19	19	20	15	33	38	144	(37,1%)
“ÀS VEZES TENHO VONTADE”	1	0	0	2	1	5	9	(2,3%)
“NÃO. JÁ SEI O QUE É NECESSÁRIO”	0	0	1	0	2	1	4	(1%)
NÃO. ACHO PERDA DE TEMPO”	0	3	0	0	0	0	3	(0,8%)
“NUNCA FUI INFORMADA QUE TERIA”	0	0	1	3	1	4	9	(2,3%)

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme a Tabela 27, a maioria das mulheres 219 (56,4%) relataram a vontade e atitude em participar de atividade educativas acerca do câncer de mama quando fossem oferecidas. Também foi obtido um valor significativo daquelas que apesar do interesse ficam restritas à disponibilidade de tempo para participar 144 (37,1%), na maioria das vezes associado ao trabalho e/ou estudo. O que sugere a necessidade de se intensificar o desenvolvimento de ações educativas independente de ser período ou não de campanhas para intensificação da detecção precoce (mês de outubro), além de desenvolver ações em horários alternativos para que um maior número de mulheres possa participar e ter acesso às essas informações.

Foi considerada resposta adequada aquelas que responderam que sempre que tiver irão; regular as que responderam que irão se tiverem tempo ou aquelas que as vezes apresentam vontade de comparecerem. As que relataram ser perda de tempo, que já sabiam o que era necessário ou que nunca foram informadas, nesse último item devido a cor responsabilização com sua saúde, foram consideradas respostas inadequadas.

Tabela 28 - Distribuição das mulheres entrevistadas segundo a solicitação a um profissional de saúde para a realização do ECM. Fortaleza-Ce, 2016.

SOLICITAÇÃO DO ECM	SER I	SER II	SER III	SER IV	SER V	SER VI	TOTAL N (%)
SIM	30	26	18	31	42	17	164 (42,2%)
NÃO	24	28	54	33	48	37	224 (57,8%)

Fonte: Dados da pesquisa

Outro ponto abordado foi com relação à solicitação a um profissional de saúde para

realizar o exame clínico mesmo não apresentando alterações mamárias. Como relatado anteriormente, o ECM deve ser realizado anualmente na população-alvo para o câncer de mama, o que reflete na importância da atitude da mulher em procurar um profissional para realização desse.

Os dados da Tabela 28 nos mostram que a maioria das mulheres não apresenta ainda o hábito de procurar o serviço de saúde para realização do ECM 224 (57,8%), considerando sua resposta inadequada para o estudo. Na prática, observamos que as mesmas ainda apresentam a cultura de buscar assistência à saúde apenas quando apresentam algum sinal ou sintoma.

Das entrevistadas, 164 (42,2%) solicitaram a um profissional para examinar suas mamas sem manifestar alterações, obtendo resposta adequada na questão. Notou-se que foi um dado expressivo, que já pode ser reflexo de ações educativas, disseminações de informações e mudança do comportamento das mulheres em relação ao autocuidado das mamas.

Diante desse panorama, se faz necessário despertar o senso de corresponsabilidade entre mulheres e o processo saúde-doença, implantando ações que incentive as práticas preventivas e de detecção precoce (LIMA et al, 2011), buscando assim um diagnóstico precoce e um tratamento mais eficaz.

Tabela 29 - Distribuição das mulheres entrevistadas segundo ao pedido a um profissional de saúde para solicitação da mamografia. Fortaleza-Ce, 2016.

SOLICITAÇÃO DA MAMOGRAFIA	SER I	SER II	SER III	SER IV	SER V	SER VI	TOTAL N (%)
SIM	21	18	32	23	28	18	140 (36,1%)
NÃO	33	36	40	41	62	36	248 (63,9%)

Fonte: Dados da pesquisa

As mulheres também foram questionadas se já haviam pedido a um profissional que solicitasse a mamografia. Em relação a esse ponto, observou-se que 140 (36,1%) mulheres já pediram ao médico para solicitar sua mamografia, o que demonstra que algumas já apresentam essa consciência da necessidade da realização do exame. Apesar do significativo número, a maioria das mulheres entrevistadas referiram que 248 (63,9%) nunca solicitaram. (Tabela 29)

Tabela 30 - Distribuição das mulheres segundo o motivo da não solicitação da mamografia, por essas, ao profissional de saúde. Fortaleza-Ce, 2016.

MOTIVO	SER	SER	SER	SER	SER	SER	TOTAL N (%)
	I	II	III	IV	V	VI	
“NÃO SABIA QUE EU PRECISAVA FAZER”	14	7	14	8	21	10	74(29,2%)
“NÃO, É ELE QUE SABE A HORA DE PEDIR”	4	9	11	14	9	11	58 (22,9%)
“NÃO, NINGUÉM CONSEGUE MARCAR MESMO”	5	4	5	3	19	1	37(14,65)
“NÃO, ELES SEMPRE SOLICITAM NA HORA CERTA”	7	6	8	13	2	10	46 (18,2%)
“NÃO SEI RESPONDER”	4	10	3	6	11	4	38 (155)

Fonte: Dados da pesquisa

Dentre as justificativas prevalecem a confiança de que o profissional é que sabe a hora de solicitar, retirando assim a sua corresponsabilidade, representada por 55 (41,3%) mulheres, seguido da falta de conhecimento da necessidade de sua realização, relatada por 40 (30,1%) delas (Tabela 30).

Foi considerada resposta adequada aquelas que solicitaram ao profissional de saúde a sua mamografia e ainda as que nunca solicitaram devido a não necessidade, ou seja, somente não pediram a solicitação porque o profissional o fez antes. Os demais itens selecionados foram considerados como resposta inadequada.

Além dos motivos apresentados ainda existem outros relacionados a não realização da mamografia, como falta de tempo, falta de conhecimento, medo, constrangimento, falta de recurso financeiro para transporte, dificuldade em marcar o exame, entre outros. (AL-NAGGAR; BOBRY SHEV, 2012)

Em um estudo realizado em São Paulo (SP), a maioria das mulheres (50%) referiu que o principal motivo para não realizar a mamografia era a falta de recomendação médica. Esse fato pode estar relacionado à ausência de consultas médicas (SANTOS; CHUBACI, 2011). Esse achado também pode ser explicado pela falta de atitude das mulheres em relação ao eu autocuidado, depositando toda a responsabilidade no profissional de saúde, que em alguns casos não conhecem ou não seguem aquilo que é preconizado para detecção precoce do câncer de mama. (OLIVEIRA, 2014)

Os benefícios da mamografia de rastreamento incluem a possibilidade de encontrar o câncer no início (< 2cm) e ter um tratamento menos agressivo, assim como de menor chance de morrer da doença, em função do tratamento oportuno (INCA, 2016).

A mamografia é o único exame utilizado para rastreamento, com capacidade de detectar lesões não palpáveis e causar impacto na mortalidade por câncer de mama, sendo por isso o exame de imagem recomendado para o rastreamento do câncer de mama no Brasil.(BRASIL, 2013)

Apesar de melhorias nas práticas de detecção precoce, como o ECM ter melhorado, ainda é preocupante a frequência da mamografia realizada pelas mulheres pertencentes ao grupo-alvo para o câncer de mama. A falta de valorização por parte de algumas ainda é responsável por uma significativa parte de pessoas que não o realizam (BRITO et al, 2010). Portanto, o desenvolvimento de ações educativas é um importante passo para que as mulheres compreendam a importância da realização da mamografia e sintam-se motivada a realizá-la.

5.4 Prática relacionada às medidas de detecção precoce do câncer de mama e presença de fatores de riscos

O exame clínico das mamas bem como a mamografia são considerados as formas mais eficazes de rastreamento a fim de uma detecção precoce do câncer de mama (INCA, 2014).

Tabela 31 - Distribuição das mulheres entrevistadas segundo a realização do ECM anualmente. Fortaleza-Ce, 2016.

