



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

ANNA PAULA SOUSA DA SILVA

EFEITOS DA APLICABILIDADE DE UM MANUAL EDUCATIVO PARA AÇÕES DE
DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA.

Fortaleza -Ceará

2012

ANNA PAULA SOUSA DA SILVA

**EFEITOS DA APLICABILIDADE DE UM MANUAL EDUCATIVO PARA AÇÕES
DE DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA.**

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

Área de concentração Enfermagem na Promoção da Saúde.

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

Orientadora: Profa. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes.

FORTALEZA-CEARÁ

2012

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

S578e Silva, Anna Paula Sousa da
Efeitos da aplicabilidade de um manual educativo para ações de detecção precoce do câncer de mama / Anna Paula Sousa da Silva. – 2012.
138 f. : il.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2012.
Orientação: Profa. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes

1. Neoplasias da Mama 2. Promoção da Saúde 3. Diagnóstico Precoce I. Título.
CDD 616.99449

ANNA PAULA SOUSA DA SILVA

**EFEITOS DA APLICABILIDADE DE UM MANUAL EDUCATIVO PARA AÇÕES
DE DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA.**

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

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora:

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

Prof. Dr. Francisco Stélio de Souza
Universidade Estadual da Paraíba

Profa. Iliana Maria de Almeida Araújo
Universidade de Fortaleza

Profa. Dra. Mariza Silva de Oliveira
Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará

Profa. Dra. Lorena Barbosa Ximenes

Aos meus pais, Jaime e Norma, minha fortaleza, que me ensinaram o amor incondicional e a importância de buscar meus ideais;

Ao meu esposo, Roberto Guedes, que ao seu lado aprendi a amar e a sentir-me amada, aprendi a respeitar e ser respeitada e principalmente aprendi que não podemos ter medo de lutar para ser feliz, devemos vencer sempre os obstáculos impostos.

AGRADECIMENTOS

- ❖ A Deus, todo poderoso, Senhor da minha vida, cuja infinita bondade e misericórdia têm me sustentado e propiciado formas para manter a fé, em meio a situações difíceis, fazendo-me reerguer nos momentos mais atribulados;
- ❖ Ao meu esposo, Roberto, por sua atenção e pelo carinho dedicado. Nos momentos difíceis você me fez ver que as vezes precisamos cair para aprender a levantar e vencer as dificuldades. Foi a tua mão que encontrei estendida, quando realmente precisei e foram, sobretudo, teus ombros que me apoiaram quando senti-me só e angustiada. Tuas palavras me orientam, mostrando sempre o caminho correto. Sua força interior era tudo que precisava para vencer mais esta batalha.
- ❖ Aos meus pais, Jaime e Norma, pela doação de uma vida inteira, com companheirismo e demonstração de admiração pelo meu trabalho e que hoje, trazem no brilho de seus olhos o orgulho por mais esta vitória conquistada;
- ❖ Aos meus irmãos, João Paulo e André Luis, cada um com seu jeito de ser, por suas ajudas e admiração por tudo o que faço;
- ❖ À minha orientadora, Profa. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes, por seus ensinamentos, seu companheirismo nas horas de aflição e credibilidade ao meu trabalho. Pelo seu apoio nos momentos difíceis, por sua resolutividade imediata, por seus sinceros conselhos e, sobretudo, pela sua força e companheirismo no momento mais difícil desta caminhada, principalmente, por conta do meu problema de saúde. Serei eternamente grata a esta pessoa tão humana e tão companheira.
- ❖ Ao professor Paulo César, por sua simplicidade e companheirismo, por ter doado parte de seu tempo, abrindo as portas do conhecimento estatístico.
- ❖ À CAPES pela concessão do fomento que possibilitou a realização deste estudo;
- ❖ Ao meu amigo Stélio, por todas as batalhas que vencemos juntos, por todo o sacrifício sofrido para as suadas publicações, por seu apoio nos momentos de insegurança, pelos momentos felizes que passei em sua companhia principalmente em nossas viagens para congressos, como foram divertidos esses momentos. Tenho muito orgulho de ser sua amiga por ele ser uma pessoa simples e ao mesmo tempo extremamente sofisticada.
- ❖ À minha amiga Mariza, que desde o início da minha vida acadêmica esteve junto em muitas batalhas vivenciadas, quantas oficinas desenvolvidas, quantas publicações sofridas, o angústias compartilhadas. Mas o melhor de tudo isso foram os momentos de alegrias, de

motivos de grandes risadas e, sobretudo, da parceria desenvolvida. Agradeço ainda sua autorização para utilização de seu manual educativo neste trabalho.

❖ Às acadêmicas do projeto Saúde Materna e Mamária por suas contribuições no desenvolvimento deste trabalho, serei eternamente grata pelo empenho de vocês.

❖ À acadêmica, Camila Brasil, em especial, por toda ajuda oferecida, o trabalho desempenhado, o interesse demonstrado para a realização deste trabalho, por todo seu apoio no momento que eu estava mais debilitada, por suas palavras de conforto e pelas orações oferecidas. Jamais esquecerei sua ajuda e seu apoio.

❖ Aos professores, Francisco Stélio, Mariza Silva, Iliana Araújo, Lorena Barbosa, Marcos Venícius e Paulo César, por aceitarem participar desta banca, pelas críticas e sugestões que contribuíram para a conclusão desta tese.

RESUMO

SILVA, A.P.S. **Efeitos da aplicabilidade de um manual educativo para ações de detecção precoce do câncer de mama.** 2012. 146f. Tese. (Doutorado). Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

O controle do câncer de mama fundamenta-se no mapeamento do risco, no planejamento e na implementação de ações que visam à detecção de tumores cada vez menores, proporcionando melhorar a assistência à saúde, diminuindo os gastos desnecessários e estimulando o desenvolvimento de estratégias educativas. Objetivou-se avaliar os efeitos da aplicação de um manual educativo relacionado aos exames de detecção precoce do câncer de mama para mulheres. Trata-se de um estudo quase-experimental, realizado no município de Fortaleza-Ce em uma Unidade Básica de Saúde. A população do estudo foi composta por mulheres cadastradas na referida unidade que realizaram o exame de prevenção ginecológica, nos meses de abril e maio de 2011, destinados para a primeira etapa da coleta de dados, sendo baseada no número de atendimentos ginecológicos mensais, totalizando uma amostra de 294 mulheres, distribuídas equitativamente em grupo intervenção-GI e grupo controle-GC. A coleta de dados foi feita através de uma entrevista por meio de um formulário do tipo inquérito CAP (conhecimento, atitude e prática), elaborado baseado no conhecimento dos exames de detecção precoce e na realização correta dos mesmos, além de características sócio-demográficas das participantes e informações sobre fatores de risco para câncer de mama nestas mulheres. O estudo foi desenvolvido em duas fases para o GI (inquérito CAP pré-intervenção acompanhado de uma sessão educativa do manual com leitura posterior dos mesmos pelas participantes e consulta de retorno com preenchimento do inquérito CAP pós-intervenção) e, uma fase para GC (inquérito CAP). O material educativo aplicado trata-se de um manual de orientações a mulheres mastectomizadas onde foram utilizados os dois primeiros capítulos que correspondem a explicações voltadas para os exames de detecção precoce. Para a análise estatística, utilizou-se o programa SPSS versão 16.0 e os dados foram tabulados, processados e analisados, em tabelas. Os testes estatísticos foram selecionados de acordo com a necessidade da análise dos dados, a fim de alcançar os objetivos propostos, com confiabilidade e validade do instrumento. Após análise dos dados observou-se a homogeneidade dos dois grupos, mostrando a associação das variáveis sociodemográficas e das variáveis relacionadas aos fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de mama. Contudo, puderam-se observar diferenças significativas nos escores, no que se refere ao grau de conhecimento, atitude e a prática em relação à realização dos exames de detecção precoce

do câncer de mama, quando comparados após aplicação da intervenção educativa, notando-se que o grupo intervenção pós-manual mostrou a maioria das variáveis comparativas superiores às do grupo controle e às do grupo intervenção antes do manual, isto é, após a aplicação do manual educativo, houve mudanças significantes voltadas para o diagnóstico precoce do câncer de mama. O estudo tornou-se relevante à medida que propôs avaliar uma estratégia de educação em saúde, a fim minimizar as lacunas do conhecimento e a realização dos exames de detecção precoce do câncer de mama e, dessa forma, melhorar a assistência à saúde mamária. Nesse sentido, comprova-se a tese de que a intervenção educativa, com a utilização de um manual educativo sobre detecção precoce do câncer de mama para mulheres, possibilitou importantes resultados na promoção da saúde mamária, através da prevenção secundária.

Palavras-chave: Neoplasias da mama. Promoção da Saúde. Detecção Precoce.

ABSTRACT

SILVA, A.P.S. **The effects of the application of an educational handbook for actions in early detection of breast cancer.** 2012. 146p. Thesis. (Doctorate). Faculty of Pharmacy, Dentistry and Nursing, Federal University of Ceará, Fortaleza.

The control of breast cancer is based on risk mapping, planning and implementation of actions aimed to detect increasingly smaller tumors, providing better health care, reducing unnecessary spending and stimulating the development of educational strategies. The objective was to assess the effects of the application of an educational handbook related to early detection tests of breast cancer for women. This is a quasi-experimental study carried out in Fortaleza-CE, Brazil, in a Basic Health Unit. The study population consisted of women registered in this unit who underwent preventive gynecological examination in April and May 2011, intended for the first stage of data collection, being based on the number of gynecologic examination per month, totaling a sample of 294 women, equally distributed in intervention group and control group. Data collection happened through an interview by a KAP (knowledge, attitude and practice) survey, developed based on knowledge of early detection tests and the correct performance of them, as well as socio-demographic characteristics of participants and information about risk factors for breast cancer in these women. The study was developed in two phases for the intervention group (pre-intervention KAP survey followed by an educational session of the manual and later reading by the same participants and a return visit to post-intervention KAP), and a phase for the control group (KAP survey). The educational material used is a manual of guidelines for mastectomized women where we used the first two chapters that correspond to explanations focused on early detection tests. For statistical analysis we used SPSS program version 16.0 and data was tabulated, processed and analyzed in tables. Statistical tests were selected according to the need for data analysis, in order to achieve the proposed objectives, with reliability and validity of the instrument. After data analysis we observed the homogeneity of both groups, showing the association of socio-demographic variables and variables related to risk factors for developing breast cancer. However, we could verify significant differences in scores, regarding the degree of knowledge, attitude and practice on the performance of examinations for early detection of breast cancer, when compared after application of the educational intervention, noticing that the post-manual intervention group presented most of the comparative variables higher than the control group and the intervention group before the handbook, which means, after the implementation of an educational handbook, there were significant changes addressed at early diagnosis of breast cancer. The study became relevant once it proposed to assess a health education strategy, in order to minimize the gaps in knowledge and performance of the examinations for early detection of breast cancer, thus improving breast health care. In this sense, we prove the thesis that the educational intervention using an educational handbook on early detection of breast cancer for women, allowed significant results in promoting breast health through secondary prevention.

Keywords: Breast Neoplasms, Health Promotion, Early Detection of Cancer.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|-----|
| Figura 1: Distribuição da amostra do estudo. Fortaleza-Ce, 2012..... | 44 |
| Figura 2: Representação gráfica das etapas do estudo. Fortaleza-Ce, 2012..... | 51 |
| Tabela 1: Distribuição das participantes quanto às características socioeconômicas e demográficas. Fortaleza-Ce, 2012..... | 57 |
| Tabela 2: Comparação das médias das variáveis idade, renda e anos de de escolaridade segundo os grupos. Fortaleza, 2012..... | 58 |
| Tabela 3: Distribuição dos fatores de risco para o câncer de mama entre os grupos do estudo. Fortaleza-Ce, 2012..... | 68 |
| Tabela 4: Comparação das médias das variáveis fatores de risco, segundo os grupos. Fortaleza, 2012..... | 73 |
| Tabela 5: Distribuição das variáveis relacionadas ao conhecimento dos exames de detecção precoce do câncer de mama entre os grupos do estudo. Fortaleza-Ce, 2012..... | 90 |
| Tabela 6: Conhecimento dos exames de detecção precoce do câncer pelas mulheres dos grupos participantes do estudo. Fortaleza-Ce, 2011-2012 | 95 |
| Tabela 7: Distribuição das variáveis relacionadas à atitude das participantes em relação aos exames de detecção precoce do câncer de mama entre os grupos do estudo. Fortaleza-Ce, 2011-2012..... | 97 |
| Tabela 8: Atitude das participantes em relação aos exames de detecção precoce do câncer de mama entre os grupos do estudo. Fortaleza-Ce, 2011-2012..... | 99 |
| Tabela 9: Distribuição das variáveis relacionadas à prática das participantes em relação aos exames de detecção precoce do câncer de mama entre os grupos do estudo. Fortaleza-Ce, 2011-2012..... | 101 |
| Tabela 10: Atitude das participantes em relação aos exames de detecção precoce do câncer de mama entre os grupos do estudo. Fortaleza-Ce, 2011-2012..... | 109 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------------|---|
| AICR | American Institute for Cancer Research |
| BHGI | Breast Health Global Initiative |
| BRCA | Breast Cancer |
| CAP | Conhecimento, Atitude e Prática |
| CLIS | Carcinoma Lobular in Situ |
| CEP | Comitê de Ética e Pesquisa |
| EPM | Erro Padrão de Média |
| ESF | Estratégia da Saúde da Família |
| GC | Grupo Controle |
| GI | Grupo Intervenção |
| GIa | Grupo Intervenção antes do manual |
| GIId | Grupo Intervenção depois do manual |
| HDA | Hiperplasia Ductal Atípica |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| HLA | Hiperplasia Lobular Atípica |
| INCA | Instituto Nacional de Câncer |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PNAD | Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio |
| PNAISM | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher |
| SER | Secretaria Executiva Regional |
| SES-SP | Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo SES-SP |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SPSS | Statistical Package for the Social Sciences |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFC | Universidade Federal do Ceará |
| WCRF | World Cancer Research Fund |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| 1 INTRODUÇÃO | 13 |
| 2 OBJETIVOS | 22 |
| 2.1 Objetivo geral | 22 |
| 2.2 Objetivos específicos: | 22 |
| 3 HIPÓTESES | 23 |
| 4 REFLEXÕES ACERCA DO CÂNCER DE MAMA – O ESTADO DA ARTE | 24 |
| 5 PROMOÇÃO DA SAÚDE NA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA | 30 |
| 6 MATERIAL E MÉTODOS | 40 |
| 6.1 Tipo de estudo | 40 |
| 6.2 Descrição do local da pesquisa | 41 |
| 6.3 População e amostra do estudo | 42 |
| 6.4 Material educativo aplicado | 45 |
| 6.5 Procedimentos técnicos na coleta de dados | 46 |
| 6.6 Teste piloto | 52 |
| 6.7 Organização e Análise dos dados | 53 |
| 6.8 Aspectos éticos | 53 |
| 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 55 |
| 7.1 Características socioeconômicas e demográficas | 55 |
| 7.2 Fatores de risco para o câncer de mama | 66 |
| 7.3 Resultados do estudo referentes aos efeitos da intervenção com base no conhecimento, Atitude e Prática sobre os exames de detecção precoce do câncer de mama | 88 |
| 8 CONCLUSÃO | 114 |
| 9 LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA | 117 |
| REFERÊNCIAS | 119 |
| APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO MANUAL EDUCATIVO | 133 |
| APÊNDICE B – INQUÉRITO CAP | 134 |
| APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 136 |
| ANEXO A – PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ | |

DE ÉTICA 137

**ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE** 138

1 INTRODUÇÃO

Em decorrência das alterações demográficas experienciadas atualmente pela população brasileira, tais como: o aumento da vida média, a queda da taxa de fecundidade, as modificações no estilo de vida e uma maior exposição a determinados riscos ambientais tem ocorrido um aumento significativo na quantidade de casos de doenças crônicas dentre as quais se enquadra o câncer (BRASIL, 2006a).