ECM ANUAL	SER I	SER II	SER III	SER IV	SER V	SER VI	TOTAL N (%)
SIM	26	21	37	27	34	28	173 (44,6%)
NÃO	28	33	35	37	56	26	215 (55,5%)

Fonte: Dados da pesquisa

Uma das formas de detecção precoce, como já relatada é o ECM, mas o que se observou é que considerável parte das mulheres entrevistadas 215 (55,5%) não realizam esse exame anualmente (Tabela 31). Somente 173 (44,6%) referiram realizaram anualmente esse exame, obtendo resposta adequada nessa questão avaliada.

O ECM, juntamente com a mamografia, são os métodos mais eficazes de rastreamento do câncer de mama, devendo ser realizado durante o exame físico ou ginecológico de qualquer

mulher (INCA, 2016). A periodicidade da Citologia Oncótica deve ser de três anos, caso a mulher já tenha realizado o exame duas vezes com amostras negativas para o câncer e sendo o intervalo entre essas de pelo menos um ano (NASCIMENTO; SILVA; MONTEIRO, 2012).

No entanto, é preconizado que a partir de 40 anos de idade seja realizado ECM anual e que a partir de 50 anos seja realizada mamografia bienal. No caso de mulheres acima de 35 anos que apresentarem risco elevado para essa neoplasia é necessário realizar ambos, ECM e mamografia anualmente (INCA, 2013). Diante disso, é necessário rever a realização do ECM, por essas mulheres, somente durante o exame preventivo ginecológico.

Tabela 32 - Distribuição das mulheres entrevistadas segundo o hábito de fumar. Fortaleza-Ce, 2016.

TABAGISMO	SER I	SER II	SER III	SER IV	SER V	SER VI	TOTAL N (%)
SIM	8	7	5	1	8	9	38 (9,8%)
NÃO	46	47	67	63	82	45	350 (91,2%)

Fonte: Dados da pesquisa

Com relação aos hábitos de vida, também foi pesquisado acerca da prática de tabagismo e etilismo pelas mulheres entrevistadas.

O que se observa é que a grande maioria não apresenta o tabagismo 350 (91,2%) como estilo de vida, considerando essa resposta como adequada, já que este é um considerado risco para câncer. Somente 38 (9,8%) das entrevistadas fumam. (Tabela 32)

Tabela 33 - Distribuição das mulheres segundo o hábito de ingerir bebidas alcoólicas. Fortaleza-Ce, 2016

ETILISMO	SER I	SER II	SER III	SER IV	SER V	SER VI	TOTAL N (%)
SIM	14	9	12	16	17	9	77 (19,8%)
NÃO	40	45	60	48	73	45	311 (80,2%)

Fonte: Dados da pesquisa

Ainda com relação ao estilo de vida, o álcool também é outro fator de risco para o câncer de mama, seu uso regular, em uma ingestão de mais de 60 gramas diárias, tem-se mostrado

prejudicial, pois o acetaldeído, um metabólico do álcool é carcinogênico, mutagênico, imunodepressor, além de estimular a produção de estrogênio (CANTINELLI et al, 2013).

Da mesma forma que o tabagismo, o etilismo também não é um hábito frequente nas mulheres entrevistadas. Somente 26 (10,7%) ingerem bebidas alcoólicas com frequência. As outras 217 (89,3%) não possuem esse hábito, considerando nessa questão, também como a anterior relacionada ao tabagismo, a resposta “não” como adequada. (Tabela 33)

O hábito de tabagismo e etilismo também não é frequente em outro estudo realizado no Brasil, no Estado do Maranhão, realizado com 552 mulheres, em que somente 8,2% fumavam e 8,7% faziam uso de álcool (BRITO et al, 2010).

Tabela 34 - Distribuição das mulheres de acordo com a realização do autoexame das mamas. Fortaleza-Ce, 2016.

AEM	SER I	SER II	SER III	SER IV	SER V	SER VI	TOTAL
MENSAL							N (%)
SIM	16	26	20	19	35	24	140 (36,1%)
NÃO	37	28	52	45	55	30	247 (63,9%)

Fonte: Dados da pesquisa

Ainda com relação à prática desenvolvida pelas mulheres no que se refere a detecção precoce do câncer de mama, outro ponto avaliado foi a realização do autoexame das mamas mensal.

Observa-se um número elevado de mulheres que não realizam o AEM mensalmente 247 (63,9%). Das entrevistadas, 140 (36,1%) relatam realizar pelo menos uma vez ao mês, o que reflete a conscientização acerca da necessidade de realização dessa atividade com vistas ao reconhecimento do seu corpo e detecção de alterações (Tabela 34).

O autoexame das mamas não é mais recomendada como exame para detecção precoce. A orientação atual é que a mulher faça a autopalpação das mamas sempre que se sentir confortável para tal (no banho, no momento da troca de roupa ou em outra situação do cotidiano), sem necessidade de uma técnica específica de autoexame, como preconizado nos anos 80. Essa mudança surgiu do fato de que, na prática, muitas mulheres com câncer de mama descobriram a doença a partir da observação casual de alterações mamárias e não por meio de uma prática sistemática de se autoexaminar, com método e periodicidade definidas (INCA,

2016).

Foi considerada resposta adequada aquelas que responderam realizar mensalmente o AEM e inadequada as que responderam que não realizam pelo menos uma vez ao mês.

Diante das respostas obtidas através dos questionários aplicados, foi realizada a associação entre algumas variáveis selecionadas com o conhecimento, atitude e prática, das enfermeiras e das mulheres usuárias do município de Fortaleza.

Tabela 35 - Associação do conhecimento das mulheres usuárias da ESF do município de Fortaleza relacionado à Secretaria Executiva Regional, idade e classificação socioeconômica. Teste qui-quadrado. Fortaleza-Ce, 2016.

Conhecimento	Adequado	Regular	Inadequado	P-valor
	N(%)	N(%)	N(%)	
Regional				0,326
I	52(14,1)	2(10,0)		
II	54(14,7)	0(0,0)		
III	68(18,5)	4(20,0)		
IV	61(16,6)	3(15,0)		
V	82(22,3)	8(40,0)		
VI	51(13,9)	3(15,0)		
Idade				0,003
<35anos	124(33,7)	3(15,0)		
35-39anos	47(12,8)	1(5,0)		
40-49anos	84(22,8)	6(30,0)		
50-69anos	106(28,8)	7(35,0)		
>=70anos	7(1,9)	3(15,0)		
Classificação Sócio-econômica				0,710
A	7(1,9)	0(0,0)		
B1	9(2,4)	0(0,0)		
B2	36(9,8)	3(15,0)		
C1	76(20,7)	6(30,0)		
C2	136(37,0)	5(25,0)		
D-E	104(28,3)	6(30,0)		

Fonte: Dados da pesquisa

Os dados nos mostram que as mulheres possuíam um conhecimento adequado em relação ao câncer de mama e métodos de detecção precoce, porém não houve diferença significativa entre as mulheres de cada Secretaria Executiva Regional e que não houve influência da classe econômica no conhecimento sobre câncer de mama (Tabela 35).

Contudo, a idade está diretamente relacionada ao conhecimento, uma vez que as mulheres com menor idade (< 35 anos) apresentaram número significativo ($p < 0,003$) de respostas adequadas. Segundo Jones et al (2011), há evidências consideráveis na literatura que as mulheres mais jovens (ou seja, aquelas com idade abaixo da recomendada para o rastreamento mamográfico) têm os mais altos níveis de percepção sobre o câncer de mama.

Esse resultado pode estar relacionado com o fato da maioria das mulheres cadastradas e buscam atendimento nas Unidades de Atenção Primária, conforme o próprio estudo, serem mulheres jovens (< 35 anos). Dessa forma, elas têm mais acesso às consultas e atendimentos pelos médico e enfermeiros e, conseqüentemente, recebem mais informações sobre os cuidados com a saúde.

Porém, os achados desse estudo diferem dos resultados encontrados por Norlaili et al (2013) ao avaliar o conhecimento de mulheres na Malásia acerca dos métodos de rastreio, onde o maior percentual de mulheres com conhecimento adequado se deu na faixa etária de 40-49 anos.