As mudanças demográficas e os estilos de vida que se produziram nas últimas décadas na maioria dos países da Ásia, África e América Latina modificaram a exposição de suas populações aos riscos associados ao câncer em geral e ao câncer de mama em particular. A ampliação do acesso a serviços sanitários e água potável, as melhoras na nutrição e o incremento nas coberturas de vacinação, entre outros fatores, deram lugar a um decréscimo da mortalidade infantil que, por sua vez, deu origem a uma diminuição da fecundidade e um aumento da expectativa de vida (FRENK, 2009).

As estatísticas atuais mostram que mais da metade dos casos novos de câncer reportados anualmente ocorrem em países subdesenvolvidos e que mesmo nos países desenvolvidos, as classes sociais menos privilegiadas são as que apresentam as maiores taxas da doença. O número de casos novos apresenta tendência ascendente devido às mudanças ambientais, urbanização crescente e adoção de estilos de vida favoráveis a carcinogênese, assim como ao acúmulo de pessoas idosas na população (MOLINA; DALBEN; LUCA, 2003).

A modificação no estilo de vida da população, destacando-se a adoção de hábitos de vida não saudáveis, é significativa no aumento de casos de câncer na população mundial e, dentre todos os tipos de câncer, a neoplasia mamária é o que se destaca entre as mulheres.

O perfil desta neoplasia, sem dúvida, está mudando. Está afetando de maneira crescente as mulheres dos países de menores recursos. Hoje, mais de 55% das mortes por câncer de mama se apresentam nos países de recursos baixos e médios. Em 2020, por volta de 70% dos casos desta enfermidade se apresentarão no mundo em desenvolvimento (PORTER, 2008).

Na maioria dos países, o câncer de mama tem apresentado incidências elevadas e crescentes. Dos casos registrados no mundo, 43% estão em países em desenvolvimento, chamando a atenção para a necessidade de implementação de ações de promoção da saúde, de prevenção e tratamento desse câncer também nas regiões economicamente menos favorecidas (AMORIM et al., 2008).

O diagnóstico de câncer de mama é provavelmente o mais temido entre a população feminina, em razão de sua elevada incidência e, sobretudo, pelo impacto psicológico e social que ocasiona, principalmente em decorrência dos medos e tabus que cercam esta doença (FERNANDES; MAMEDE, 2003).

Esta neoplasia tem-se caracterizado como um grave problema de saúde pública, não só pelo número de casos crescentes diagnosticados a cada ano, mas também pelo investimento financeiro que é necessário para equacionar as questões de diagnóstico e tratamento. O que indica uma forte associação deste tipo de câncer com as condições de vida precárias, os baixos índices de desenvolvimento humano, a ausência ou fragilidade das estratégias de educação comunitária (promoção e prevenção da saúde) e com a dificuldade de acesso a serviços públicos de saúde para o diagnóstico precoce e o tratamento de lesões precursoras (INCA, 2012).

A maior taxa de incidência deste tumor se tem observado nos países da América do Norte e no norte da Europa; as taxas intermediárias têm sido registradas na Europa Ocidental, Oceania e Israel; e as taxas mais baixas no leste e sul da Europa, América Latina e Ásia. Grande parte da variabilidade das taxas de incidência entre os distintos países se tem atribuído ao uso diferencial da mamografia, diferenças nos estilos de vida, fatores genéticos e, em parte, nos diversos fatores que se relacionam com a exposição a estrógenos ao longo da vida de uma mulher, como os fatores reprodutivos (TORRES-MEJÍA; ÁNGELES-LLERENAS, 2009).

Na América Latina e no Caribe as taxas de mortalidade por câncer de mama têm aumentado na grande maioria dos países desta região desde pelo menos 40 anos. Calcula-se que nesta parte do mundo a incidência é de 100 mil casos anuais de câncer de mama e que por esta causa falecem ao ano 35 mil mulheres (PORTER, 2008).

A expansão desta enfermidade nos países em vias de desenvolvimento é inversamente proporcional ao crescimento concomitante de sua detecção e tratamento. Na maioria destes países existe pouca consciência desta doença, em relação à disposição de serviços suficientes para a detecção precoce e não se conta com os recursos humanos com equipamentos e insumos clínicos necessários (FRENK, 2009).

Segundo tipo mais frequente no mundo, o câncer de mama é o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. Esta neoplasia, no Brasil, representa a primeira causa de morte por câncer entre as mulheres. Segundo o Instituto Nacional do Câncer - INCA, o número de casos novos de câncer de mama esperados no Brasil para 2012 é de 52.680, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres. Para o Ceará, tem-se uma estimativa de 1770 novos casos, sendo 720 destes para a capital, o que

equivale às taxas brutas de 39,11/100.000 e 52,78/100.000 mulheres, respectivamente (INCA, 2012).

Segundo Molina, Dalben e Luca (2003), até o momento, o câncer de mama não pode ser evitado. Todavia, algumas das etapas da história natural da doença são conhecidas, bem como seus fatores de risco e de proteção. Destaca-se atividade física moderada, dieta rica em frutas e verduras, primeira gestação antes dos 30 anos de idade, menarca tardia, menopausa precoce como alguns dos fatores de proteção conhecidos.

Alguns fatores são considerados para a predisposição do seu aparecimento, tais como: história familiar, especialmente de mãe e irmã acometidas antes da pré-menopausa; a idade, que constitui outro importante fator de risco, havendo um aumento rápido da incidência com o aumento da idade; a menarca precoce; a menopausa tardia (instalada após os 50 anos de idade); a ocorrência da primeira gravidez após os 30 anos e a nuliparidade; a ingestão regular de álcool, mesmo que em quantidade moderada; a exposição a radiações ionizantes em idade inferior a 35 anos e o uso de contraceptivos orais, embora este último ainda seja controverso (INCA, 2010).

A chave do controle do câncer de mama é a prevenção secundária com a detecção precoce. Por mais ampla que seja a cobertura das intervenções curativas, este adoecimento só poderá controlar-se se forem implementadas medidas necessárias para detectá-lo em suas etapas iniciais. Isto obriga, entre outras medidas, iniciativas para impulsionar decididamente o treinamento dos profissionais da saúde para uma exploração clínica competente que seja ingrediente indispensável para promover ações desde a atenção primária e para reforçar a prática dos exames de detecção precoce entre as mulheres. Assim, é preciso ampliar a oferta dos serviços de mamografia como instrumento de eficiência e qualidade; fortalecer os programas de formação de médicos e técnicos radiológicos, e desenvolver campanhas para assegurar que as mulheres maiores de 40 anos se submetam a mamografias periódicas (FRENK, 2009).

A maioria dos diagnósticos de câncer de mama é realizada em estágios tumorais avançados, fazendo-se necessário instituir tratamentos mais radicais, ocasionando o aumento significativo de morbidade e pior qualidade de vida (BERGMANN; MATOS; KOIFMAN, 2004).

A extensão inicial da doença é o principal preditor da sobrevida das mulheres acometidas por essa doença. Muito embora análises temporais recentes das tendências do estadiamento do câncer de mama no Brasil indiquem maiores taxas de detecção precoce do

tumor, um terço dos registros de casos novos ainda corresponde à doença localmente avançada ou tardiamente diagnosticada (MARCHI; GURGEL, 2010).

Na grande maioria das instituições especializadas no tratamento de câncer, os estadiamentos III e IV para o câncer de mama chegam a corresponder a cerca de 60% dos diagnósticos iniciais. Uma das causas no retardo deste diagnóstico pode ser o reflexo da inexistência de uma política consistente de controle da doença por meio de diagnóstico precoce (ABREU; KOIFMAN, 2002).

Acredita-se que essa realidade pode estar associada à incompreensão da etiologia e ao desconhecimento de lesões verdadeiramente precursoras do câncer de mama, além das diversas questões psicossociais como o tabu no momento da exposição do corpo, ainda que, para profissionais qualificados, como também, vergonha de se tocar e o medo de detectar um nódulo.

No estudo realizado por Guerra et al. (2009) com 745 mulheres com câncer de mama invasivo, observou-se que no momento do diagnóstico, 458 (61,5%) tinham tumor maior que 2,0cm. Foram evidenciados estádios III ou IV em 258 casos (34,7%) e comprometimento de linfonodos em 385 casos (51,7%), sendo a mastectomia radical o principal tratamento cirúrgico realizado (502 casos – 67,4%). Os resultados encontrados enfatizam a importância do diagnóstico e do tratamento dos casos em estádios mais precoces, aumentando a chance de se encontrar tumores menores e se evitar que a doença atinja os linfonodos axilares.

É possível se trabalhar com as informações disponíveis nos serviços de saúde responsáveis pelo atendimento ao paciente com câncer no Brasil, o que pode ser útil para caracterizar o perfil de demanda e estimar a sobrevida, destacando a necessidade de adoção, por parte dos órgãos competentes do setor de saúde local, de medidas intensivas de orientação e educação voltadas para a prevenção e controle da doença, com a implementação de estratégias de rastreamento, especialmente para os grupos de maior risco.

Embora, exista na literatura uma ampla variedade de trabalhos que possibilitam visualizar num futuro próximo melhores chances de cura da doença, a maior parte de protocolos disponíveis necessita, para serem eficientes, que o diagnóstico seja estabelecido nas fases precoces da doença (MOLINA; DALBEN; LUCA, 2003).

Embora o câncer de mama tenha desenvolvimento relativamente lento, o que deveria contribuir para elevar a possibilidade de se estabelecer o diagnóstico precoce, ainda são bastante elevados os índices de detecção tardia.

Para exemplificar este fato, a proporção de diagnóstico em estágio precoce (I) no Estado do Rio de Janeiro foi muito reduzida, em relação ao estadiamento das mulheres no momento do diagnóstico, a maior proporção do estadiamento II e III também foi encontrada. Esse fato pode ser reflexo da dificuldade de acesso aos serviços de saúde com finalidade diagnóstica, da pouca efetividade da política de detecção precoce para o câncer de mama, da baixa produtividade de algumas unidades assistenciais, e da desintegração entre os diversos níveis do sistema, que, em conjunto, acarretam os casos diagnosticados em estágio avançado dos tumores malignos (BRITO; PORTELA; VASCONCELLOS, 2005).

Estudo feito por Snyder et al. (2003) nos Estados Unidos demonstrou que recomendações periódicas e ensinamentos precisos sobre os métodos de detecção precoce do câncer de mama ajudaram a aumentar o número de mulheres que realizam tais métodos.

Estas experiências têm facilitado o surgimento de propostas que buscam controlar o câncer de mama nos países em vias de desenvolvimento. Destaca-se entre elas os “Delineamentos para a Promoção da Saúde e o Controle do Câncer de Mama”, promovidos pela Breast Health Global Initiative - BHGI, uma aliança onde participam instituições acadêmicas, sociedades profissionais, organismos multilaterais, organizações filantrópicas e empresas farmacêuticas. Estes delineamentos, que podem adaptar-se ao nível de desenvolvimento e as condições culturais dos países, enfatizam, sobretudo, a detecção precoce, o tratamento oportuno e o desenvolvimento de programas integrais de saúde da mama (BHGI, 2008).

Surgem no Brasil, protocolos de programas regionais, como o proposto em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, cujo foco é baseado na vigilância ativa das mulheres inscritas em todas as etapas do rastreamento (CALEFFI et al., 2009).

Ações mais amplas, como os mutirões para realização de mamografia, são variantes dessa mesma política de rastreamento. A vigilância das mulheres previamente rastreadas e sua convocação para cumprirem as normas recomendadas de rastreio mamográfico não têm representatividade nos programas instituídos até o presente momento, em serviços de saúde públicos ou privados (MARCHI; GURGEL, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde em 2006, mais de dois milhões de mulheres entre 10 a 49 anos de idade foram internadas nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS), destas aproximadamente 200 mil por câncer em geral (BRASIL, 2006b). As mulheres, uma vez doentes, ocupam leitos hospitalares comprometendo seus papéis no mercado de trabalho e no convívio familiar, acarretando um prejuízo social considerável (DONNELLY, 2008).

Muito se tem pesquisado a respeito da detecção precoce do câncer de mama no mundo, todavia, grande parte desses estudos tem abordado o tema por um prisma eminentemente técnico, ao passo que as questões sociais, culturais e as características dos serviços de saúde não são consideradas, ou são, porém de forma muito simplista. As condições em que se têm realizado estes estudos não reproduzem as características gerais da população e dos serviços de saúde dos países em desenvolvimento (DAVIS et al., 2003).

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, um dos fatores relacionados ao baixo impacto preventivo é o uso tardio dos serviços de saúde pelas mulheres em risco (OMS, 2007). Outros motivos seriam a falta de seguimento e tratamento adequado para todas as mulheres rastreadas.

No Brasil, outro fator implicado é que grande parte dos exames de detecção precoce, como a mamografia, é recomendada apenas para mulheres acima de 35 anos. Pouco conhecimento a respeito destes exames e o medo associado à realização dos mesmos também estão relacionados (FERNANDES; NARCHI, 2002).

Ao analisar as estatísticas dos casos de câncer de mama em nossa realidade, é preciso considerar que a prevenção não deve ser condição que se planeje, se organize isoladamente e desvinculada do contexto social. A prevenção envolve políticas públicas, ações profissionais e a participação da população. Essas ações articuladas resultarão em benefícios para os usuários do sistema de saúde, à medida que considerem e trabalhem efetivamente essas variáveis (MATOS et al., 2009).

Estudos como este, têm revelado uma realidade preocupante em relação ao aspecto organizacional dos serviços de atenção básica à saúde, viabilizando o seguimento de controle da doença devido à carência de informações em relação à importância da execução destes procedimentos e que poderiam ser fornecidas pelos profissionais de saúde durante atividades de educação e promoção da saúde. O fato é que a informação deficiente propicia um ambiente adequado para que as mulheres não realizem os exames de detecção precoce e, as que realizam, os façam de maneira incorreta ao que preconizado pelo Ministério da Saúde.

É preciso investir numa abordagem mais humanizada e direcionada para a realização dos exames de detecção, esclarecendo melhor, as mulheres, sobre o processo como um todo, desde o que é o exame e a forma correta de sua realização. A explicação sobre os exames facilita o melhor entendimento do processo sem que haja a construção de opiniões errôneas sobre o mesmo.

A implementação de práticas educativas em saúde com o objetivo de socializar informações voltadas para o contexto da doença, proporciona aos profissionais uma melhor atuação para reduzir as taxas de morbidade e mortalidade dessa doença.

A equipe de saúde deve valorizar as queixas da mulher, estar disposta a ouvi-la, não desvalorizar ou minimizar seus problemas e reconhecer seus direitos a esclarecimentos e informações.

Aqui, ressalta-se a importância da educação em saúde como meio de alcançar resultados eficientes no controle do câncer de mama. O enfermeiro é um dos profissionais que tem assumido a realização do exame clínico das mamas, no entanto, não se tem investido na qualificação dos mesmos. O distanciamento destes profissionais das atividades educativas em detrimento de consultas é algo de atenção para a profissão. É de suma importância que o enfermeiro desperte para a necessidade de se realizar ações educativas concomitantemente aos atendimentos para que essa realidade possa ser transformada.

O grande desafio que se impõem para o sistema de saúde atualmente é avaliar de maneira mais ampla as medidas de controle e prevenção preconizadas para a saúde pública, possibilitando a observação da importância de medidas que agregam benefício à saúde individual – como o rastreamento oportunístico do câncer de mama em mulheres jovens.

Atualmente, as propostas para a educação em saúde têm se fundamentado em conceitos que apregoam a autonomia do sujeito, sua participação e agenciamento como autor de suas próprias escolhas. A possibilidade de se aplicar métodos, táticas e estratégias para estimular o empoderamento, o gerenciamento de si e o cuidado de si parecem predominar nas articulações entre a educação em saúde e a promoção em saúde. A educação se constitui como um processo de formação, mediada pelas experiências, por valores, atitudes, conhecimentos e práticas, considerando o ser humano como sujeito histórico com possibilidades de intervir na realidade (BAGNATO et al., 2009).

Segundo Freire (1987), o potencial inerente à educação pode ser compreendido numa perspectiva “revolucionária”, na medida em que os sujeitos que a vivenciam pretendam a superação das concepções atuais de vida da humanidade. Tem-se, então, nesta perspectiva, a educação, como um elo na libertação dos homens, possibilitando-lhes a construção da autonomia coletiva, não como uma alavanca que transforma a realidade por si mesma, todavia constituindo-se em um instrumento de ação crítica e criativa na transformação das condições sociais.

De acordo com esse aspecto, o Ministério da Saúde esclarece a relevância de se mudar a estratégia no combate ao câncer, combinando ações preventivas, de promoção e de proteção

à saúde com medidas diagnósticas e terapêuticas, especialmente as de diagnóstico precoce (BRASIL, 2006b).

A utilização de atividades educativas com o objetivo de desenvolver ou reforçar capacidades favorece a promoção da saúde e torna os participantes multiplicadores de ações. Daí a necessidade da criação e da adoção de estratégias informativas e educativas com a finalidade de disseminar e ampliar o conhecimento, conferindo base para o exercício do autocuidado.

Segundo Wall (2001) o enfermeiro quando desenvolve estratégias adequadas, oferece várias oportunidades para o ser humano desempenhar suas destrezas e habilidades, sendo que essa abordagem deve partir dele mesmo, valorizando sua experiência, contexto de vida e expectativas diante do processo saúde/doença.

Considerando que o desconhecimento das formas de detecção precoce do câncer de mama, pode levar a riscos de complicações e a uma série de dificuldades para o estabelecimento do tratamento e reabilitação, torna-se necessário o planejamento de estratégias de cuidado fundamentadas em princípios científicos, utilizando mecanismos para que os indivíduos sejam motivados a se cuidar e a encontrar nos profissionais de saúde, principalmente no enfermeiro, soluções para os problemas em potencial (AZEVEDO; KOCH, CANELLA, 2005).

Diante da realidade em que se encontra o município de Fortaleza-Ce, caracterizado por um número crescente de casos novos de câncer de mama em estágios bastante avançados e com mulheres com o nível educacional e socioeconômico desfavorável, com pouca informação sobre saúde, baseando-se no resultado de uma pesquisa anterior de dissertação de mestrado em que mostrou uma lacuna significativa quanto ao conhecimento e realização dos exames de detecção precoce (SILVA, 2008), julgou-se necessário refletir sobre como o enfermeiro pode contribuir para o processo de cuidar e da promoção da saúde de mulheres frente à detecção precoce do câncer de mama, enfatizando neste estudo, os exames de detecção precoce para esta neoplasia.

Mediante os benefícios propostos pela educação em saúde, questionaram-se quais seriam os efeitos de uma intervenção educativa sobre o conhecimento, atitude e prática de mulheres frente aos principais exames de detecção precoce do câncer de mama (exame clínico das mamas e mamografia).

Desta forma, este estudo torna-se relevante ao se propor avaliar uma estratégia de educação em saúde, a fim de minimizar as lacunas do conhecimento e da realização dos exames de detecção precoce do câncer de mama e, dessa forma, melhorar a assistência à

saúde da mulher, diminuir os gastos com tratamentos, bem como, estimular os profissionais, sobretudo enfermeiros, a realizar estratégias educativas que contribuam para o controle da doença.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar os efeitos da aplicação de um manual educativo relacionado aos exames de detecção precoce do câncer de mama (mamografia e exame clínico) para mulheres.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar os principais fatores de risco para câncer de mama presentes nas mulheres participantes.
- Identificar o conhecimento, a atitude e a prática das mulheres em relação aos exames de detecção precoce do câncer de mama (mamografia e exame clínico) antes e depois da intervenção educativa comparando o grupo controle e o grupo de intervenção;
- Identificar os fatores relacionados a não realização do exame clínico das mamas.

3 HIPÓTESES

3.1 Hipóteses H0

- O conhecimento, a atitude e a prática sobre os exames de detecção precoce do câncer de mama das mulheres que participaram da intervenção educativa (Grupo Intervenção) são iguais àqueles das mulheres que não participaram da intervenção (Grupo Controle).

3.2 Hipóteses H1

- Os níveis de conhecimento, atitude e prática das mulheres que participaram da intervenção educativa sobre os exames de detecção precoce do câncer de mama (Grupo Intervenção) são mais adequados do que os das que não participaram da intervenção (Grupo Controle).

4 ESTADO DA ARTE

4.1 REFLEXÕES ACERCA DO CÂNCER DE MAMA

Entre as propostas de ação do Ministério da Saúde, o INCA tem implantado ações, planos e programas orientados para o controle do câncer de mama, que incluem a melhoria e expansão da rede especializada da assistência médico-hospitalar e as atividades de detecção precoce além das medidas de prevenção que compreendem ações de promoção à saúde e de intervenção sobre os fatores de risco (INCA, 2010).

No que diz respeito à identificação dos fatores de risco, embora não haja uniformidade na sua definição e método de mensuração e apesar das contradições observadas entre os diferentes estudos, o sexo, a idade, a história familiar e a história pregressa de câncer de mama, a história reprodutiva e a suscetibilidade genética têm sido apontados como associados a um risco aumentado de desenvolver câncer de mama (THULER, 2003).

O controle do câncer de mama fundamenta-se no mapeamento do risco a que as mulheres estão expostas, no planejamento e na implementação de ações que visam à detecção de tumores cada vez menores. Para tanto, é necessário garantir a organização, integralidade e a qualidade do programa de rastreamento, bem como o seguimento das pacientes.

O bom prognóstico do câncer de mama quando detectado precocemente, justifica estudos que identifiquem características da população feminina e sua relação com condutas positivas quanto a essas práticas. Tal conhecimento pode fundamentar ações dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, e contribuir efetivamente para a melhoria da qualidade de saúde da mulher (BIM et al., 2010).

Estudos demonstram que a detecção precoce, efetivamente, leva a uma maior sobrevida das mulheres com câncer de mama (INCA, 2005; SCLOWITZ et al., 2005; TAVARES; PRADO, 2006; THULER, 2003). Entre os meios de detecção precoce do câncer de mama temos: o exame sistemático da mama, feito pelo profissional especializado; a mamografia, que seria um exame radiológico, de alta precisão e o auto-exame da mama que é o exame feito pela própria mulher.

Para Borghesan, Pelloso e Carvalho (2008) a utilização de métodos de detecção precoce e rastreamento do câncer de mama são extremamente importantes para o diagnóstico precoce e aumento da taxa de cura e sobrevida de pacientes com câncer de mama.

Contudo, o autoexame das mamas é um método que segundo várias organizações de saúde, não é eficaz para o diagnóstico de câncer de mama, pois para estas, nas mulheres que o realizam não se detecta maior número de neoplasias em relação às que não o realizam. Sua

eficácia está baseada em estudos retrospectivos e não há diferença significativa na taxa de mortalidade entre os casos detectados por autoexame e os detectados em exames de rotina, além de aumentar o número de biópsias desnecessárias por detectar, geralmente, lesões benignas (THOMAS et al., 2002).

Segundo o documento de consenso atual do Ministério da Saúde, o autoexame das mamas não se mostra efetivo em diminuir a mortalidade nos programas de detecção precoce quando utilizado isoladamente. Este exame, entretanto, ajuda a mulher a conhecer melhor o seu corpo. Uma vez observada alguma alteração, a mulher deverá procurar o serviço de saúde mais próximo de sua residência para ser avaliada por um profissional de saúde (BRASIL, 2006a).

Em termos de Brasil, a não efetividade do autoexame é preocupante, tendo em vista que a grande maioria da população brasileira é formada por pessoas de nível socioeconômico, educacional e cultural extremamente baixo e que, além da dificuldade em ter acesso a atendimento público para realização dos demais exames de detecção precoce, geralmente chegam a procurar ajuda especializada em estágios tardios da doença.

Mesmo reconhecendo que o Ministério da Saúde não estimula o autoexame das mamas como estratégia isolada, tendo em vista que o procedimento foi recomendado por muitos anos como uma estratégia de detecção precoce sem, contudo, ter sido demonstrada sua efetividade na redução da mortalidade através de estudos, ainda assim, esse órgão faz a recomendação de que o autoexame faça parte das ações de educação para a saúde que contemplem o conhecimento do próprio corpo pela mulher (INCA, 2010).

As estratégias de rastreamento fazem parte das ações de prevenção secundária no controle do câncer de mama, e se baseiam no exame de pessoas consideradas assintomáticas, classificadas ou não como passíveis de ter a doença. Diante do fato, o câncer de mama apresenta todas as características de doenças para a qual se indicam a efetivação de estratégias de rastreamento populacional, buscando identificar mulheres assintomáticas (nódulos impalpáveis) ou estágios precoces da doença (nódulos palpáveis até 2 cm). As estratégias recomendadas atualmente para o rastreamento do câncer de mama são exame clínico das mamas e a mamografia, daí a justificativa para a utilização destes dois exames no presente estudo (INCA, 2012).

A literatura aponta que a detecção do câncer de mama em fases iniciais propicia, mais frequentemente, o tratamento com cirurgias conservadoras, associadas ou não à radioterapia e a agentes anti-estrogênicos (tamoxifeno), reduzindo substancialmente o custo do tratamento (MARCONATO; SOÁREZ; CICONELLI, 2011).

Kemp et al. (2005), analisando o custo do atendimento e tratamento do câncer no estado de São Paulo no ano de 2002, afirmaram que se o diagnóstico ocorrer em fases mais iniciais (carcinoma *in situ*, estádios Ia e Ib), os gastos podem ser reduzidos em torno de 70% do total, já que o tratamento quimioterápico seria evitado.

Para Marconato, Soárez e Ciconelli (2011), os tratamentos realizados envolvendo quimioterapia indicam que a maioria dos casos foram diagnosticados em estágios mais avançados da doença e, conseqüentemente com o custo do tratamento mais elevado.

Além da questão econômica envolvida, existem questões importantes relacionadas principalmente à sobrevida e à qualidade de vida das mulheres submetidas ao rastreamento. Na literatura há estudos que relacionam pior qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia quando comparadas àquelas submetidas à cirurgia conservadora da mama e sabe-se que a detecção precoce do câncer de mama favorece as cirurgias conservadoras. E ainda, o rastreamento do câncer tem como objetivo a detecção precoce propiciando um tratamento efetivo e conseqüentemente um aumento da sobrevida (MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006; CHAGPAR; McMASTERS, 2007).

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

A associação direta do nível socioeconômico com o acesso às referidas condutas de prevenção é sem dúvida prova de que o acesso aos cuidados de saúde não é universal, o que confronta preceitos básicos do SUS assegurados na Constituição Brasileira. Essa inadequação certamente é causa de muitas outras, constituindo um grande desafio a ser enfrentado pelos órgãos governamentais nos próximos anos para que a saúde não seja privilégio de alguns, mas um direito de todos (SCLOWITZ, 2005).

Allen et al. (2008) desenvolveram uma investigação para entender os fatores que facilitam ou dificultam a recepção da mulher nos serviços diagnósticos na sequência de um rastreamento de mamografia anormal. Utilizando-se de uma estratégia de amostra proposital para identificar baixa renda, diversidade étnica em mulheres com idades de 40 anos ou mais que tinham uma mamografia anormal recente. Os achados incluíram insatisfação com comunicação dos resultados; desrespeito pela parte do corpo clínico; barreiras logísticas ao acesso de serviços diagnósticos; ansiedade e medo sobre um possível diagnóstico de câncer; e falta de informação sobre rastreamento para câncer de mama e sintomas. Mulheres que

receberam oportunamente cuidados mais frequentes informaram uma apreciação dos esforços dos provedores e corpo clínico.

Convém ressaltar que o controle do câncer apresenta singularidades quando comparado com outras doenças. São ações que vão desde a prevenção primária, eliminação de exposições a fatores cancerígenos, de grande complexidade, alto custo e com resultados nem sempre satisfatórios, até o tratamento da doença, igualmente de alto custo, com resultados às vezes discutíveis. A singularidade está em que a incidência da doença não pode ser reduzida de forma realmente efetiva, com a disponibilidade dos conhecimentos atuais, a não ser a custos altíssimos. Isso significa que não há forma barata de controle do câncer, e ainda são insatisfatórios os seus resultados. Por este motivo, recursos materiais e humanos aplicados no controle do câncer devem ser administrados de forma o mais eficiente possível, para não redundar em esforço inútil. A ampliação de oportunidades de diagnóstico precoce tem sido considerada a melhor forma de investimento neste setor (MOLINA; DALBEN; LUCA, 2003).

Assim, o Programa de Controle do Câncer de Mama, proposto pelo INCA em seu documento de consenso, tem preconizado que todas as mulheres a partir de 40 anos devem ser submetidas ao exame clínico de mama anualmente como forma de detecção precoce de lesões sugestivas de câncer. Aconselha, também, que as mulheres a partir de 35 anos que apresentarem determinados fatores de risco devem ser submetidas a esse exame (BRASIL, 2006a).

As mortes por câncer de mama podem ser reduzidas quando o tumor é descoberto precocemente, sendo a mamografia o instrumento mais efetivo para diagnóstico precoce desse tumor. Entretanto, existe alguma controvérsia com relação às faixas etárias nas quais esse exame deva ser realizado, como parte do exame rotineiro de saúde.

Nos Estados Unidos, recomenda-se a realização da mamografia a cada um ou dois anos entre mulheres com 40-69 anos e reconhece-se que ela possa trazer benefícios, mesmo a partir dos 70 anos de idade, quando a incidência de câncer de mama é mais alta. O documento americano *Healthy People 2010* estabelece como meta a realização da mamografia a cada um ou dois anos em 70% das mulheres com 40-69 anos de idade. Por outro lado, no Canadá, a realização da mamografia, como parte do exame geral de saúde, é recomendada para a faixa etária de 50-69 anos, mas o grupo tarefa canadense ressalta que não existem evidências suficientes para descartar o potencial de prevenção da mamografia na faixa etária de 40-49 anos. De qualquer forma, existe consenso de que as evidências da efetividade da mamografia

para a redução da mortalidade por câncer de mama são mais fortes na faixa etária de 50-69 anos de idade (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2012).

No Brasil, existe um interesse crescente pela mamografia como instrumento da saúde pública. Uma das expressões desse interesse é a inclusão do tema em grandes inquéritos nacionais. Em um inquérito conduzido em 15 capitais brasileiras, observou-se que existe grande variação na cobertura do exame: na faixa etária de 50-69 anos, a realização da mamografia nos dois anos precedentes variou entre 37 e 77% (LIMA-COSTA; MATOS, 2007).