Tabela 36 - Associação do conhecimento das mulheres usuárias da ESF do município de Fortaleza relacionado à Secretaria Executiva Regional, conhecimento, idade, escolaridade e classificação socioeconômica. Teste qui-quadrado. Fortaleza-Ce, 2016.

Atitude	Adequado	Regular	Inadequado	P-valor
	N(%)	N(%)	N(%)	
Regional				0,154
I	15(21,4)	13(12,5)	26(12,1)	
II	7(10,0)	17(16,3)	30(14,0)	
III	7(10,0)	27(26,0)	38(17,8)	
IV	11(15,7)	17(16,3)	36(16,8)	
V	21(30,0)	18(17,3)	51(23,8)	
VI	9(12,9)	12(11,5)	33(15,4)	
Conhecimento				0,594
Adequado	65(92,9)	98(94,2)	205(95,8)	
Inadequado	5(7,1)	6(5,8)	9(4,2)	
Idade				0,021
<35anos	14(20,0)	26(25,0)	87(40,7)	
35-39anos	7(10,0)	16(15,4)	25(11,7)	
40-49anos	18(25,7)	26(25,0)	46(21,5)	
50-69anos	29*41,4)	34(32,7)	50(23,4)	
>=70anos	2(2,9)	2(1,9)	6(2,8)	
Escolaridade				0,366
Analfabeto/Fundamental 1 Incompleto	12(17,1)	17(16,3)	30(14,0)	
Fundamental 1 Completo/ Fundamental 2 Incompleto	17(24,3)	20(19,2)	56(26,2)	
Fundamental 2 completo/ Médio incompleto	9(12,9)	22(21,2)	40(18,7)	
Médio completo/ Superior incompleto	24(34,3)	40(38,5)	79(36,9)	
Superior completo	8(11,4)	5(4,8)	9(4,2)	
Classificação Sócio-econômica				0,059
A	1(1,4)	1(1,0)	5(2,3)	
B1	3(4,3)	4(3,8)	2(0,9)	
B2	12(17,1)	12(11,5)	15(7,0)	
C1	17(24,3)	27(26,0)	38(17,8)	
C2	23(32,9)	34(32,7)	84(39,3)	

D-E	14(20,0)	26(25,0)	70(32,7)
-----	----------	----------	----------

Fonte: Dados da pesquisa

Os dados nos revelam que a grande maioria das mulheres entrevistadas possuíam uma atitude inadequada e esse achado não sofre influência significativa da SER, do conhecimento, da escolaridade e da classificação econômica não apresentam relação.

A idade foi o único fator que influenciou significativamente ($p < 0,021$) a atitude, mostrando uma prevalência de atitude inadequada nas mulheres com idade < 35 anos (40,7%). (Tabela 36). Essas mulheres não estão na faixa etária recomendada para o rastreamento mamográfico (35-69 anos), assim, elas tendem a buscar os serviços de saúde apenas quando apresentam alguma alteração e, por entenderem que não constituem população-alvo para rastreamento do câncer de mama, acabam apresentando atitudes inadequadas.

Contudo, esses achados discordam de Early et al (2011), ao afirmar que as mulheres mais jovens apresentam conhecimento e atitude mais adequados por estarem mais propensos a adotarem comportamentos mais saudáveis que poderiam melhorar sua longevidade e a qualidade de vida, principalmente no que diz respeito ao desenvolvimento do câncer de mama e doenças cardíacas.

Tabela 37 - Associação da prática das mulheres usuárias da ESF do município de Fortaleza relacionado à Secretaria Executiva Regional, conhecimento, idade, escolaridade e classificação socioeconômica. Teste qui-quadrado. Fortaleza-Ce, 2016.

Prática	Adequado	Regular	Inadequado	P-valor
	N(%)	N(%)	N(%)	
Regional				0,024
I	9(8,3)		45(16,1)	
II	21(19,3)		33(11,8)	
III	15(13,8)		67(20,4)	
IV	14(12,8)		50(17,9)	
V	32(29,4)		58(20,8)	
VI	18(16,5)		36(12,9)	
Conhecimento				0,025
Adequado	99(90,8)		269(96,4)	
Inadequado	10(9,2)		10(3,6)	
Idade				0,903
<35anos	34(31,2)		93(33,3)	
35-39anos	12(11,0)		36(12,9)	
40-49anos	27(24,8)		63(22,6)	
50-69anos	34(31,2)		79(28,3)	
>=70anos	2(1,8)		8(2,9)	
Escolaridade				0,281

Analfabeto/Fundamental 1 Incompleto	19(17,4)	40(14,3)	
Fundamental 1 Completo/ Fundamental 2 Incompleto	33(30,3)	60(21,5)	
Fundamental 2 completo/ Médio incompleto	18(16,5)	53(19,0)	
Médio completo/ Superior incompleto	33(30,3)	110(39,4)	
Superior completo	6(5,5)	16(5,7)	
Classificação Sócio-econômica			0,441
A	1(0,9)	6(2,2)	
B1	3(2,8)	6(2,2)	
B2	6(5,5)	33(11,8)	
C1	22(20,2)	60(21,5)	
C2	43(39,4)	98(35,1)	
D-E	34(31,2)	76(27,2)	

Fonte: Dados da pesquisa

No que se refere à prática das mulheres de Fortaleza com relação às variáveis encontradas, não houve significativa relação dessas com a idade, escolaridade e classificação socioeconômica. Porém, sofreu influência significativa da SER ($p < 0,024$) e conhecimento ($p < 0,025$) sobre o câncer de mama, apresentando prática inadequada aquelas que residem na SER V e aquelas que possuem conhecimento adequado. (Tabela 37).

Os dados encontrados corroboram com estudo realizado com 1.960 mulheres na Malásia, sendo encontrado que 61,3% das mulheres possuíam conhecimento adequado, porém apenas 58,5% apresentavam prática inadequada acerca dos métodos de detecção precoce do câncer de mama. (NORLAILI, et al, 2013) Resultados semelhantes também foram encontrados em estudo desenvolvido nos EUA, em que 82,7% da amostra referiu conhecimento adequado, porém 83,5% apresentou prática inadequada. (EARLY et al, 2011).

Como foi apresentado nas tabelas relacionadas ao conhecimento, atitude e prática, o que se observou foi que apesar das ações realizadas para detecção precoce do câncer de mama na ESF, da disponibilidade dos exames de rastreamento existentes e transmissão através de profissionais e da mídia com relação à problemática desse tipo de neoplasia, ainda não são satisfatórias a atitude e a prática das mulheres, refletindo a necessidade de um maior direcionamento de ações voltadas para esse assunto (OLIVEIRA, 2014).

6 CONCLUSÃO

O estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento, atitude e prática das mulheres acerca de ações de controle para o câncer de mama, identificando e associando com as características sociodemográficas e clínicas das usuárias acompanhadas nas UAPS

Frente a isso, identificamos a prevalência de mulheres usuárias da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Fortaleza na faixa etária de < 35 anos (127%), seguida de 113 (29,1%) com 50-69 anos. Com relação a escolaridade, destacou-se 143 (36,9%) com Ensino Médio completo/ Superior incompleto e 93 (24%) que apresentavam o Ensino Fundamental 1 completo/ Ensino Fundamental 2 incompleto. De acordo com a classe econômica, 141 (36,6%) encontram-se na classe C2 e 110 (28,4%) na classe D-E. Nos aspectos clínicos, 313 (80,7%) não apresentam fator de risco história familiar de câncer de mama.

Quanto ao conhecimento, 368 (94,8%) foram adequados, porém 214 (55,1%) apresentaram atitude inadequada e 279 (71,9%) prática inadequada em relação aos métodos de detecção precoce do câncer de mama. Esses fatores foram influenciados pela idade e Secretária Regional Executiva (SER) em que as mulheres residiam.

Foi possível perceber, que apesar de serem acompanhadas na atenção básica e possuírem conhecimento adequado, muitas mulheres só buscam atendimento médico/enfermagem ou acesso aos métodos de rastreamento somente quando sentem algum desconforto ou apresentam sinais ou sintomas. Assim, não apresentam senso de corresponsabilidade no seu autocuidado, depositando a maior responsabilidade sobre sua saúde aos profissionais.