Com essa relevância, o diagnóstico necessita de um alto índice de suspeição clínica e faz com que as práticas preventivas sejam valorizadas entre todas as mulheres em idade fértil – o rastreamento oportunístico do câncer de mama trata-se de uma estratégia relevante na abordagem às mulheres que procuram espontaneamente os serviços de saúde por motivos diversos.

Mesmo com os avanços das técnicas diagnósticas, o exame clínico de mamas ainda tem seu papel de destaque na prevenção secundária das neoplasias mamárias. Por meio de um exame de baixo custo pode-se obter o diagnóstico precoce, elevando a taxa de cura e aumentando a sobrevivência das pacientes com câncer de mama (DIAS-DA-COSTA et al., 2007).

A mamografia, apesar de suas limitações, é apontada como o principal método diagnóstico do câncer de mama em estágio inicial, capaz de detectar alterações ainda não palpáveis e favorecendo, assim, o tratamento precoce, mais efetivo, menos agressivo, com melhores resultados estéticos e eventos adversos reduzidos (SCLOWITZ et al., 2005).

Atualmente, têm sido descritas numerosas intervenções para aumentar a adesão de mulheres à realização dos exames de detecção precoce do câncer de mama. Estas intervenções enfocam a melhoria das informações dadas pelos profissionais sobre o exame e a redução de barreiras postas pelas mulheres (AZEVEDO; KOCH; CANELLA, 2005; CHUA et al., 2005). No entanto, mesmo diante da magnitude dessas intervenções, do alto potencial de cura do rastreamento precoce e do incremento na oferta de serviços de prevenção e tratamento dos casos, o controle desse agravo terá seu alcance limitado, se essas mulheres não tiverem conhecimento prévio da importância da realização destes exames (DIAS-DA-COSTA et al., 2007).

Alguns estudos como o de Kligerman (2002) e Gonçalves et al. (2008), já têm abordado essa questão do desconhecimento de mulheres a respeito da existência e da realização correta destes exames, buscando conhecer os motivos que as levam a não realizarem e o perfil das mesmas.

Buscando avaliar o conhecimento, a atitude e a prática de mamografia entre as mulheres usuárias de um serviço médico municipal, desenvolveu-se um estudo com 663 mulheres em Campinas-SP, que revelou que as usuárias do serviço tinham conhecimento e prática inadequados em relação ao rastreamento mamográfico, contudo elas mostraram uma atitude adequada em relação ao exame (MARINHO et al., 2003).

Neste mesmo estudo pôde-se constatar que a principal barreira para a realização da mamografia está relacionada ao sistema público de saúde onde não são solicitados os exames pelos médicos. Preliminarmente, foi desenvolvida nessa mesma população uma investigação acerca do conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas, com resultados semelhantes ao estudo anteriormente citado (MARINHO et al., 2003).

Um estudo desenvolvido para investigar o significado da mama para as mulheres de uma comunidade de poder socioeconômico baixo, concluiu que a promoção para o autocuidado das mamas necessita que os profissionais conheçam as dificuldades das mulheres e se mostrem sensíveis em relação ao cuidado que é prestado, propondo intervenções de educação em saúde centradas nos significados com a participação dos grupos envolvidos (LANDIM; NATIONS, 2003).

Corroborando com este estudo, Alkhasawneh (2007), em seu trabalho observou que as enfermeiras entrevistadas tinham níveis limitados de conhecimento sobre métodos de detecção precoce, câncer de mama e seus fatores de risco. Um dado importante é que poucas enfermeiras realizavam o auto-exame mensalmente (ALKHASAWNEH, 2007).

Cruz et al. (2008), avaliou o conhecimento relacionado ao câncer de mama, atitudes e comportamentos em uma amostra constituída por 110 mulheres e comparou o uso da mamografia entre aquelas mulheres afiliadas a um plano de saúde e outras não. Cerca de 85% das participantes informaram que se o câncer é detectado precocemente, a cura é provável. A percepção das mulheres sobre a probabilidade do câncer poder ser curado se detectado precocemente foi também relacionada ao uso da mamografia; o que pode ser verificado com a realização desse exame por essas mulheres num intervalo de dois anos. Esse achado pode ser devido em parte, às altas taxas de cobertura de seguro saúde e um bom acesso aos cuidados médicos.

É essencial educar a população e os profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas precoces do câncer, contribuindo para sua detecção em estágios menos avançados e aumentando as chances de sucesso do tratamento preconizado (THULER, 2003).

4.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE NA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA

Em 2003, foi instituída pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde – HumanizaSUS, que foi fruto de um debate no campo da saúde pública interessada em avançar os princípios do SUS: acesso universal, integralidade da atenção e equidade na gestão, distribuição e uso dos recursos segundo as necessidades de saúde da população brasileira. Esta política contém propostas voltadas para a mudança dos modelos de gestão e de atenção que, no cotidiano dos serviços, são operadas pelos gestores, trabalhadores e usuários. Altera o modo tradicional com que habitualmente se constroem as relações entre as instâncias efetuidoras do SUS, como também nos serviços, já que ela se faz transversalmente, num trabalho conjunto com outras áreas, programas, setores e outras políticas (BRASIL, 2006a).

Considerando que a saúde da mulher é uma prioridade do governo, o Ministério da Saúde lançou em 2004 a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes” (PNAISM), em parceria com os diversos setores da sociedade com o compromisso de implementar ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Essa política incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro, e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e tratamento de mulheres vivendo com o vírus da imunodeficiência humana - HIV e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer (BRASIL, 2006a).

Uma das atividades do programa de controle do câncer de mama é a educação em saúde. Conforme o Ministério da Saúde, nenhuma ação de controle do câncer de mama avançará sem a participação do componente educativo que atinja a população de mulheres que buscam os serviços de saúde, por qualquer motivo, ações educativas individuais ou em grupo de reflexão sobre os benefícios que decorrem destas atividades (INCA, 2005).

Para o Ministério da Saúde, a atuação do enfermeiro na prevenção do câncer tem sido objeto de estudo em diversos países e cada vez mais fica comprovada a sua importância nos programas de prevenção junto à população, não só como profissional que realiza a técnica do exame clínico, mas também como educador e conselheiro (INCA, 2010).

A elaboração de ações educativas em salas de espera de consultas vem ocorrendo para facilitar o trabalho da equipe multidisciplinar na orientação de pacientes a respeito das doenças e autocuidado. Dispor de um material educativo e instrumentos facilita e uniformiza as orientações, a serem realizadas, com vistas ao cuidado em saúde (ECHER, 2005).

Em estudo realizado por Miyar (2003) o conhecimento dos pacientes sobre determinada doença aumenta significativamente, depois da implementação de programas educativos. Dessa forma, acredita-se que com a ajuda destas orientações, as mulheres possam desenvolver capacidades e adquirir conhecimentos em relação à detecção precoce do câncer de mama.

Para a utilização da ferramenta da educação em saúde, é necessário que se utilize como referencial teórico os conceitos e práticas relacionados à promoção da saúde e, mais especificamente, a influência desses pressupostos na saúde da mulher.

A promoção da saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar meios de capacitação que permitam a todas as pessoas realizar completamente seu potencial de saúde. Os indivíduos e as comunidades devem ter oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde. Ambientes favoráveis, acesso à informação, habilidades para viver melhor, bem como oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis, estão entre os principais elementos capacitantes (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

Entende-se como conceito básico de Promoção da Saúde o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo, identificando aspirações, satisfazendo necessidades e modificando de maneira favorável o meio ambiente (BRASIL, 2001).

Neste sentido, o relato dos resultados das Conferências Internacionais sobre a Promoção da Saúde oferece subsídios para um amplo debate no cenário mundial para estabelecer prioridades e metas para a Promoção da Saúde descritas em suas respectivas declarações.

O movimento de Promoção da Saúde surgiu formalmente no Canadá, no ano de 1974, com divulgação do Informe Lalonde, e tendo como motivação central o enfrentamento dos custos crescentes da assistência médica e o questionamento dos limites da abordagem exclusivamente médica para as doenças crônicas (BUSS, 2000).

Entretanto, seria somente na década de 80, com a crise da saúde pública, que a promoção da saúde viria a se constituir como a espinha dorsal da nova saúde pública. Nesta perspectiva, a saúde é vista como um recurso para o dia-a-dia, cabendo à promoção da saúde contribuir para que os indivíduos possam desenvolver habilidades para alcançarem seu

potencial e responderem positivamente aos desafios do meio ambiente (SENNA; MELLO; BODSTEIN, 2002).

À promoção da saúde não caberia apenas possibilitar o desenvolvimento de habilidades individuais e comunitárias, mas também a intervenção ambiental através de um amplo conjunto de meios políticos, legislativos, fiscais e administrativos, os quais deveriam ser mais integrados e intersetoriais, focando maior atenção à articulação da saúde com vários outros domínios fora do setor saúde (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

A saúde da mulher, assim como as demais áreas da saúde, incorporou os novos conceitos e pressupostos estabelecidos pelas declarações, a começar pelo próprio nome “Saúde da Mulher”, reflexo de se abordar os cuidados com a mulher através de um conceito positivo de saúde. Na declaração de Alma-Ata (1978), sobre cuidados primários de saúde, percebe-se um destaque específico, ao se incluir nos cuidados primários de saúde, os cuidados de saúde materno-infantil, inclusive o planejamento familiar (BRASIL, 2001).

A carta de Ottawa, que se tornou o termo de referência básico e fundamental no desenvolvimento das idéias de promoção da saúde em todo o mundo, e, pela primeira vez, definiu-a em termos de políticas e estratégias, é o documento que melhor sistematiza e sintetiza esta perspectiva. Dentre os cinco campos centrais de ação propostos na Carta de Ottawa, encontramos: a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; a criação de ambientes favoráveis à saúde; o incremento do poder técnico e político das comunidades; o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais e a reorientação dos serviços de saúde (BUSS, 2000).

Foi com a Declaração de Adelaide (1988), que todos esses conceitos foram abstraídos, especificamente, para a área de saúde da mulher de forma concreta, ao estabelecê-la como uma das quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis (BRASIL, 2001). A melhoria das práticas de saúde em relação à mulher foi reflexo de sua própria valorização enquanto cidadã e agente de transformação que precisava ser resgatado.

Já em relação à América Latina a declaração de Bogotá, constituiu-se como termo de referência para a consolidação da promoção da saúde. De acordo com este documento, a promoção da saúde nos países da América Latina não pode estar descontextualizada da necessidade de transformação de uma realidade marcada por intensas desigualdades, agravadas nas últimas décadas por prolongada crise econômica e política de ajuste macroeconômico, resultando na deterioração das condições de vida da maioria da população,

no aumento dos riscos para a saúde e na redução dos recursos para enfrentar os problemas derivados daí (BRASIL, 2001).

Nesta declaração, estabeleceu-se como compromisso para a promoção da saúde de sua população a eliminação dos efeitos diferenciais da iniquidade sobre a mulher, considerando-a como um elo indispensável na promoção da saúde da América Latina (BRASIL, 2001).

Os diferentes conteúdos abordados nas Cartas constituem-se em instrumental de referência para gestores, gerentes, trabalhadores de saúde, pesquisadores e demais atores interessados nas questões da área. À Coordenação do Projeto de Promoção da Saúde espera assim, que as informações e proposições contidas nos documentos possam contribuir para a formulação e implementação de políticas públicas que valorizem, cada vez mais, a qualidade de vida das populações (MACHADO; PORTO, 2003).

Diante deste contexto, o desafio da promoção da saúde na América Latina é o de criar condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, transformando as relações excludentes, equilibrando interesses econômicos com propósitos sociais e trabalhando para a solidariedade e equidade social (PAIM, 2001).

A saúde acaba sendo definida como um recurso privado e de valor econômico, atribuindo-se aos indivíduos a tarefa de promover sua saúde e de prevenir e proteger a si mesmos de doenças, através do acesso a informações que lhes permitam e induzam a mudanças de comportamento e estilos de vida (WALTER – TOEWS, 2000).

O empoderamento envolve o incremento do conhecimento e fortalecimento das pessoas e a compreensão dos fatores que afetam a saúde, de modo que elas possam tomar o controle sobre sua própria saúde podendo negociar mudanças em seu ambiente (CASEY, 2007).

É necessário compreender as necessidades culturais de pacientes para prestar os devidos cuidados de Enfermagem que satisfaçam os anseios e melhorem a qualidade de vida (CHOI; LEE, 2007).

No estudo realizado por Casey (2005), a maioria das enfermeiras entrevistadas relatou que a promoção da saúde na prática da Enfermagem constituía-se uma atividade esporádica ou adicional se tivessem tempo para sua realização e demonstraram dificuldade em descrever na sua prática as atividades que estavam implícitas no trabalho de Enfermagem.

Assim, considera-se que uma das formas de colaborar na diminuição dessas incidências é a de realizar investigações que demonstrem as lacunas de conhecimento das mulheres sobre seu autocuidado e apontem caminhos que possibilitem a reversão desse

quadro e, conseqüentemente, possam subsidiar programas de promoção à saúde (FERNANDES; NARCHI, 2002).

Para Silva et al. (2009), a informação, o conhecimento e a consciência crítica são fatores determinantes para a execução de ações de autocuidado em saúde, e então devem valorizar bem-estar individual e coletivo. Um dos desafios deste século refere-se às taxas crescentes do câncer de mama que vem sendo descoberto em estágios cada vez mais avançados. Dentro desta perspectiva, é destacado neste estudo o não conhecimento e não realização dos exames de detecção precoce do câncer de mama.

No estudo realizado por Matos et al. (2009), constatou-se uma pequena redução nos casos de diagnósticos em estádios avançados (III e IV), todavia, não foi observada diminuição da mortalidade por câncer de mama o que pode ser atribuída, principalmente, à demora do diagnóstico e do início da terapêutica adequada.

A Promoção da Saúde tem sido erroneamente colocada em prática através de intervenções “ortopédicas” nas comunidades, receitando mudanças de estilo de vida. As práticas educativas, ou preventivas, muitas vezes até confundidas com a promoção, operam como se os únicos saberes existentes e válidos fossem dos técnicos. E, assim, tanto a clínica quanto as ações de saúde de cunho coletivo e comunitário, desenvolvidas nos serviços de saúde, são ainda, predominantemente, prescritivas e restritas (CHIESA et al., 2009).

Verifica-se que os gestores de saúde priorizam nas políticas públicas a massificação dos exames em detrimento das práticas educativas, transparecendo um olhar reducionista acerca desta problemática e o distanciamento desta prática dos princípios de promoção da saúde. O enfoque reducionista da prevenção, que visa prevenir a doença, deixa explícita a preocupação com a doença em primeiro lugar. Assim, a saúde não se constitui como objetivo fim desta prática e sim, uma consequência dela. Já a promoção da saúde tem um enfoque abrangente baseado no conceito positivo de saúde, e neste sentido, a doença ocupa um plano secundário (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

A partir dessa discussão, percebe-se que a responsabilidade pela saúde não cabe somente ao setor da saúde, mas que para sua obtenção são necessários recursos que englobam diversas áreas, como: educação, segurança, habitação, alimentação, ecossistema estável, renda, dentre outros.

Ao refletir criticamente sobre os campos de ação para a promoção da saúde da mulher com enfoque mais específico no câncer de mama, percebe-se a necessidade de criar novas políticas públicas para atendimento às necessidades da mulher portadora de câncer de mama e de consolidar as que já existem. Cabe ressaltar que, no panorama das doenças crônico-

degenerativas, a exemplo do câncer de mama, ações de prevenção não possuem efeitos tão imediatos e/ou comprovados cientificamente. Na verdade, observa-se na prática que ações educativas como, estimular hábitos saudáveis, podem conferir à mulher certo grau de proteção e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida; mas no âmbito das políticas públicas os governantes têm que priorizar a adoção de medidas que visem à redução de obstáculos ao atendimento da mulher portadora de câncer de mama (SILVA et al., 2011).

As ações educativas são, portanto, um elemento chave na promoção da saúde por promoverem a autonomia e fornecerem meios para mudar o próprio comportamento ou ambiente. Nesse sentido, uma preocupação metodológica fundamental para a educação popular é a criação de espaços em que educando e educador possam, pelo diálogo, deter-se em questões importantes na busca de melhores condições de vida (WHITEHEAD, 2006).

A Enfermagem destaca-se por estar intimamente ligada ao ser humano e preocupada com o seu bem-estar, enquadrando-se no desafio para a elaboração de ações de Educação em Saúde que permitam incentivar as pessoas à reflexão crítica da realidade (BESERRA; PINHEIRO; BARROSO, 2008).

O enfermeiro deve reconhecer que a promoção da saúde incorpora uma forma de trabalho para promover a saúde de pacientes, bem como, participar de programas educacionais e desenvolver um plano de promoção da saúde para que ela torne-se parte reconhecida da prática assistencial.

Os achados apresentados no estudo de Whitehead (2006) indicam que muito do corpo de enfermagem seria melhor implementado e assumiria diferentes direções se estratégias efetivas de promoção da saúde fossem implementadas e conseqüentemente profissionais equipados com recursos e habilidades necessárias para engajar com outras agências da promoção da saúde.

Em uma pesquisa realizada em nove Unidades Básicas de Saúde (UBS), percebeu-se que as atividades grupais de educação em saúde, desenvolvidas por enfermeiros, corresponderam a cerca de 10% das ações, ou seja, 90% das responsabilidades dos enfermeiros foram voltadas para o atendimento individual (LEONELLO; OLIVEIRA, 2007). Este aspecto leva a refletir sobre a contradição entre a filosofia da estratégia da promoção da saúde e a atuação dos enfermeiros que priorizam as atividades individuais em detrimento do coletivo.

Entende-se que a mudança de perspectiva no pensar e fazer do enfermeiro no campo da educação popular em saúde agrega seu papel educativo ao resgate da pessoa como cidadã, participativa e consciente de sua condição de vida. Isto implica em proposta de ação voltada

ao diálogo e a intermediação de práticas e saberes que dele resulta (ALVIM; FERREIRA, 2007).

Qualquer profissional de saúde que atue diretamente junto à clientela, consciente do perfil epidemiológico da população, poderá estabelecer estratégias de prevenção e detecção precoce destinadas à população em geral. O repasse de informações é uma estratégia eficaz para o desenvolvimento do potencial das mulheres e cabe a equipe de enfermagem orientar esta prática junto à comunidade (SILVA et al., 2009).

Segundo Barcelos, Gomes e Lacerda (2003), na Enfermagem a comunicação é indispensável até nas mínimas ações. A compreensão de mensagens emitidas pode fazer grande diferença nos resultados que se deseja alcançar, com as informações a serem repassadas.

Esta experiência poderá contribuir para redirecionar ações nos níveis primários de saúde, bem como para estudar e utilizar metodologias científicas que permitam avaliar situações em que se observa melhora na qualidade de vida, satisfação humana, comportamento social, entre outras mudanças que se constituem objetivos da promoção da saúde.

Sabe-se que a problemática relacionada ao não conhecimento adequado das mulheres em relação aos exames de detecção precoce, tem causas múltiplas, no entanto, partimos do pressuposto de que a educação perpassa todas essas áreas e de que se realizada de forma participativa levará às mulheres da passividade à criticidade, tornando-se ativas e multiplicadoras do processo de adoção de comportamentos saudáveis e na busca pela melhoria dos serviços de controle do câncer de mama.

No saber popular vem-se reproduzindo uma série de idéias e valores sociais que impedem a busca ativa da mulher para a realização da atenção preventiva, devido a referências valorativas voltadas para o conceito de que a mulher deve estar atenta a saúde dos demais membros familiares antes de ver por a dela mesma (POBLANO-VERÁSTEGUI; FIGUEROA-PEREA; LÓPEZ-CARRILLO, 2004).

Considerando o impacto que o câncer de mama causa nas mulheres, a perspectiva da perda da mama e a impossibilidade de prevenir a doença, é muito importante que as mulheres tenham conhecimento sobre a patologia, os fatores de proteção e, os conseqüentes meios para detectá-la precocemente, evitando mortes prematuras e os malefícios da doença (INCA, 2005).

O Ministério da Saúde esclarece a relevância de se mudar a estratégia no combate ao câncer, combinando ações preventivas, de promoção e de proteção à saúde com medidas diagnósticas e terapêuticas, especialmente as de detecção precoce (BRASIL, 2006a).

Para Marinho et al. (2003), o diagnóstico precoce do câncer de mama está ligado, indubitavelmente, ao acesso à informação para as mulheres, conscientizando-as sobre a realização do auto-exame da glândula mamária, do exame clínico e do exame de mamografia, tríade na qual deve se basear o rastreamento dessa neoplasia.

As estratégias são a prevenção primária e secundária. A primeira, por modificar os fatores de risco, tem um impacto limitado, já que a maioria dos fatores para este câncer não são modificáveis. Assim, os esforços do sistema de saúde devem focar na prevenção secundária (ou detecção precoce), que permite um prognóstico favorável no tratamento desta neoplasia.

A eficiência dos programas de prevenção secundária do câncer de mama, principalmente o rastreamento através da mamografia, é um dos determinantes do diagnóstico precoce da doença o que pode resultar em uma diminuição nos altos índices de mortalidade (MATOS et al., 2009).

Para Buss (2000) o papel da promoção da saúde cresce em importância como uma estratégia para o enfrentamento dos problemas do processo saúde-doença-cuidado e da sua determinação, sendo necessário o fortalecimento do caráter promocional e preventivo, contemplando o diagnóstico e a detecção precoce das doenças crônico-degenerativas e aumentando a complexidade do primeiro nível de atenção, elementos ainda considerados como desafios para o sistema de saúde.

Nos países em desenvolvimento a maioria das pacientes chegam em estádios II ou III. Nos Estados Unidos, a mamografia de rastreamento tem feito com que hoje em dia 42% dos casos se detectem em estádio I (FEIG, 2007; LOUWMAN, 2007).

O nível de responsabilidade com o autocuidado é o resultado de um processo de educação e promoção da saúde que investe tempo e recursos, tanto a nível institucional, como de pessoal de saúde e do próprio usuário. Recentemente as instituições de saúde têm difundido a importância da detecção precoce do câncer de mama, contudo, percebe-se na prática de ações do Sistema Único de Saúde – SUS, que os médicos geralmente não aderem à prática da realização do exame clínico das mamas, deixando nas mãos dos enfermeiros a prática do mesmo. Contudo, alguns enfermeiros se consideram com pouco conhecimento para esta prática por falta de capacitação profissional (POBLANO-VERÁSTEGUI; FIGUEROA-PEREA; LÓPEZ-CARRILLO, 2004).

A produção do conhecimento exige a prática da educação. Com vistas à saúde e bem-estar, tal prática compreende ações interdependentes por parte do objeto que promove a

educação e do sujeito que absorve a mensagem para promovê-la. Essa estratégia gera no indivíduo a voluntariedade de participar nas ações de saúde (GAMBA et al., 2004).

Deve existir também uma boa gestão do programa de detecção precoce do câncer de mama. Isto compreende melhor captação de novas pacientes, estreitamento do processo de diagnóstico e tratamento junto com uma evolução integrada entre os diferentes níveis de decisão: central, regional e local, além dos três níveis de atenção: primário, secundário e terciário. Os tratamentos devem ser oportunos, eficazes e com evolução permanente (SERRA et al., 2010).

Tem-se encontrado vários estudos como o de Borghesan, Barauna e Pelloso (2003) que avaliam o conhecimento sobre os exames de detecção precoce do câncer de mama, especificamente em relação ao auto-exame das mamas, que não é mais preconizado pelo ministério, deixando evidente uma lacuna entre o conhecimento, atitude e prática adequada, em relação aos demais exames, tais como, a mamografia e o exame clínico das mamas.

Segundo Barroso, Vieira e Varela (2003), a educação em saúde deve ser repensada sob a perspectiva da participação social para alcance da promoção da saúde. As verdadeiras práticas educativas funcionam entre sujeitos sociais, sendo a educação em saúde uma estratégia necessária para a constituição de sujeitos ativos, que se movimentam em direção a um projeto de vida libertador, podendo interferir nas decisões, mediante o desenvolvimento da consciência crítica.

A necessidade de criação de novos artifícios coloca a Enfermagem como uma ciência em construção. Ao aliar conhecimento científico aos procedimentos técnicos, a enfermeira utiliza-se das diversas tecnologias para promoção, manutenção e recuperação da saúde, exercendo com criatividade a arte do cuidar e por isso, deverá estimular nos profissionais o desejo, a motivação e a intencionalidade de inventar tecnologias voltadas a facilitar e tornar mais ágil o seu trabalho, com a produção do conhecimento extraída de questões da práxis (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008).

Joventino et al. (2009) afirmam que é na abordagem dialógico-reflexivo-participativa que o profissional enfermeiro deve atuar junto à comunidade, motivado pela possibilidade de elaborar outro paradigma para cada indivíduo, juntando o saber científico ao conhecimento popular, inerente a cada pessoa. Portanto, diante dessa perspectiva dialógica, a enfermagem utiliza estratégias alternativas com o intuito de transmitir informações sobre promoção da saúde do indivíduo e da comunidade, em detrimento da abordagem tradicional para o cuidado.

É essencial educar a população e os profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas precoces do câncer, contribuindo para sua detecção em estágios menos avançados, aumentando as chances de sucesso do tratamento preconizado.

Faz-se necessário a aplicação de um instrumento que possa avaliar se a intervenção educativa utilizada foi eficaz e se possibilitou uma mudança no conhecimento, na atitude ou na prática. Esse instrumento é o Inquérito CAP (Conhecimento, Atitude e Prática), que tem como finalidade avaliar o conhecimento, a atitude e prática sobre determinado tema, o qual foi utilizado na presente pesquisa.

Várias pesquisas têm utilizado o inquérito CAP, sendo boa parte delas na área da ginecologia, como por exemplo, estudos sobre auto-exame das mamas (MARINHO et al, 2003) e métodos anticoncepcionais (ALVES; LOPES, 2008; BELO; SILVA, 2004).

Estudos desta natureza são relevantes na medida em que buscam propor e avaliar a utilização de intervenções a fim de, no caso, minimizar as taxas de não conhecimento e não realização dos exames de detecção precoce do câncer de mama e, dessa forma, melhorar a assistência à saúde da mulher, diminuir os gastos desnecessários ao sistema de saúde e estimular enfermeiros a realizar estratégias educativas, imprescindíveis para o controle do câncer.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo do tipo quase-experimental, composto de grupo experimental e grupo-controle não equivalente. O estudo quase-experimental é realizado quando não se pode formar aleatória a população do estudo, não tirando o mérito da pesquisa, pois a intervenção é realizada com a mesma cientificidade do estudo experimental, examinando relação de causa e efeito (DRIESSNACK; SOUZA; MENDES, 2007).

Existem três tipos de estudo quase-experimental e o tipo utilizado, no presente trabalho, foi o de desenho pré-teste/pós-teste. Este modelo é idêntico ao antes-depois experimental, exceto pelo fato de que os sujeitos não foram distribuídos randomicamente nos grupos (POLIT; BECK, 2011).

A escolha do modelo quase-experimental justifica-se pelo fato de mesmo existindo um grupo intervenção e um grupo controle, não houve distribuição ao acaso dos dois grupos, pois a coleta de dados foi realizada em períodos diferentes, não existindo comunicação entre as participantes dos dois grupos.

O estudo quase-experimental também manipula, pelo menos, uma variável independente para observar efeito e relação com uma ou mais variáveis dependentes, e só diferem dos modelos experimentais na questão da confiabilidade que se possa ter sobre a equivalência inicial dos grupos (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

As variáveis exploratórias serão:

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

Assim, o estudo se propõe aplicar um manual educativo com orientações voltadas para os exames de detecção precoce do câncer de mama, com mulheres do grupo intervenção - GI, como estratégia de educação em saúde, com vistas a alcançar os seguintes desfechos: aumentar os índices de conhecimento Em relação aos exames de detecção precoce para o câncer de mama.

5.2 Descrição do local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade Básica de Saúde (UBS) Lineu Jucá, localizada no bairro Barra do Ceará, em uma área de periferia do Município de Fortaleza-Ceará, pertencente à Secretaria Executiva Regional I – SER I, na qual funcionam cinco equipes da estratégia de saúde da família (ESF) constituídas por: um enfermeiro, um médico, um dentista, quatro auxiliares de Enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde e abrange um contingente de 40 mil pessoas no total.

A escolha desta unidade deu-se por se tratar de uma UBS que trabalha de acordo com a ESF, na qual se desenvolve programa de prevenção ginecológica por enfermeiros e médicos integrantes das respectivas equipes de saúde. Outra justificativa para esta escolha foi o fato de que em uma pesquisa anterior realizada nesta mesma unidade foi constatado taxas significativas de fatores de risco para câncer de mama e uma lacuna de conhecimento e realização dos exames de detecção precoce em uma amostra da população feminina cadastrada nesta unidade, além da constatação do fato de que não há intervenções educativas, voltadas para esta temática, oferecidas a mulheres que buscam a realização de prevenção ginecológica (SILVA, 2008).

A UBS possui serviços de consultas médicas, de enfermagem e odontológicas. Com disposição de atividades voltadas para atendimentos individualizados, cursos de capacitação profissional, encaminhamentos dentro de uma equipe multidisciplinar e acesso a equipamentos e materiais de diagnósticos.

O exame de prevenção ginecológica ocorre semanalmente às segundas, terças e sextas-feiras pela manhã e segunda e quarta-feiras a tarde, sendo os turnos rodiziados pelos profissionais da UBS. Apenas o turno de segunda-feira a tarde é de atendimento médico e nos demais turnos o exame é realizado por enfermeiros, sendo atendidas cerca de 10 mulheres por período e, em média, chegando a um número de 200 exames ginecológicos por mês. O número de exames depende da demanda espontânea para o dia, ou seja, não há marcação

eletiva, as dez primeiras mulheres que compareçam ao posto para consulta ginecológica, realizam o exame.

5.3 População e Amostra do estudo

A população do estudo foi composta por mulheres cadastradas na referida UBS que realizaram o exame de prevenção ginecológica nos dois meses destinados para a coleta de dados, sendo baseada no número de atendimentos ginecológicos mensais (cerca de 200 atendimentos/mês).

As mulheres participantes do estudo foram selecionadas para o grupo de intervenção (GI) e de controle (GC), por meio do período de coleta de dados (segunda e quarta-feiras – GI e terças e quinta-feiras – GC). Havendo, portanto, como critério de escolha para determinar as participantes de cada grupo, o dia da semana em que elas foram para a consulta de prevenção ginecológica. Esse sistema de seleção procurou evitar vieses, pois as participantes iam para a consulta no dia destinado a coleta sem aviso prévio e não sofreram qualquer manipulação das pesquisadoras envolvidas.

Para Marconi e Lakatos (2004), as participantes têm a mesma chance de serem selecionadas em qualquer grupo, pois se controla todas as fontes de variáveis alheias, sem qualquer decisão consciente da parte do pesquisador sobre quais delas precisam ser controladas.