Os motivos alegados pelas mulheres para a não realização dos exames de detecção precoce são pontos importantíssimos a serem repensados pelos profissionais de saúde que atuam na área. Nesse contexto, o desenvolvimento de ações educativas contínuas é um importante passo para que as mulheres compreendam a importância dos exames e sintam-se motivadas a realiza-los, resultando em maiores taxas de diagnóstico e tratamento precoce.

Esse conhecimento acerca das características da população, com identificação das lacunas no saber, dificuldades para a adesão aos exames e o comportamento cultural das mulheres subsidia as ações dos profissionais da saúde, guiando-lhes no desenvolvimento de técnicas e estratégias para mobilização da população para adoção e manutenção de um comportamento saudável que direcionem ao autocuidado e promoção da saúde.

Tendo em vista que a tríade conhecimento, atitude e prática é determinante para a

promoção da saúde e prevenção de doenças, os resultados encontrados permitiram estabelecer um diagnóstico das mulheres atendidas na atenção primária do município de Fortaleza e, assim, guiará a gestão municipal e os profissionais no planejamento e implementação de estratégias na atenção básica, com vistas a ampliação do conhecimento, da autonomia, da co-responsabilização e da acessibilidade a exames de rastreamento das mulheres para detecção precoce do câncer de mama.

O estudo apresentou limitações referente à acessibilidade, devido algumas unidades estarem localizadas em áreas de risco.

REFERÊNCIAS

ABEP. **Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)**. São Paulo, 2014. Disponível em: < <http://www.abep.org/criterioBrasil.aspx>>. Acesso em: 13 abr. 2015.

AFONSO, V.W.; RIBEIRO, L.C.; BERTOCCHI, F.M.; DINIZ, A.L.L.; PASSOS, C.S.; PAULA, E.A. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca de exames ginecológicos preventivos por trabalhadoras do terceiro setor. **HU Revista**, Juiz de Fora, v.37, n.4, p. 431-439, out./dez. 2011.

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

ALMEIDA, L.M.N; CONCEIÇÃO, G.A. The young woman's knowledge about the prevention of breast cancer. **Rev Enferm UFPI**, v. 2, n.1, p.38-43, 2013.

AL-NAGGAR, R.A.; BOBRY SHEV, Y.V. Practice and barriers of mammography among Malaysian women in the general population. **Asian Pacific of Cancer Prevention**, v.13, p.3395-3600, 2012.

ALVES, P.C.; SILVA, A.P.S.; SANTOS, M.C.L.; FERNANDES, A.F.C. Conhecimento e expectativas de mulheres no pré-operatório da mastectomia. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.44, n.4, p.989-995, 2010.

ARAÚJO, V.S.; DIAS, M.D.; BARRETO, C.M.C.; RIBEIRO, A.R.; COSTA, A.P.; BUSTORFF, L.A.C.V. Conhecimento das mulheres sobre o autoexame de mamas na atenção básica. **Revista de Enfermagem Referência**, v.3, n.2, p. 27-34, dez. 2010.

ARAÚJO DA SILVA, P.; RIUL, S. S. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n.6, p. 1016-21, Nov./Dec. 2011.

BANNING, M. Perceptions of breast health awareness in Black British women. **European Journal of Oncology Nursing**, v.15, p.173-177, 2011.

BATISTON, A.P.; TAMAKI, E.M.; SOUZA, L.A.; SANTOS, M.L.M. Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.11, n.2, p. 163-171, abr./jun. 2011.

BORGES, J.B.R., GUARISI, R., LACERDA, A.A., POLI J.L., BORGES, P.C.G., MORAES, S.S. Active search of women as an efficacy factor for a breast and cervical cancer screening program in the city of Jundiaí, São Paulo, Brazil. **Einstein**, v.8, n. 1, p. 34-39, jan./mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Controle do câncer de mama: documento de consenso. **Rev. Bras. Cancerol.**, v.50, n. 2, p. 77-90, 2004.

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de**

Mama no Brasil. Rio de Janeiro, 2015. 171p.

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama:** Proposta de Fortalecimento das Ações de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo do Útero e de Mama. Brasília, 2011. (Nota Técnica, n. 9).

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 95 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Cadernos de Atenção Primária, n. 29).

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** 2. ed. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **PNAB – Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 114p.

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde:** Declaração de Alma-Ata. Carta de Ottawa. Declaração de Adelaide. Declaração de Sunsvall. Declaração de Santa Fé de Bogotá. Declaração de Jacarta. Brasília, 2001.

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – 2015/2017.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 158p.

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60p.

_____. BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2016:** incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2016, 126 p.

BRITO, C.M.; BEZERRA, F.M.; NERY, I.S. Conhecimento e prática do auto-exame de mamas por enfermeiras. **Rev. Bras. Enferm.**, v.57, n.2, p.161-164, 2004.

BRITO L. M. O.; CHEIN M. B. C.; BRITO L. G. O.; AMORIM A. M. M.; MARANA H. R. C. Conhecimento, prática e atitude sobre o autoexame das mamas de mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5 p. 241-246, 2010.

BURANARUANGROTE, S.; SINDHU, S.; MAYER, D.K.; RATINTHORN, A.; KHUHAPREMA, T. Factors influencing the stages of breast cancer at the time of diagnosis in Thai women. **Collegian**, v21, p. 11-20, 2014.

BURRIS, L./ PAISLEY, J.; GREENBERG, M. Knowledge of antioxidants and breast cancer risk among women attending breast cancer risk assessment clinics. **Health Promotion Practice**, v.13, n.1, p.98-105, 2012.

CANTINELLI, F.S.; CAMACHO, R.S.; SMALETZ, O.; GONSALES, B. K.;

BRAGUITTONI, E.; RENNÓ, J.R.; A oncopsiquiatria no câncer de mama: considerações a respeito de questões do feminino. **Rev Psiquiatr Clín.**, São Paulo, v. 33, n.3, p.124-133, 2013.

CONASS. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama.** Proposta de Fortalecimento das Ações de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo do Útero e de Mama. 2011. Disponível em: <http://www.conass.org.br/notas%20tecnicas/NT%2009_2011>. Acesso em: 01 jul. 2016.

DOGANER, Y.C.; AYDOGAN, U.; KILBAS, Z.; ROHRER, J.E.; SARI, O.; USTERME, N.; YUKSEL, S.; AKBULUT, H.; BALKAN, S.M.; SAGLAM, K.; TUFAN, T. Predictors affecting breast self-examination practice among Turkish women. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v.15, n.20, p.9021-9025, 2014.

DOSHI, D.; REDDY, B.S.; KULKARNI, S.; KARUNAKAR, P. Breast self-examination: knowledge, attitude, and practice among female dental students in Hyderabad City, India. **Indian Journal of Palliative Care**, v.18, n.1, p. 68-73, 2012.

EARLY, J.; ARMSTRONG, S.N.; BURKE, S.; THOMPSON, D.L. US female college students breast health knowledge, attitudes and determinants of screening practices: new implications for health education. **Journal of American College Health**, v.59, n.7, p. 640-647, 2011.

EBERT, J.M.; HUBER, J.C.; RENE, A. Breast cancer screening practices and correlates among american Indian and Alasla native women in California, 2003. **Women's Health Issues**, v.20, p.139-145, 2010.

EDWARDS, Q.T.; MARADIEGUE, A.; SELBERT, D.; SAUNDERS-GOLDSON, S.; HUMPHREYS. Breast cancer risk elements and nurse practitioners' knowledge, use, and perceived comfort level of breast cancer risk assessment. **Journal of the American Academy of Nurse Predictioners**, v.21, p.270-277, 2009.

FERNANDES, A.F.C.; GALVÃO, C.M. Métodos de revisão: não podemos banalizar! [Editorial]. **Rev. Rene**, v.14, n.1, p.1-2, 2013.