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

- Realizar consulta nos dias marcados para a coleta de dados;
- Ter idade acima de 18 anos, para evitar problemas logísticos quanto à obtenção de autorização;
- Residir no local onde foi realizada a pesquisa, possibilitando o contato posterior, se necessário;

Os critérios de descontinuidade do estudo foram: desistência das mulheres de participar da pesquisa, após início da coleta; não comparecimento à consulta de retorno que impossibilitasse a continuação da coleta de dados.

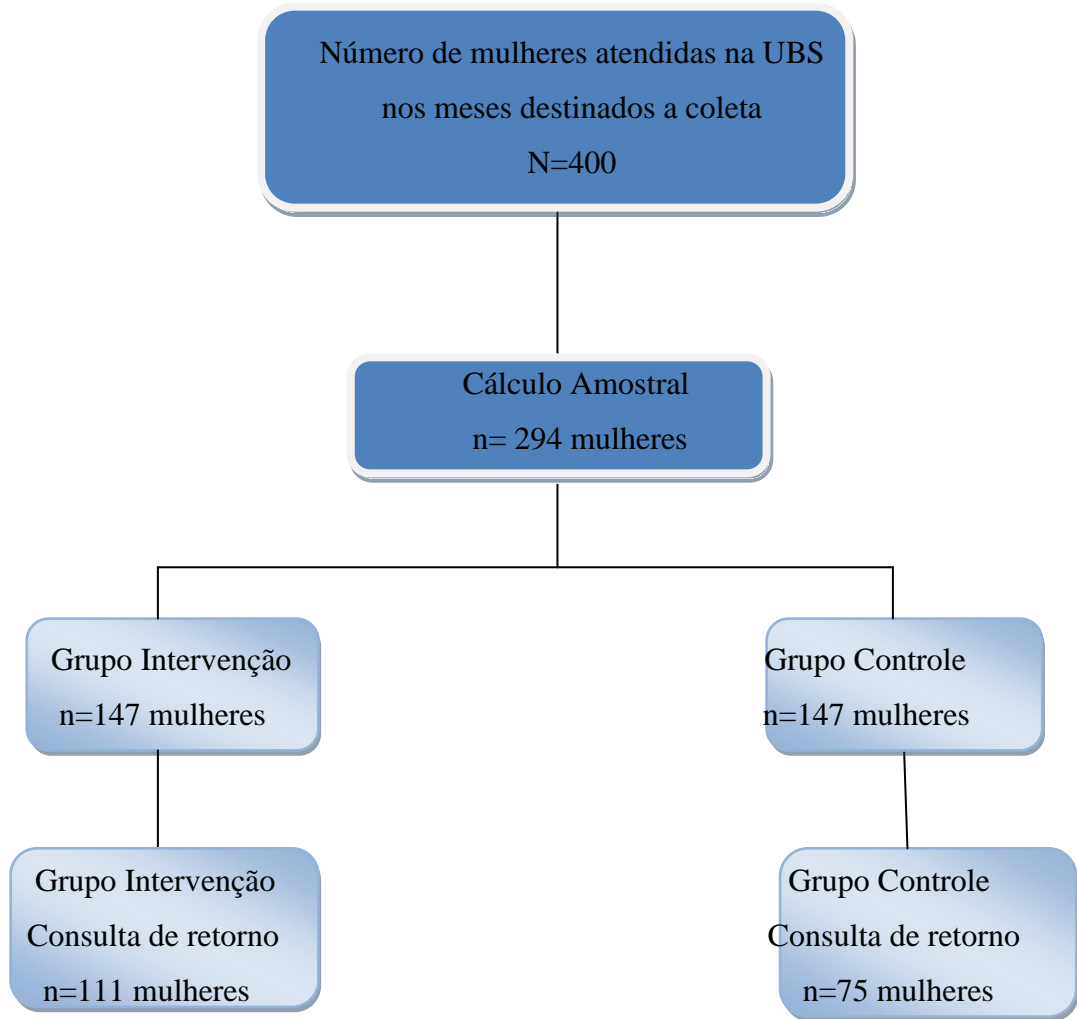
Para o cálculo da amostra, foi escolhida como variável de desfecho para a pesquisa, “conhecimento dos exames de detecção precoce e a realização dos mesmos pelas mulheres de uma UBS”, sendo utilizada a fórmula para populações finitas, como segue:

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

Os valores considerados nesse cálculo foram: um nível de significância de 5% ($t_{5\%} = 1,96$), um erro amostral absoluto de 4% e uma proporção P igual a 50% de mulheres com conhecimento para a realização adequada dos exames de detecção precoce do câncer de mama. Ao substituir os valores da forma: $t_{5\%} = 1,96$; $P = 50\%$; $Q = 50\%$, $e = 4\%$ e $N = 400$, encontrou-se um total de 240 mulheres. Considerando prováveis perdas de informações e/ou formulários, incluíram-se 54 mulheres na amostra, pouco mais de 20%, o que resultou em amostra de 294 mulheres, distribuídas em 147 mulheres para o GI e 147 mulheres para o GC.

Na consulta de retorno após aplicação da intervenção educativa com mulheres do GI, teve-se um total de 111 participantes para esta fase da pesquisa, e do grupo controle, teve-se 75 mulheres para realização desta fase, dentre as 147 de ambos os grupos que participaram da primeira fase.

Figura 1: Distribuição da amostra do estudo. Fortaleza-Ce, 2012.



5.4 Material educativo aplicado

O material educativo aplicado foi criado por duas enfermeiras atuantes no projeto Saúde Materna e Mamária da Universidade Federal do Ceará e que formalizaram o consentimento para a sua utilização e adaptação dos formulários criados para serem utilizados nesta pesquisa (Apêndice A).

Em um estudo realizado por estas autoras, o manual foi validado por 14 profissionais selecionados (três médicos, cinco enfermeiros, três fisioterapeutas, um terapeuta ocupacional, um pedagogo e um comunicador social) para comporem os juízes especialistas e, para a análise semântica, nove mulheres mastectomizadas. A análise dos juízes, também chamada de análise de construto procurou verificar a adequação da representação comportamental dos itens a serem avaliados (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008). Posteriormente, o manual foi avaliado em outro estudo com mulheres no pré-operatório de cirurgia para o câncer de mama (OLIVEIRA, 2009).

Trata-se de um manual de orientações a mulheres mastectomizadas que possui 51 páginas, distribuídas em elementos pré-textuais; textuais (desde a explicação sobre câncer de mama, exames diagnósticos, mastectomia, tratamento, reabilitação, dieta e câncer até a discussão sobre direitos e legislação); e pós-textuais. Os textos foram elaborados em linguagem simples, tornando-o compreensível ao leitor.

No presente estudo, foram utilizados os dois primeiros capítulos deste manual que correspondem a: “Saiba o que é o câncer de mama”, onde constam explicações sobre o tema e “Conhecendo mais sobre o assunto”, onde se apresentam informações pertinentes sobre os exames de detecção precoce do câncer de mama”. As mulheres participantes do GI tiveram a oportunidade de participar de uma sessão educativa, desta parte do manual, feita pela pesquisadora logo após o preenchimento do formulário de coleta e, posteriormente, essas mulheres levaram o manual para realizar leitura em casa até a consulta de retorno.

Vale ressaltar que as mulheres que comparecem para realizar o exame de prevenção ginecológica nesta UBS não apresentam consulta de retorno assegurada, isto é, quando os laudos chegam do laboratório, são protocolados no livro de resultados de prevenção existente na instituição. Os resultados dos exames são entregues às mulheres mediante apresentação do documento de identidade, cerca de 30 a 40 dias após a realização do exame, e as mesmas são orientadas a realizar marcação de consulta para retorno não existindo nenhuma garantia de agendamento breve, dependendo, portanto, da obtenção de vagas.

No entanto, para as mulheres participantes da pesquisa foi agendado consulta de retorno com data mínima de 30 dias úteis após a realização da consulta, nos dias de segunda e quarta à tarde, para recebimento do resultado da prevenção ginecológica, aproveitando a ocasião para o preenchimento do formulário pós-intervenção educativa com as mulheres participantes do GI, bem como, o preenchimento do formulário com as mulheres do grupo controle que não participaram da intervenção.

5.5 Procedimentos técnicos na coleta de dados

A coleta de dados ocorreu através de uma entrevista semi-estruturada, utilizando-se como instrumento de coleta um formulário do tipo inquérito CAP (conhecimento, atitude e prática), no período de abril e maio de 2011 para a primeira fase da coleta com o GI e o GC e nos meses de junho, julho e agosto de 2011 para a segunda fase da coleta com os dois grupos.

A entrevista é uma das mais importantes fontes de informações, pois a maioria delas trata de questões humanas e pode ser conduzida de forma mais espontânea, podendo indagar ao respondente sobre fatos ou situações. A opção pela entrevista se prende ao fato de ser um instrumento de coleta de dados bastante adequado para obtenção das informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem e fazem (GIL, 1999).

Vale salientar que a equipe de trabalho constitui-se de, além da orientadora e da autora principal, seis acadêmicas do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC, integrantes do grupo de pesquisa “Saúde Materna e Mamária” que participaram como pesquisadoras nesta fase de coleta de dados. Estas acadêmicas foram treinadas e habilitadas pela autora principal para participarem da realização das entrevistas e da aplicação do inquérito CAP.

Havia um grupo de três pesquisadoras destinadas à coleta com o GC e um grupo de três pesquisadoras destinadas à coleta com o GI, sendo marcados encontros com a supervisora dos grupos para esclarecimento de qualquer dúvida no decorrer do período da coleta de dados.

Para confecção do instrumento de coleta de dados foi utilizado um modelo desenvolvido por pesquisadores demógrafos conhecido como inquérito CAP, numa tentativa de coletar informações sobre a detecção precoce do câncer de mama (Apêndice B).

Estudos do tipo CAP visam o desenvolvimento de programas mais apropriados para as necessidades específicas da população estudada (ALVES; LOPES, 2008). A escolha pelo inquérito CAP como instrumento de coleta deu-se pelo fato deste instrumento consistir em um

conjunto de questões que visam medir o que a população sabe, pensa e atua diante determinado problema e, ainda, identificar possíveis caminhos para um desenho de intervenção, seguindo os pré-requisitos propostos pelo Ministério da Educação: poder de acurácia, conjunto harmonioso, conhecimento científico e rigor ético (KALIYAPERUMA, 2004).

O CAP elaborado teve como eixo principal o conhecimento dos exames de detecção precoce e sua realização.

Marinho et al. (2003) evidenciaram em seu estudo que os conceitos de conhecimento, atitude e prática eram descritos da seguinte forma:

- *conhecimento* – significa 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 evento;

- *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 a tomada de decisão para executar a ação. Relaciona-se aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo – dimensão social.

Para a aplicação do inquérito CAP, no presente estudo, foram utilizados os seguintes critérios:

a) Conhecimento:

- Adequado: quando a mulher referir já ter ouvido falar sobre os exames de detecção precoce do câncer de mama (exame clínico e mamografia) e souber citar como estes exames são realizados e que eles servem para a detecção precoce;

- Inadequado: quando a mulher referir que nunca ouviu falar dos exames ou já ter ouvido, porém não souber citar, como deve ser feito estes exames, nem para o quê servem;

b) Atitude:

- Adequada: quando a mulher relatar que deve realizar os exames e apresentar como motivo para a realização destes exames a detecção precoce do câncer de mama e/ou quando referir como motivo o fato de ser um exame de rotina ou de desejo de saber se estar tudo bem com

ela (autocuidado). Somente será considerada uma atitude adequada quando, concomitantemente, ela tiver conhecimento adequado para os exames.

- Inadequada: quando a mulher relatar que não deve fazer os exames ou apresentar outras motivações para a realização do exame que não a detecção precoce do câncer de mama ou autocuidado.

c) Prática:

- Adequada: em relação ao exame clínico, quando a mulher relatar que realiza este exame com periodicidade anual e em relação à mamografia, quando a mulher referir realizá-lo anualmente ou, pelo menos, a cada dois anos.

- Inadequada: quando a mulher houver realizado estes exames em periodicidades diferente das citadas acima ou nunca ter realizado.

OBS: A realização da mamografia foi válida para maiores de 35 anos como preconiza o Ministério da Saúde (INCA, 2010).

O estudo foi desenvolvido em duas fases, para o GI (na primeira fase com o preenchimento do inquérito CAP pré-intervenção acompanhado de uma sessão educativa com exposição do manual e leitura posterior dos mesmos em casa pelas participantes e na segunda fase durante consulta de retorno com preenchimento do inquérito CAP pós-intervenção) já para o grupo controle, houve uma fase para o preenchimento do inquérito CAP no dia da consulta ginecológica e na segunda fase, preenchimento do inquérito CAP na consulta de retorno.

A primeira fase do estudo foi desenvolvida na sala de espera para atendimento ginecológico antes da realização das consultas, nos dias destinados a coleta com divisão específica para o GI e GC, conforme descrito anteriormente. As mulheres eram abordadas pela pesquisadora responsável e após aceitarem participar da pesquisa e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice C) eram destinadas para o preenchimento do inquérito CAP, junto à pesquisadora. Desta fase participaram as mulheres do GI e do GC.

Nos dias destinados à coleta com as mulheres participantes do GI, após preenchimento do inquérito CAP, a pesquisadora apresentava às mulheres o manual educativo e através das gravuras ilustrativas fazia uma explanação com orientações pertinentes a respeito dos exames de detecção precoce do câncer de mama e da realização adequada dos mesmos, além da orientações quanto a utilização efetiva do manual. As participantes interagem bastante e chegavam a relatar erros que tinham acabado de cometer durante o preenchimento do

inquérito. Após este diálogo o manual educativo era entregue para a mulher e esta o levava para casa sob orientação de fazer leituras do mesmo para posterior aplicação do inquérito CAP na consulta de retorno agendada para o dia da entrega do resultado da prevenção ginecológica.

A intervenção educativa ocorreu por abordagem individual, utilizando sempre como ferramenta o manual educativo e suas ilustrações. À medida que as participantes chegavam, eram abordadas e após consentimento era aplicado o inquérito CAP, em seguida, era realizada a intervenção educativa.

Para Freire (1999), a educação é um ato de amor; por isso um ato de coragem. Não pode temer o debate. A análise da realidade. Não pode fugir à discussão criadora, sob a pena de ser uma farsa.

Como a abordagem das participantes ocorria na sala de espera para consulta e a pesquisadora ficava com os manuais expostos, despertava bastante interesse entre os presentes no local. Pessoas que aguardavam consultas na UBS e que não faziam parte da pesquisa, ao observar o movimento durante a abordagem educativa, ficavam ansiosas por saber o que era aquele manual, demonstrando interesse em participar da pesquisa.

A intervenção educativa desenvolvida com estas participantes, após preenchimento do inquérito CAP, foi planejada com a finalidade de ser desenvolvida no momento da espera para consulta ginecológica, optando por um caráter atrativo e objetivo, voltado para o fornecimento de informações indispensáveis para propiciar o esclarecimento de dúvidas ou mesmo fornecer conhecimento novos em relação à detecção precoce do câncer de mama, estabelecendo um diálogo eficaz entre a pesquisadora e as mulheres.

A prática da educação em saúde utilizando ferramentas, como o manual educativo, prende a atenção das participantes, causando curiosidade e vontade em participar de uma intervenção até o momento desconhecida.