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

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Célula de Atenção Básica. **Informe do programa de Saúde da Família.** Fortaleza, out. 2014.

FRANÇA, I.S.X; OLIVEIRA, C.F.; CRUZ, G.K.P; COURA, A.S.; ENDERS, B.C. Conhecimento de mulheres com deficiência física sobre câncer mamário e autoexame: estratégia educativa. **Rev. Rene**, v.13, n.4, p.766-774, 2012.

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

FREITAS JÚNIOR, R.; KOIFMAN, S.; SANTOS, N.R.M.; NUNES, M.O.A.; MELO, G.G.; RIBEIRO, A.C.G.; MELO, A.F.B. Conhecimento e prática do auto-exame de mama. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.52, n.5, p.337-341, 2006.

FREUND, A.; COHEN, M.; AZAIZA, F. The doctor is just a Messenger: beliefs of ultraorthodox jewish women in regard to breast câncer and screening. **J. Relig. Health**, v.53, p.1075-1090, 2014.

FRIE, K.G.; RAMADAS, K.; ANJU, G.; MATHEW, B.S.; MUWONGE, R.; SAUVAGET, C.; THARA, S.; SANKARANARAYANAN, R. Determinants of participation in a breast câncer screening trial in trivandrum district, India. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v.14, n.12, p.7301-7307, 2013.

GONÇALVES, L.L.C.; LIMA, A.V.; BRITO, E.S.; OLIVEIRA, M.M.; OLIVEIRA, L.A.R.; ABUD, A.C.F.; DALTRO, A.S.T.; BARROS, A.M.M.S.; GUIMARÃES, U.V. Mulheres portadoras de câncer de mama: conhecimento e acesso às medidas de detecção precoce. **Rev. Enferm. UERJ**, v.17, n.3, p.362-367, 2009.

GUCUK, S.; UYETURK, U. Effect of direct education on breast self examination awareness and practice among women in Bolu, Turkey. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v.14, n.12, p.7707-7711, 2013.

HAJI-MAHMOODI, M.; MONTAZERI, A.; JARVANDI, S.; EBRAHIMI, M.; HAGHIGHAT, S.; HARIRCHI, I. Breast self-examination: knowledge, attitudes and practices among female health care workers in Tehran, Iran. **The Breast Journal**, v.8, n.4, p.222-225, 2002.

INCA. **Tipos de Câncer:** Mama. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama++>. Acesso em: 02 fev. 2015.

INCA. **Detecção precoce:** Mama. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/deteccao_precoce+>. Acesso em: 02 jul. 2016.

INUMARU, L. E.; SILVEIRA, E. A.; NAVES, M. M. V. Fatores de Risco e de Proteção para Câncer de Mama: uma revisão sistemática. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.27, n.7, p.1259-1270, 2011.

JÁCOME, E.M., SILVA, R.M., GONÇALVES, M.L.C., COLLARES, P.M.C., BARBOSA, I.L. Detecção do Câncer de Mama: Conhecimento, Atitude e Prática dos Médicos e Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Mossoró, RN, Brasil. **Rev. Bras. de Cancerol.**, v.57, n. 2, p.189-198, 2011.

JONES, S.C.; MAGEE, C.A.; BARRIE, L.R.; IVERSON, D.C.; GREGORY, P.; HANKS, E.M.; NELSON, A.E.; NEHILL, C.L.; ZORBAS, H.M. Australian women's perceptions of breast cancer risk factors and the risk of developing breast cancer. **Women's Health Issues**, v.21, n.5, p.353-360, 2011.

KADMON, I.; GOLDIN, Y.; BDOLAH, Y.; FARHAT, M.; LIEBERGALL-WISCHNITZER, M. Knowledge, attitudes and practices of physicians and nurses regarding the link between IVF treatments and breast cancer. **European Journal of Oncology Nursing**, v.18, p.201-205, 2014.

KALIYAPERUMAL, K. **Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study**. AECs Illumination, v.4, n.1, p. 7-9, jan-mar, 2004.

KARA, B.; ACIKEL, C.H. Health beliefs and breast self-examination in a sample of Turkish nursing students and their mothers. **Journal of Clinical Nursing**, v.18, p.1412-1421, 2008.

KENNEDY, M.Y.; TAGGART, L.; MELLFATRICK, S. Breast cancer knowledge among women with intellectual disabilities and their experiences of receiving breast mammography. **Journal of Advanced Nursing**, v.67, n.6, p.1294-1304, 2011.

KIRBY, S.; HEGARTY, J. Breast awareness within an intellectual disability setting. **European Journal of Oncology Nursing**, v.14, p.328-336, 2010.

KORFAGE, I.J.; FUHREL-FORBIS, A.; UBEL, P.A.; ZIKMUND-FISHER, B.J.; GREENE, S.M.; MCCLURE, J.B.; SMITH, D.M.; ALFORD, S.H.; FAGERLIN, A. Informed choice about breast cancer prevention: randomized controlled trial of an online decision aid intervention. **Breast Cancer Research**, v.15, n.5, p.1-9, 2013.

LIMA, A. L. P.; ROLIM, N. C. O. P.; GAMA, M. E. A.; PESTANA, A. L.; LIMA DA SILVA, E.; CUNHA, L. F. Rastreamento oportunístico do câncer de mama entre mulheres jovens no Estado do Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.7, p. 1433-39, Jul. 2011.

LIU, M.; LI, J.; GENG, Y.; WANG, Y.; LI, J.; CHEN, Y.; ALI, G.; TARVER, S.L.; WEN, Y.; SUN, W. Correlation study of knowledge and behavior regarding breast care among female undergraduate students in China. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v.15, n.24, p.10943-10947, 2014.

LOH, S.Y.; PACKER, T.L.; YIP, C.; PASSMORE, A. Targeting health disparity in breast cancer: insights into women's knowledge of their cancer profile in Malaysia. **Asian Pacific of Cancer Prevention**, v.10, p.631-636, 2009.

MAREE, J.E.; WRIGHT, S.C.D. How would early detection be possible? An enquiry into cancer related knowledge, understanding and health seeking behaviour of urban black women in Tshwane, South Africa. **European Journal of Oncology Nursing**, v.14, p.190-196, 2010.

MARINHO, L.A.C.; 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.200-207, 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 centros de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.37, n.5, p.576-582, 2003.

MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v.17, n.4, p.758-764, 2008.

MONTEIRO, A.P.S.; ARRAES, E.P.P.; PONTES, L.B.; CAMPOS, M.S.S.; RIBEIRO, R.T.; GONÇALVES, R.E.B. Auto-exame das mamas: frequência do conhecimento, prática e fatores associados. **RBGO**, v.25, n.3, p.201-205, 2003.

NASCIMENTO, M. I.; SILVA, G. A.; MONTEIRO, G. T. R. História prévia de realização de teste de Papanicolaou e câncer do colo do útero: Estudo caso-controle na Baixada luminense. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1841-53, 2012.

NICOLAU, A. I. O.; PINHEIRO, A. K. B. Condicionantes sociodemográficos e sexuais do conhecimento, atitude e prática de presidiárias quanto ao uso de preservativos. **Texto Contexto Enferm.**, v. 21, n. 3, p. 581-590, 2012.

NORLAILI, A.A.; FATIHAH, M.A.; DALIANA, N.F.N.; MAZNAH, D. Breast Cancer awareness of rural women in Malasya: is it the same as in the cities? **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v.14, n.12, p.7161-7104, 2013.

OLIVEIRA, R.D.P. **Promoção da saúde da mulher no âmbito do controle do câncer de mama na estratégia saúde da família**. 2014. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

OTHMAN, A.K.; KIVINIEMI, M.T.; WU, Y.B.; LALLY, R.M. Influence of demographic factors, knowledge, and beliefs on Jordanian women's intention to undergo mammography screening. **Journal of Nursing Scholarship**, v.44, n.1, p.19-26, 2012.

OXFORD CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE. Levels of evidence (March 2009) Disponível em: <<http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>> Acesso em: 25 set. 2016.

PARSA, P.; KANDIAH, M.; ZULKEFLI, N.A.M.; RAHMAN, H.A. Knowledge and behavior regarding breast cancer screening among female teachers in Selangor, Malaysia. **Asian Pacific of Cancer Prevention**, v.9, p.221-228, 2008.

PENGPID, S.; PELTZER, K. Knowledge, attitude and practice of breast self-examination among female university students from 24 low, middle income and emerging economy countries. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v.15, n.20, p.8637-8640.

PETRO-NUSTAS, W.; TSANGARI, H.; PHELLAS, C.; CONSTANTINOU, C. Health beliefs and practice of breast self-examination among Young Cypriot women. **Journal of Transcultural Nursing**, v.24, n.2, p.180-188, 2016.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ROCQUE, G.B.; WISINSKI, K.B.; BUHR, K.A.; FROESCHNER, J.L.; JONES, N.; DONOHUE, S.; WIEGMANN, D.; SESTO, M.E.; TEVAARWERK, A.J. Development and evaluation of a survey to assess survivor knowledge changeafter survivorship care plans: WISDOM-B (Wisconsin Survey of câncer Diagnosis and Management in Breast Cancer). **J. Cancer Educ.**, v.29, n.2, p.270-277, 2014.

RODRIGUES, W. C. **Metodologia Científica**. FAETEC/IST. Paracambi, 2007. Disponível em: <http://pesquisaeducacaoufrgs.pbworks.com/w/file/fetch/64878127/Willian%20Costa%20Rodrigues_metodologia_cientifica.pdf>. Acesso em 15 abr. 2015.

ROMAN, A.R.; FRIEDLANDER, M.R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enferm**, v. 3, n. 2, p. 109-112, jul/dez. 1998.

ROSA, L. M.; RADUNZ, V. Do sintoma ao tratamento adjuvante da mulher com câncer de mama. **Texto & Contexto Enfermagem.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 713-21, Jul./Sep. 2013.

ROSMAWATI, NH.N. The usage and knowledge of mammogram among women in sub-urban área Terengganu, Malaysia. **Asian Pacific of Cancer Prevention**, v.11, p.767-771, 2010.

ROUSSI, P.; SHERMAN, K.A.; MILLER, S.; BUZAGLO, J.; DALY, M.; TAYLOR, A.; ROSS, E.; GODWIN, A. Enhanced counseling for women undergoing BRCA1/2 testing: impacto n knowledge and psychological distress – results from a randomized clinical trial. **Psychol. Health**, v.25, n.4, p.401-415, 2010.

SANTOS, G.D.; CHUBACI, R.Y.S. O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.5, p. 2433-2540, 2011.

SCHNEIDER, I.J.C.; GIEHL, M.W.C.; BOING, A.F.; D'ORSI, E. Rastreamento mamográfico do câncer de mama no Sul do Brasil e fatores associados: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, v.30, n.9, p.1987-1997, 2014.

SHIN, K.R.; PARK, H.J.; KIM, M. Practice of breast self-examination and knowledge of breast câncer among female university students in Korea. **Nursing and Health Sciences**, v.14, p.292-297, 2012.

TAN, A.S. Potential spillover educational effects of câncer-related direct-to-consumer advertising on câncer patients increased information seeking behaviors: results from a cohort sutdy. **J. Cnacer Educ.**, v.29, n.2, p.258-265, 2014.

TAŞÇI, A.; USTA, Y.Y. Comparison of knowledge and practices of breast self examination (BSE): a pilot study in Turkey. **Asian Pacific of Cancer Prevention**, v.11, p.1417-1420, 2010.

WU, T.Y.; RONIS, D. Correlates of recent and regular mammography screening among Asian-American women. **Journal of Advanced Nursing**, v.65, n.11, p.2434-2446, 2009.

YAVARI, P.; POURHOSEINGHOLI, M.A. Socioeconomic factors association with knowledge and practice of breast self-examination among Iranian women. **Asian Pacific of Cancer Prevention**, v.8, p.618-622, 2007.

**APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DOS ARTIGOS DA REVISÃO
INTEGRATIVA**

ARTIGO:	BASE DE DADOS:
ANO:	PAÍS:
AUTORES:	
PERIÓDICO:	
ÁREA:	
TIPO DE ESTUDO:	
NÍVEL DE EVIDÊNCIA:	
AVALIA: () CONHECIMENTO () ATITUDE () PRÁTICA	
SUB-TEMA: _____	
POPULAÇÃO DO ESTUDO:	
NÍVEL DE ATENÇÃO: () ATENÇÃO BÁSICA () AMBULATÓRIO () HOSPITALAR () UNIVERSIDADE () OUTRO _____	
RESULTADOS:	

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Caro Participante:

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada “Conhecimento, atitude e prática de usuárias da estratégia de saúde da família acerca de medidas de controle para o câncer de mama” que se refere a uma pesquisa desenvolvida por uma enfermeira mestranda do Programa de Pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal do Ceará tendo orientação da professora e pesquisadora Dra. Miria Conceição Lavinias Santos.

O objetivo deste estudo é Avaliar o conhecimento, atitude e prática de usuárias da ESF acerca de ações de promoção da saúde para o câncer de mama.

Sua forma de participação nesta pesquisa é: responder questões sobre seus dados socio-demográficos, história ginecológica e informações acerca do seu conhecimento, atitude e prática sobre câncer de mama. Essas informações serão utilizadas unicamente para apresentação em congressos e publicação em revista científica da área da saúde, garantindo-se sempre seu anonimato.

Os dados coletados permanecerão em poder exclusivo dos pesquisadores durante todo o decorrer da pesquisa e por um período de 5 anos, ao qual após serão destruídos.

O risco de sua participação nesse estudo está relacionado a constrangimentos provocados pela entrevista. A senhora não será obrigada a responder questões que não queira ou não se sinta à vontade, podendo recusar-se a responder. O entrevistador seguirá todos os princípios éticos como respeito à sua dignidade e não maleficência.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária, a senhora não receberá nenhum valor pela participação nesta pesquisa, e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado.

Recebi a garantia de que será mantido sigilo de minha identidade e de que poderei obter esclarecimentos sempre que o desejar com o pesquisador e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa, nos contatos e endereço abaixo mencionados. A minha participação está isenta de

despesas.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em duas vias, sendo assinadas pelo participante da pesquisa e a pesquisadora responsável, assim como todas as páginas serão rubricadas por ambas as partes.

Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Você ficará com uma cópia deste Termo e em caso de dúvida(s) e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa você poderá entrar em contato com a pesquisadora Marinna Maria de Andrade Costa - Avenida dos Expedicionários, 4886 - Bairro: Montese - Fortaleza – CE. Telefone: (85) 88881016 – email: marinnamariaaac@yahoo.com.br, ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal do Ceará (UFC) pelo telefone: (85) 33668344.

Eu _____ (**nome do participante e número do documento de identidade**), confirmo que Marinna Maria de Andrade Costa explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como a forma de participação. As alternativas para minha participação foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

Fortaleza, _____ de _____ de 2015.

(Assinatura do sujeito da pesquisa)

Obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do sujeito da pesquisa ou representante legal para a participação na pesquisa.

Marinna Maria de Andrade Costa
Enfermeira

**APÊNDICE D- CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO
INSTRUMENTO DE OLIVEIRA (2014)**



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

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

As enfermeiras Rosy Denyse Pinheiro de Oliveira e Miria Conceição Lavinias Santos, vêm por meio desta formalizar o consentimento para a utilização e adaptação dos formulários criados e utilizados na dissertação de Mestrado da aluna Rosy Denyse Pinheiro de Oliveira intitulada em “ Promoção da Saúde da Mulher no âmbito do controle do câncer de mama na estratégia saúde da família”.

Gostaria de solicitar que o mesmo seja referenciado e citado devidamente.

Em caso de dúvida, favor entrar em contato com as pesquisadoras no endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. Tel.: (85) 3366.8460.

Fortaleza 2014.