A educação em saúde quando realizada de forma verticalizada, isto é, baseada no depósito de informações, são geralmente voltadas para a cura do agravo e não para a prevenção deste. As desvantagens desse modelo é que o fornecimento de informação de forma passiva torna o participante mero receptor de informações, que pode não saber aplicá-las a sua realidade, já que esta não é considerada pelo profissional, durante as atividades de educação em saúde (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE 2010).

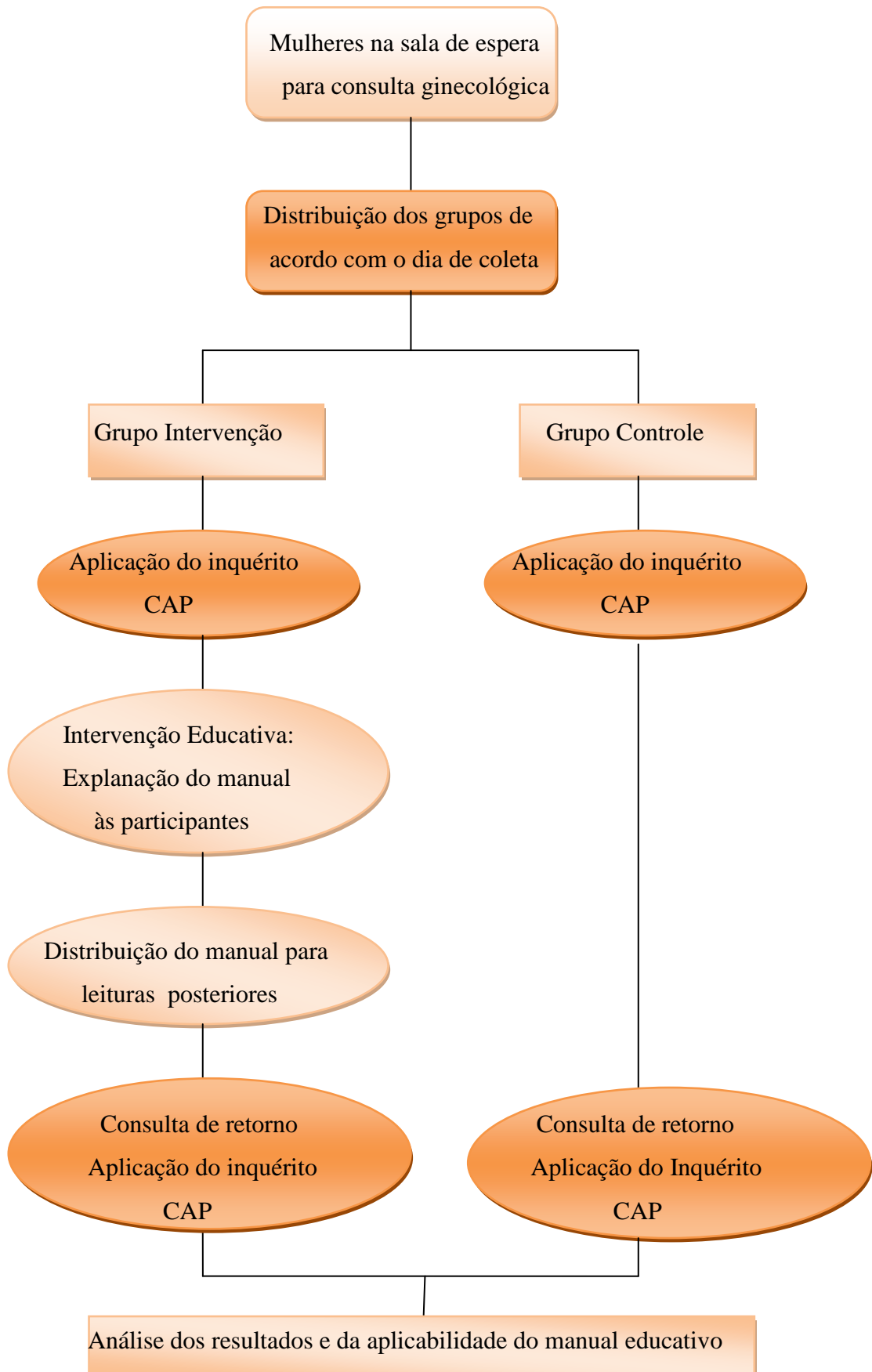
No presente estudo, destaca-se a importância de fazer uma explanação prévia do manual educativo com as principais informações necessárias para uma efetiva educação em saúde na área do câncer de mama e sua detecção precoce, antes da mulher levá-lo para casa.

O Modelo Dialógico de Educação em Saúde, no qual o indivíduo é considerado como sujeito de sua ação, possui conhecimentos envolvidos em um saber cultural, que, embora diferente do saber técnico-científico, não é deslegitimado pelos serviços. Para tanto, nesse modelo dialógico, todos os agentes envolvidos nesse processo, profissionais e clientes, atuam de forma igualitária, ainda que com papéis diferenciados (ALVES, 2005).

Em continuidade, foi explicado para as participantes que o manual educativo foi criado para mulheres com câncer de mama, porém a primeira parte do manual deveria ser explorada por elas por se tratar de explicações quanto à detecção precoce do câncer de mama, tema de abordagem do presente estudo. Enfatizou-se a idéia de que essa estratégia educativa funciona como uma oportunidade de conhecer os métodos de detecção precoce e reduzir o número de casos avançados de câncer de mama.

Na consulta de retorno, as mulheres participantes além de receberem o resultado do exame preventivo realizado na consulta ginecológica, participavam novamente do preenchimento do inquérito CAP, finalizando-se a etapa de coleta e acompanhamento do instrumento educativo proposto para as mulheres do grupo intervenção e partindo-se para a fase avaliativa do processo com os dois grupos e análise da aplicabilidade do manual educativo. Vale salientar que esta parte da coleta foi realizada apenas pela autora principal. Desta fase participaram 111 do grupo intervenção e 75 do grupo controle.

Figura 2: Representação gráfica das etapas do estudo



5.6 Validação do instrumento e teste piloto

O instrumento de coleta de dados (inquérito CAP) foi criado e encaminhado para juízes para validação, a fim de alcançar os objetivos propostos no estudo, com a finalidade de tornar a pesquisa mais consistente metodologicamente.

Segundo Hastad e Lacy (1989), o processo de validação de instrumentos pode ser realizado com base em diferentes níveis de complexidade, podendo ser validade de face, conteúdo, concorrente e validade preditiva. Em função das dificuldades para se alcançar um nível de validade, a de face e conteúdo passa a ser uma opção interessante para suprir a lacuna relacionada ao processo de validação de questionários.

Os juízes analisaram o instrumento quanto à apresentação e conteúdo, relacionando estes elementos à sua capacidade de atingir os objetivos propostos e posteriormente validaram o inquérito e com base nas sugestões propostas, foram realizadas as alterações e submetido a uma testagem prévia com um grupo de 15 mulheres com as mesmas características das participantes do estudo, obedecendo aos critérios de inclusão e na mesma UBS, no mês de janeiro de 2011.

Antes de realizar esse teste-piloto, foi certificado que a participante não poderia fazer parte do estudo e este teste serviu de norteamto ao andamento da pesquisa.

Ressalta-se que após o teste-piloto do CAP, algumas questões que estavam confusas, de entendimento difícil, foram reformuladas, favorecendo melhor entendimento nas respostas das participantes e adequação do instrumento.

Mesmo os melhores planos cuidadosamente delineados no papel podem, na prática, funcionar de modo muito diferente do esperado. O melhor a fazer é detectar tais problemas em estudos-pilotos que levarão a alterações apropriadas antes do início do estudo (LAKATOS; MARCONI, 2005).

Para Polit; Beck e Hungler (2004), o estudo piloto é uma versão em escala menor, ou uma tentativa de obter informações para o aperfeiçoamento do projeto ou para avaliar sua factibilidade.

5.7 Organização e Análise dos dados

Os dados foram organizados e tratados através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão, 16.0 a fim de se obter os resultados finais para discussões posteriores com base na literatura pertinente, sendo os mesmos tabulados, processados e analisados, em tabelas.

A análise exploratória envolveu testes estatísticos descritivos, com a construção de distribuições de frequências absolutas e relativas. Os testes estatísticos foram selecionados de acordo com a necessidade da análise dos dados, a fim de alcançar os objetivos propostos, com confiabilidade e validade do instrumento.

As variáveis contínuas estão expressas como média e desvio padrão e as categóricas em frequências e percentuais. Diferenças entre médias entre os grupos estudados foram avaliadas através do teste *t* de Student, bem como, as variáveis contínuas pelo teste *t* de Student ou Mann-Whitney e, para as variáveis categóricas, pelo teste qui-quadrado de Pearson. Para todas as análises, um valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

5.8 Aspectos éticos

O estudo foi realizado procurando atender aos preceitos ético-legais recomendados na resolução 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde-Ministério da Saúde (BRASIL, 1996) e, definindo os direitos e deveres do pesquisador e dos participantes do estudo, levando em consideração os aspectos de autonomia, beneficência e justiça.

Foi encaminhado para análise e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará – Complexo Hospitalar Walter Cantídio e aprovado com o número do protocolo 178/10 (Anexo A).

Posteriormente ao exposto acima, foi enviado à Secretaria Municipal de Saúde – SMS uma solicitação de autorização para realização da pesquisa na UBS, através de ofício expedido pela pesquisadora e aprovação conforme descrito no Anexo B.

Foram dadas às participantes do estudo, todas as informações pertinentes sobre a pesquisa a ser desenvolvida, como também, deixava-se explícito que a sua participação era de forma voluntária, sendo garantido o total sigilo e anonimato, como também a possibilidade de desistência, caso desejasse, em qualquer momento da pesquisa.

Após essas orientações, todas as participantes davam sua anuência através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra total do estudo (n=294) foi seccionada em dois grupos: 147 participantes do grupo intervenção – GI, sendo 147 antes do manual – GIa e 111 depois do manual – GIb e 147 participantes do grupo controle – GC e 75 do grupo controle pós-intervenção - GCd. Por conta disso, fez-se premente a realização de correlações entre os grupos, visando à confirmação de sua similaridade, em relação às variáveis socioeconômicas e demográficas, com intuito de confirmar se os grupos são comparáveis.

Quando não é possível a randomização, uma alternativa é a homogeneidade, em termos de confiabilidade do instrumento, grau em que suas subpartes são internamente consistentes e estão medindo o mesmo atributo crítico. Em geral, o grau em que os objetos são similares, caracteriza-se por pouca variabilidade (POLIT; BECK, 2011).

Para Lobiondo-Wood e Haber (2001) a homogeneidade significa semelhança de condições, sendo denominada de coerência interna. Para avaliar a homogeneidade dos dois grupos, os resultados da tabela 1 mostram a associação das variáveis sociodemográficas entre os grupos de intervenção e de controle e a tabela 2, a associação das variáveis relacionadas aos fatores de risco, para o câncer de mama, encontrados nas participantes.

Na primeira parte desta seção, foram apresentadas as características socioeconômicas e demográficas dos grupos participantes antes da aplicação da intervenção educativa. Foram explanados os resultados descritivos com toda a população de 294 mulheres, acerca destas características das informantes do estudo – faixa etária, estado civil, escolaridade, ocupação, renda mensal, e religião. Em seguida, foram apresentados os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, encontrados nas participantes do estudo. Por fim, a avaliação do conhecimento, atitude, prática (CAP) em relação aos exames de detecção precoce do câncer de mama sendo realizada estatística inferencial com as 294 mulheres antes da intervenção educativa (grupo intervenção e grupo controle) e com 111 mulheres após a intervenção educativa no grupo intervenção depois da aplicação do manual e 75 mulheres do grupo controle.

6.1 Características socioeconômicas e demográficas

Conforme a tabela 1, descrita abaixo, verifica-se diante dos resultados da amostra total do estudo que existe uma prevalência das seguintes variáveis: faixa etária entre 41 e 72 anos

112(38,1%), sendo (GIa n=56;38,1% e GC n=56; 38,1%), estado civil – com companheiro (casado/união estável) 196(66,7%), sendo (GIa n=98;66,7% e GC n=98;66,7%), tempo de escolaridade foi de 12 a 15 anos de estudo 124(42,2%), sendo (GIa n=63;42,9% e GC n=61;41,5%), quanto a ocupação, 131(44,6%) relatou estar desempregada, sendo (GIa n=62;42,2% e GC n=69;46,9%), renda familiar mensal até um salário mínimo 182(61,9%), sendo (GIa n=96;65,3% e GC n=86;58,5%) e religião católica 180(61,2%), sendo (GIa n=79;53,7% e GC n=101;68,7%).

Tabela - 1 Distribuição das participantes quanto às características socioeconômicas e demográficas. Fortaleza-Ce, 2012.

| Características | Grupo | | | | | | p |
|--------------------------------|--------------------------------|-------|----------|-------|-------|-------|--------------|
| | Intervenção antes do manual | | Controle | | Total | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | |
| Faixa etária (anos) | | | | | | | 0,835 |
| 18-30 | 55 | 37,4 | 51 | 34,7 | 106 | 36,0 | |
| 31-40 | 36 | 24,5 | 40 | 27,2 | 76 | 25,9 | |
| 41-72 | 56 | 38,1 | 56 | 38,1 | 112 | 38,1 | |
| Total | 147 | 100,0 | 147 | 100,0 | 294 | 100,0 | |
| Estado civil | | | | | | | 1,0 |
| Sem companheiro | 49 | 33,3 | 49 | 33,3 | 98 | 33,3 | |
| Com companheiro | 98 | 66,7 | 98 | 66,7 | 196 | 66,7 | |
| Total | 147 | 100,0 | 147 | 100,0 | 294 | 100,0 | |
| Escolaridade (anos) | | | | | | | 0,838 |
| De 3 a 7 | 26 | 17,7 | 30 | 20,4 | 56 | 19,0 | |
| De 8 a 11 | 58 | 39,6 | 56 | 38,1 | 114 | 38,8 | |
| De 12 a 15 | 63 | 42,9 | 61 | 41,5 | 124 | 42,2 | |
| Total | 147 | 100,0 | 147 | 100,0 | 294 | 100,0 | |
| Ocupação | | | | | | | 0,123 |
| Costureira | 28 | 19,0 | 21 | 14,3 | 49 | 16,7 | |
| Desempregada | 62 | 42,2 | 69 | 46,9 | 131 | 44,6 | |
| Estudante | 6 | 4,1 | 1 | 0,7 | 7 | 2,4 | |
| Trabalha fora | 15 | 10,2 | 24 | 16,3 | 39 | 13,3 | |
| Outros | 36 | 24,5 | 32 | 21,8 | 68 | 23,0 | |
| Total | 147 | 100,0 | 147 | 100,0 | 294 | 100,0 | |
| Renda em salário mínimo | | | | | | | 0,486 |
| Até 1 | 96 | 65,3 | 86 | 58,5 | 182 | 61,9 | |
| De 1 a 2 | 36 | 24,5 | 43 | 29,3 | 79 | 26,9 | |
| De 2 a 10 | 15 | 10,2 | 18 | 12,2 | 33 | 11,2 | |
| Total | 147 | 100,0 | 147 | 100,0 | 294 | 100,0 | |
| Religião | | | | | | | 0,031 |
| Católico | 79 | 53,7 | 101 | 68,7 | 180 | 61,2 | |
| Protestante | 51 | 34,7 | 34 | 23,1 | 85 | 28,9 | |
| Outros | 17 | 11,6 | 12 | 8,2 | 29 | 9,9 | |
| Total | 147 | 100,0 | 147 | 100,0 | 294 | 100,0 | |

* O Salário Mínimo durante o estudo = R\$ 520,00

Pode-se verificar, a partir da tabela 1, que o grupo de intervenção antes do manual (Gla) e o grupo de controle (GC) mostraram-se similares, pois não houve associação

estatisticamente significativa entre a maioria das variáveis sociodemográficas, já que os resultados obtidos em ambos os grupos não diferiram entre si.