Rosy Denyse Pinheiro de Oliveira

RosyDenyse Pinheiro de Oliveira

Miria Conceição Lavinias Santos

Miria Conceição Lavinias Santos

APÊNDICE E - CARTA DE ACEITE DO COORDENADOR DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA



PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

DECLARAÇÃO

Número do Processo: **P651031/2015**

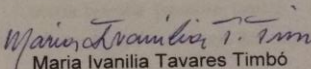
Título do Projeto de Pesquisa: **CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE USUÁRIAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ACERCA DE MEDIDAS DE CONTROLE PARA O CÂNCER DE MAMA.**

Pesquisadoras Responsáveis: **MARINNA MARIA DE ANDRADE COSTA E MÍRIA CONCEIÇÃO LAVINAS SANTOS.**

Instituição Proponente: **UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ.**

A Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - COGTES, conforme sua atribuição, declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio desta Coordenadoria, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, 29 de junho de 2015.


Maria Ivanília Tavares Timbó
Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

**ANEXO A – QUESTIONÁRIO PARA MULHERES ACOMPANHADAS NA ESF
(OLIVEIRA, 2014)**

I. Dados Sócio-demográficos e Antecedentes pessoais

1. UBASF:

- 1.1. Centro de Saúde
- 1.2. Bouqueirão
- 1.3. Mazagão
- 1.4. Carqueija
- 1.5. Pesqueiro

2. Qual sua ocupação? _____

3. Qual sua idade? _____ anos

4. Escolaridade:

- | |
|--|
| 4.1. Analfabeto/Fundamental 1 incompleto |
| 4.2. Fundamental 1 completo/Fundamental 2 incompleto |
| 4.3. Fundamental 2 completo /Médio incompleto |
| 4.4. Médio completo/Superior incompleto |
| 4.5. Superior completo |

5. Há quanto tempo você mora no atual endereço?

- | |
|------------------------------|
| 5.1. Menos de dois anos |
| 5.2. Entre dois e cinco anos |
| 5.3. Mais de cinco anos |

6. Com quantos anos você teve sua primeira menstruação? _____ anos

7. Você já está na menopausa?

- | | |
|----------|----------|
| 7.1. Sim | 7.2. Não |
|----------|----------|

Se sim, com quantos anos? _____ anos

8. Você tem filhos?

- | | |
|----------|----------|
| 8.1. Sim | 8.2. Não |
|----------|----------|

Se sim, quantos anos você tinha quando teve o primeiro? _____ anos

9. Você já amamentou?

- | | |
|----------|----------|
| 9.1. Sim | 9.2. Não |
|----------|----------|

10. Você tem caso de câncer de mama na família?

- | | |
|-----------|-----------|
| 10.1. Sim | 10.2. Não |
|-----------|-----------|

Se sim, quem é? _____

II. Aspectos relacionados ao conhecimento, atitude e prática

Conhecimento

11. Você já recebeu informações de câncer de mama?

- | | |
|-----------|-----------|
| 11.1. Sim | 11.2. Não |
|-----------|-----------|

12. Se sim, com que foi?

- | | |
|-----------------------|----------------------------------|
| 12.1. Enfermeiro | 12.2. Médico |
| 12.3. Agente de saúde | 12.4. Jornais/revistas/Televisão |
| 12.5. Amigos | 12.6. Outros |

13. Você sabe o que é mamografia e quando deve realizar?

- | | |
|-----------|-----------|
| 13.1. Sim | 13.2. Não |
|-----------|-----------|

14. Você sabe a diferença entre Auto Exame das Mamas e Exame Clínico das mamas?

- | | |
|-----------|-----------|
| 14.1. Sim | 14.2. Não |
|-----------|-----------|

15. Você conhece quais os fatores que aumentam a chance da mulher desenvolver o câncer de mama?

- | | |
|-----------|-----------|
| 15.1. Sim | 15.2. Não |
|-----------|-----------|

Se sim, quais são os que você conhece?

16. Você conhece os primeiros sinais e sintomas do câncer de mama?

- | | |
|-----------|-----------|
| 16.1. Sim | 16.2. Não |
|-----------|-----------|

Se sim, quais os que você conhece?

17. Você acha que a mulher que faz todo mês o Auto Exame das Mamas ainda necessita ter suas mamas examinadas por um profissional?

- | | |
|-----------|-----------|
| 17.1. Sim | 17.2. Não |
|-----------|-----------|

Atitude

18. Você se interessa em participar de palestras relacionadas ao câncer de mama? (Marque uma alternativa)

18.1. “Sim, Sempre que tiver eu irei”.
18.2. “Sim, quando tiver tempo eu vou”.
18.3. “Às vezes tenho vontade”
18.4. “Não, já sei o que é necessário”.
18.5. “Não, acho perda de tempo”.
18.6. “Nunca fui informada que teria”

19. Você já solicitou a um profissional de saúde que examinasse suas mamas mesmo sem sentir nada?

19.1. Sim	19.2. Não
-----------	-----------

20. Você já pediu a um profissional que ele solicitasse sua mamografia?

20.1. Sim	20.2. Não
-----------	-----------

21. Caso responda não, por quê?

21.1. “Não sabia que eu precisava fazer”
21.2. “Não, ele é que sabe a hora de pedir”.
21.3. “Não, ninguém consegue marcar mesmo”.
21.4. “Não, eles sempre solicitam na hora certa”.
21.5. “Não sei responder”

Prática

22. Você realiza consulta anual para exame das mamas por um profissional da saúde?

22.1. Sim	22.2. Não
-----------	-----------

23. Você fuma?

23.1. Sim	23.2. Não
-----------	-----------

1	2	3	4	5
6	7	8	9	10
11	12	13	14	15

24. Você ingere bebidas alcoólicas?

24.1. Sim	24.2. Não
-----------	-----------

25. Você realiza Auto Exames das Mamas mensalmente?

25.1. Sim	25.2. Não
-----------	-----------

16	17	18	19	20
21	22	23	24	25

ANEXO B- CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL (CCEB)



associação brasileira de empresas de pesquisa

P.XX Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

Vamos começar? No domicílio tem _____ (LEIA CADA ITEM)

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto
Fundamental completo/Médio incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
Superior completo	Superior Completo

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US\$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa).

Nenhum critério estatístico, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmarções frequentes do tipo “... conheço um sujeito que é obviamente classe D, mas pelo critério é classe B...” não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem, porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da adequação do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas.

**ANEXO C- QUESTIONÁRIO PARA MULHERES ACOMPANHADAS NA ESF
ADAPTADO (OLIVEIRA, 2014)**

I. Dados Sócio-demográficos e Antecedentes pessoais

1. SER: _____

1.1 UAPS: _____

2. Qual sua ocupação? _____

3. Qual sua idade? _____ anos

4. Escolaridade:

4.1. Analfabeto/Fundamental 1 incompleto
4.2. Fundamental 1 completo/Fundamental 2 incompleto
4.3. Fundamental 2 completo /Médio incompleto
4.4. Médio completo/Superior incompleto
4.5. Superior completo

5. Há quanto tempo você mora no atual endereço?

5.1. Menos de dois anos
5.2. Entre dois e cinco anos
5.3. Mais de cinco anos

6. Com quantos anos você teve sua primeira menstruação? _____ anos

7. Você já está na menopausa?

7.1. Sim	7.2. Não
----------	----------

Se sim, com quantos anos? _____ anos

8. Você tem filhos?

8.1. Sim	8.2. Não
----------	----------

Se sim, quantos anos você tinha quando teve o primeiro? _____ anos

9. Você já amamentou?

9.1. Sim	9.2. Não
----------	----------

10. Você tem caso de câncer de mama na família?

10.1. Sim	10.2. Não
-----------	-----------

Se sim, quem é? _____

II. Aspectos relacionados ao conhecimento, atitude e prática

Conhecimento

11. Você já recebeu informações de câncer de mama?

11.1. Sim	11.2. Não
-----------	-----------

12. Se sim, com que foi?

12.1. Enfermeiro	12.2. Médico
12.3. Agente de saúde	12.4. Jornais/revistas/Televisão
12.5. Amigos	12.6. Outros

13. Você sabe o que é mamografia e quando deve realizar?

13.1. Sim	13.2. Não
-----------	-----------

14. Você sabe a diferença entre Auto Exame das Mamas e Exame Clínico das mamas?

14.1. Sim	14.2. Não
-----------	-----------

15. Você conhece quais os fatores que aumentam a chance da mulher desenvolver o câncer de mama?

15.1. Sim	15.2. Não
-----------	-----------

Se sim, quais são os que você conhece?

16. Você conhece os primeiros sinais e sintomas do câncer de mama?

16.1. Sim	16.2. Não
-----------	-----------

Se sim, quais os que você conhece?

17. Você acha que a mulher que faz todo mês o Auto Exame das Mamas ainda necessita ter suas mamas examinadas por um profissional?

17.1. Sim	17.2. Não
-----------	-----------

Atitude

18. Você se interessa em participar de palestras relacionadas ao câncer de mama? (Marque uma alternativa)

18.1. "Sim, Sempre que tiver eu irei".
18.2. "Sim, quando tiver tempo eu vou".
18.3. "Às vezes tenho vontade"
18.4. "Não, já sei o que é necessário".
18.5. "Não, acho perda de tempo".
18.6. "Nunca fui informada que teria"

19. Você já solicitou a um profissional de saúde que examinasse suas mamas mesmo sem sentir nada?

19.1. Sim	19.2. Não
-----------	-----------

Prática

22. Você realiza consulta anual para exame das mamas por um profissional da saúde?

22.1. Sim	22.2. Não
-----------	-----------

23. Você fuma?

23.1. Sim	23.2. Não
-----------	-----------

1	2	3	4	5
6	7	8	9	10
11	12	13	14	15

20. Você já pediu a um profissional que ele solicitasse sua mamografia?

20.1. Sim	20.2. Não
-----------	-----------

21. Caso responda não, por quê?

21.1. "Não sabia que eu precisava fazer"
21.2. "Não, ele é que sabe a hora de pedir".
21.3. "Não, ninguém consegue marcar mesmo".
21.4. "Não, eles sempre solicitam na hora certa".
21.5. "Não sei responder"

24. Você ingere bebidas alcoólicas?

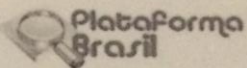
24.1. Sim	24.2. Não
-----------	-----------

25. Você realiza Auto Exames das Mamas mensalmente?

25.1. Sim	25.2. Não
-----------	-----------

16	17	18	19	20
21	22	23	24	25

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIAL DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ/ PROPESQ 

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE USUÁRIAS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ACERCA DE MEDIDAS DE CONTROLE PARA O CÂNCER DE

Pesquisador: Marinna Maria de Andrade Costa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 48243115.0.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.219.832

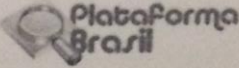
Apresentação do Projeto:

Tendo em vista a importância de estratégias para redução da mortalidade por câncer de mama e o papel das mulheres assistidas na atenção primária, o estudo terá como objetivo avaliar o conhecimento, atitude e prática das usuárias da Estratégia de Saúde da Família acerca de ações de controle para o câncer de mama. Tratar-se-á de um estudo avaliativo, de corte transversal, com a utilização do Inquérito Conhecimento, Atitude e Prática (CAP). O estudo será desenvolvido no município de Fortaleza-CE. A seleção das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) se dará com base nas unidades de referência de cada Secretaria Executiva Regional, cada uma apresenta uma média de 3 unidades de referência. As usuárias que são acompanhadas pela ESF e que estão na faixa etária de risco para incidência do câncer de mama (20 anos), segundo o Ministério da Saúde, corresponderão à amostra selecionada, que totalizará 384 mulheres. Os dados serão coletados a partir de uma entrevista utilizando dois instrumentos: o primeiro é o questionário adaptado de Oliveira (2014) que contém 25 questões e avalia variáveis sócio-demográficas, variáveis clínicas/ginecológicas e variáveis referentes ao conhecimento, atitude e prática quanto ao câncer de mama. O segundo instrumento é o questionário que corresponde ao Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresa de Pesquisa (ABEP).

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-275
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** comepe@ufc.br

Página 01 de 04

ANEXO D – PARECER CONSUBISTANCIAL DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CONTINUAÇÃO)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ/ PROPESQ 

Continuação do Parecer: 1.219.832

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o conhecimento, atitude e prática das usuárias da ESF acerca de ações de controle para o câncer de mama.

Identificar as características sociodemográficas e clínicas das usuárias acompanhadas nas Unidades Básicas de Assistência à Saúde da Família.

Associar as variáveis sócio-demográficas e clínicas com o conhecimento, atitude e prática das mulheres acompanhadas nas Unidades Básicas de Assistência à Saúde da Família.

Comparar o conhecimento e a atitude com a prática em relação às ações de controle para o câncer de mama.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a pesquisadora os:

Riscos:

Poderá acarretar riscos mínimos (desconforto e constrangimento), já que as informações serão preservadas em sigilo e a identidade do entrevistado mantida desconhecida e não envolverão despesas, como também gratificações ou ajuda financeira para o sujeito da pesquisa.

Benefícios:

Não haverá benefício direto, porém permitirá estabelecer o diagnóstico acerca do conhecimento, atitude e práticas das usuárias dos serviços da Estratégia de Saúde da Família acerca das medidas de controle para o câncer de mama, o que facilitará o melhor planejamento das ações de saúde e criação de estratégias educativas para a população, além de contribuir para melhorias na qualidade da assistência prestada na atenção básica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de caráter relevante, pois trata da inserção de inquérito para análise das ações de controle para o câncer de mama. Metodologia bem detalhada e bem como o instrumento de apreensão dos dados da pesquisa.

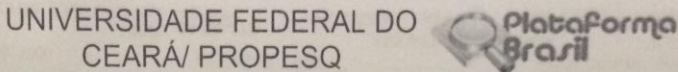
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os documentos e termos para a inserção do projeto no COMEPE

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-275
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** comepe@ufc.br

Página 02 de 04

ANEXO D – PARECER CONSUBISTANCIAL DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CONTINUAÇÃO)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ / PROPESQ

Continuação do Parecer: 1.219.832

Recomendações:
Aprovada pesquisa salvo melhor juízo do Conselho de Ética da UFC.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Não há pendências

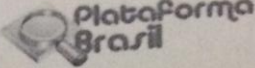
Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_534817.pdf	27/07/2015 15:55:44		Aceito
Outros	CARTA DE ANUENCIA.pdf	31/07/2015 00:22:42		Aceito
Outros	DECLARAÇÃO DE CONCORDANCIA.pdf	31/07/2015 00:24:11		Aceito
Outros	ORÇAMENTO.pdf	31/07/2015 00:24:50		Aceito
Outros	CRONOGRAMA OU PERIODO DE REALIZACAO DA PESQUISA.pdf	31/07/2015 00:25:20		Aceito
Outros	TERMO DE COMPROMISSO.pdf	31/07/2015 00:26:04		Aceito
Outros	TERMO DE RESPONSABILIDADE.pdf	31/07/2015 00:26:38		Aceito
Outros	CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO COMITE DE ETICA.pdf	31/07/2015 00:27:22		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA DE ROSTO.pdf	31/07/2015 00:21:09		Aceito
Outros	CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO.pdf	31/07/2015 00:29:28		Aceito
Outros	Curriculo Lattes Marinna.pdf	31/07/2015 00:30:04		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_534817.pdf	31/07/2015 00:32:12		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO DE DISSETAÇÃO MARINNA ANDRADE.pdf	13/08/2015 19:40:18		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE 1.pdf	13/08/2015 19:42:58		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_534817.pdf	13/08/2015 19:43:45		Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-275
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** comepe@ufc.br

**ANEXO D – PARECER CONSUBISTANCIAL DO COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA (CONTINUAÇÃO)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ 

Continuação do Parecer: 1.219.832

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

FORTALEZA, 09 de Setembro de 2015

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo
UF: CE **Município:** FORTALEZA **CEP:** 60.430-275
Telefone: (85)3366-8344 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** comepe@ufc.br