Assim, evidenciou-se sua similaridade relacionada à idade ($p=0,835$), estado civil ($p=1,0$), escolaridade ($p=0,838$), ocupação ($p=0,123$), renda familiar mensal ($p=0,486$).

Os dois grupos de mulheres estudadas apenas se diferenciaram de forma estatisticamente significativa em relação à religião ($p=0,031$) entretanto não representa uma característica significativa para comparação entre os grupos.

Já na tabela 2, pode-se verificar que os grupos de intervenção e de controle são semelhantes em relação às médias das variáveis sociodemográficas, como idade ($p=0,962$), anos de estudo ($p=0,955$) e renda familiar ($p=0,305$), pois não houve associação estatisticamente significativa entre os resultados obtidos e os valores médios basais foram similares entre as mulheres dos dois grupos. Constatando, assim, que os grupos são homogêneos e que a proposta de intervenção educativa com a aplicação do manual educativo entre os grupos pode ser realizada a fim de verificar a efetividade da estratégia de educação em saúde na promoção da saúde mamária através da detecção precoce do câncer de mama.

Tabela 2 - Comparação das médias das variáveis idade, renda e anos de escolaridade segundo os grupos. Fortaleza, 2012.

| Grupo | | | |
|--|--------------|-------------|----------|
| | Média | ±EPM | P |
| Idade | | | 0,962 |
| Intervenção antes do manual | 35,97 | 1,040 | |
| Controle | 37,03 | 0,992 | |
| Escolaridade (anos) | | | 0,955 |
| Intervenção antes do manual | 10,56 | 0,240 | |
| Controle | 10,54 | 0,265 | |
| Renda familiar (salário mínimo) | | | 0,305 |
| Intervenção antes do manual | 687,81 | 37,057 | |
| Controle | 755,06 | 53,906 | |

Embora constatada esta similaridade é importante ressaltar, conforme observado na tabela 1, dentre o total de participantes nos dois grupos, a maioria 112 (38,1%) tinham idade entre 41 e 72 anos. A idade média das mulheres entrevistadas foi de 37 anos, sendo 35,97 a

média para o grupo intervenção com um erro padrão de media (EPM) de 1,04 e para o grupo controle 37,03 com um EPM de 0,99, com idade máxima de 72 anos e mínima de 18 anos.

No sexo feminino, a maior contribuição para a gênese do câncer de mama vem da idade, sendo o envelhecimento o único fator de risco conhecido em muitos casos (THULER, 2003). Entre os fatores não modificáveis, a idade é um dos mais determinantes fatores de risco durante a vida, a maior idade aumenta a probabilidade de câncer (GONZALEZ, 2008).

Atualmente se aceita que o risco de adoecer por câncer de mama aumenta com a idade e que a idade de risco é a partir dos 50 anos (BERNSTEIN et al., 2008).

Segundo Molina, Dalben e Luca (2003), mais de 80% dos óbitos por câncer de mama ocorrem em pessoas maiores de 50 anos de idade e pode-se afirmar que o risco de morrer devido às neoplasias malignas, em uma década qualquer da vida, é o dobro da década anterior. Em idosos outras causas de morte concorrem com as neoplasias, tais como as doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão entre outras. Variações na mortalidade por estas doenças afetam o número de pessoas que desenvolvem câncer. Como em outros países, se a mortalidade por doenças cardiovasculares continuar a cair, este fato poderá ser refletido em um aumento relativo e absoluto da mortalidade por câncer.

Em um estudo realizado com 745 mulheres de Juiz de Fora com câncer invasivo da mama diagnosticado entre janeiro de 1998 e dezembro de 2000, a média de idade na descoberta do diagnóstico foi de 56,4 anos, e a mediana foi de 56,0 anos, variando de 25,0 a 91,0 anos, sendo que 82 (11%) tinham menos de 40 anos. Apenas 180 (24,2%) mulheres eram não brancas (cor da pele parda ou negra).

De acordo com estudos bem desenhados e controlados, a idade elevada, geralmente após os 50 anos, é um fator de risco importante, e, na maioria dos casos, é o único encontrado (PINHO; COUTINHO, 2007).

A ocorrência de câncer de mama em mulheres jovens é um evento infrequente. Cerca de 6,5% dos casos desta neoplasia ocorrem em mulheres com menos de 40 anos e 0,6%, em mulheres com menos de 30 anos. A idade é, com frequência, mencionada como um fator independente de mau prognóstico, embora esta conclusão não seja uniformemente aceita. Em algumas séries de casos, vários fatores clínicos e epidemiológicos de mau prognóstico são associados às faixas etárias mais baixas (ARRIAGADA et al., 2006).

No presente estudo, 182 mulheres dentre o total de participantes apresentaram idade em intervalos até 40 anos, sendo (GIa n=91;61,9% e GC n=91;61,9%). Estudos mostram que o câncer de mama vem atingindo progressivamente um número maior de mulheres, em faixas

etárias mais baixas, e com taxa de mortalidade também crescente no País (SCLOWITZ et al., 2005).

Para Clagnan et al. (2008), em seu estudo, mulheres mais jovens apresentaram tumores com maiores diâmetros no momento do diagnóstico. Cerca de 29% das neoplasias, em mulheres jovens, foram diagnosticadas no estágio I, comparadas com 47% em pacientes com mais de 40 anos.

Corroborando com estas autoras, Pinho e Coutinho (2007) afirmam que a idade elevada, principalmente após os 50 anos é um fator importante, porém existem outros fatores já estabelecidos na causalidade da doença, principalmente os reprodutivos e os ligados a hereditariedade.

Observa-se que as mulheres mais jovens com carcinoma de mama tendem a apresentar estádios mais avançados e achados correlacionados, como tumores menos diferenciados e menor porcentagem de tumores com receptores hormonais. Observa-se que a neoplasia de mama em pacientes jovens tem evolução claramente mais desfavorável, com letalidade significativamente mais elevada, mesmo que fatores clínicos e histológicos como estágio, diâmetro do tumor, acometimento axilar por metástases, grau histológico e receptores hormonais sejam semelhantes em grupos diferentes (CLAGNAN et al., 2008).

No estudo realizado por Borghesan, Pelloso e Carvalho (2008), a idade média das mulheres estudadas foi de 51,33 anos, com variação entre 28 e 75 anos, estando 52,63% delas na faixa etária de 43 a 53 anos. Os dados deste estudo mostram uma incidência de câncer de mama maior por volta dos 50 anos e pequena incidência antes dos 30 anos.

A idade é um fator de risco devido ao envelhecimento, bem como, ao tempo de exposição aos carcinógenos. Quanto mais se avança na idade cronológica, o risco de exposição, principalmente ambiental, aumenta e, como o câncer de mama é multicausal, fatores associados aumentam a possibilidade do desenvolvimento da doença (PIRHARDT; MERCÊS, 2009).

A combinação de sintomas aumenta o risco, particularmente, se houver presença de doença benigna na mama ou idade maior de 40 anos. Em mulheres sintomáticas, o risco do câncer de mama está diretamente relacionado com a idade e é independente da presença de sintomas (ANGARITA; ACUÑA, 2007).

O câncer de mama em pacientes abaixo dos 40 anos é incomum, constituindo aproximadamente 7% de todos os casos diagnosticados. Contudo, vários estudos epidemiológicos nos últimos 20 anos, relatam que esse grupo de pacientes tem chamado especial interesse por estar associado com um pior prognóstico quando comparado com casos

diagnosticados acima dos 40 anos (COLLEONI et al., 2002; SUNDQUIST et al., 2002; GARICOCHEA, 2009).

Corroborando com estes autores, Sabbi (2002) comprovou em sua pesquisa o aumento real do câncer de mama em mulheres mais jovens. Estimando-se que uma em cada 11 mulheres brasileiras desenvolverá câncer de mama, em algum momento de sua vida.

De acordo com pesquisas do Hospital do Câncer de São Paulo, a incidência do câncer de mama, em mulheres abaixo de 35 anos, quintuplicou no período de cinco anos. De 1999 a 2004, houve aumento de 16,8% do total de casos novos de tumor mamário, que a instituição atende por ano (COLLUCCI, 2006).

As razões para pacientes jovens terem um pior prognóstico são incertas. Alguns estudos têm sugerido que o mau prognóstico deve ser atribuído ao diagnóstico tardio neste grupo de pacientes. A detecção de tumores iniciais em pacientes abaixo de 40 anos submetidas ao rastreamento com mamografia pode ser dificultado devido à falta de indicação para a realização deste exame, justamente pela idade. As diferenças em relação à menor sobrevida e maior risco de recorrência parecem ser mais importantes em pacientes de baixo risco (COLLEONI et al., 2002; SUNDQUIST et al., 2002; GARICOCHEA, 2009).

A maioria desses dados refere-se à Europa e Estados Unidos. A incidência, sobrevida e mortalidade do câncer de mama podem variar de acordo com diferentes áreas geográficas (GARICOCHEA, 2009).

Já para Sundquist et al. (2002), o resultado do estudo realizado na população dinamarquesa mostrou apenas diferença prognóstica em pacientes jovens com câncer de mama em estágio inicial.

Cerca de 25% das mulheres com idade superior a 50 anos não seguem as normas recomendadas de rastreamento periódico. Deve-se considerar que as mulheres mais idosas freqüentam menos os serviços de saúde, mesmo em países desenvolvidos. Em geral mulheres mais jovens procuram mais os serviços de saúde, em especial o ginecologista por eventos que acometem mais essa faixa etária como gravidez, anticoncepção e tratamento de leucorréia (MARCHI; GURGEL; FONSECHI-CARVASAN, 2006).

A definição da idade como fator prognóstico relevante é fundamental em câncer de mama localizado, pois trata-se de uma patologia potencialmente curável, indicando a necessidade de um tratamento mais agressivo, caso essa população apresente alta taxa de recorrência e baixa sobrevida. Em países em desenvolvimento, a definição de que essas pacientes compõem um grupo de alto risco pode estimular o desenvolvimento de políticas específicas e mais efetivas na abordagem dessa população (GARICOCHEA, 2009).

Na análise bivariada realizada por Dias da Costa et al. (2007), através dos intervalos de confiança e dos testes estatísticos, demonstrou-se que as prevalências da não-realização do exame clínico das mamas diminuíram conforme aumentou a idade das mulheres.

O número de casos novos apresenta tendência ascendente devido às mudanças ambientais, urbanização crescente e adoção de estilos de vida favoráveis a carcinogênese, assim como ao acúmulo de pessoas idosas na população (MOLINA; DALBEN; LUCA, 2003).

Em relação ao estado civil, 196 (66,7%) participantes viviam com um companheiro, ou seja, tinham um relacionamento estável, destas 98 (66,7%) eram do GIa e 98(66,7%) do GC. Foram consideradas para este grupo, as casadas ou com união estável; isto é, que moravam junto com o parceiro, sendo esta condição predominante nos dois grupos de participantes.

Na questão do câncer de mama, o parceiro pode ser fonte de suporte ou de estresse, dependendo da qualidade do relacionamento do casal. O estresse emocional associado ao relacionamento conjugal pode comprometer a qualidade de vida. Mulheres satisfeitas com seus parceiros referem estar bem psicologicamente (AVIS; CRAWFORD; MANUEL, 2005).

Quanto à escolaridade, a maioria, 124(42,2%) mulheres, destas 63 (42,9%) do GIa e 61 (41,5%) do GC, considerando a similaridade dos dois grupos, referiram ter um total entre 12 e quinze anos de estudo, contudo 56(19,%) (GIa n=26;17,7% e GC n=30;20,4%) relataram ter estudado no máximo sete anos, o que torna este percentual preocupante, já que quanto maior o grau de instrução, maior a capacidade de desenvolver o domínio cognitivo, maior o poder de absorção de informações e desempenho do aprendizado para aperfeiçoar o conhecimento, como por exemplo, através da aplicação de intervenção por meio de um manual educativo. A média de anos de estudo para o grupo intervenção foi de 10,56 anos com EPM de 0,24 e para o grupo controle foi de 10,54 com EPM de 0,26.

Segundo Molina, Dalben e Luca (2003), o nível de escolaridade é fator significativo, uma vez que mulheres com mais de cinco anos de estudo obtêm melhores oportunidades de diagnóstico precoce do câncer mamário e tratamento adequado. Quanto maior foi o grau de estudo, maior é o conhecimento adquirido sobre métodos de prevenção, devido ao próprio domínio da leitura e melhores oportunidades de acessar serviços de saúde.

No estudo realizado por estes autores, observou-se que a escolaridade e a idade estavam relacionadas com o conhecimento sobre a periodicidade recomendada do auto-exame das mamas, com a solicitação da mamografia e com o exame clínico. As mulheres mais

jovens e as com maior grau de estudo eram as mais bem informadas (MOLINA; DALBEN; LUCA, 2003).

Também foi observado no estudo de Gonçalves et al. (2008), que quanto menor a escolaridade maior a probabilidade das mulheres não terem suas mamas examinadas. No grupo de puérperas com 5-8 anos de estudo, observou-se uma probabilidade 60% maior de não-realização do exame clínico das mamas durante o pré-natal, enquanto que entre as pacientes com quatro ou menos anos de estudo a probabilidade chega a 70%. No estudo realizado por Dias da Costa et al. (2007), a maior prevalência de não-realização de exames de detecção precoce do câncer de mama ocorreu nas mulheres inseridas nas classes D e E. Observou-se que 60% das mulheres dessas classes não eram examinadas e que quanto menor era a escolaridade, maior era a probabilidade das mulheres não terem suas mamas examinadas.

Pôde-se observar, que quanto maior a escolaridade mais frequente é a adoção de medidas de prevenção contra o câncer de mama. No grupo de escolaridade até quatro anos de estudos, o autoexame da mama é o mais relatado (29,1%), destacando-se novamente o exame clínico no grupo com mais de cinco anos de escolaridade (49,3%) (LIMA et al., 2011).

Para Bim et al. (2010), por as mulheres do seu estudo terem apresentado baixa renda e baixa escolaridade, este fato pode ter influenciado na prática de cuidados com a saúde, particularmente no diagnóstico precoce e na prevenção de neoplasias. A baixa escolaridade pode ser responsável pela deficiência do conhecimento sobre os exames de detecção precoce, sugerindo que tal condição interfira negativamente na realização de diagnóstico precoce e de condutas preventivas. Por outro lado, é também possível que esta condição tenha seu fundamento na dificuldade dos profissionais de saúde em orientar as mulheres com baixa escolaridade sobre essas doenças e como preveni-las ou detectá-las precocemente.

Ao serem questionadas a respeito da ocupação 131(44,6%) participantes, sendo GIa n=62;42,2% e GC n=69;46,9%, referiram estar desempregadas, ou seja, não tinham nenhum tipo de ocupação, mantinham-se através de pensões ou eram sustentadas por um membro familiar que, na maioria dos casos, era o companheiro.

Analisando-se a variável renda familiar, observou-se que 182 (61,9%) do total da amostra, (GIa n=96;65,3% e GC n=86;58,5%), possuíam renda menor que um salário mínimo. O valor do salário mínimo considerado no período da coleta era de R\$ 520,00. O valor médio aproximado, da renda familiar para o grupo intervenção foi de R\$ 687,81 com EPM de 37,05 e para o grupo controle foi de 755,06 com EPM de 53,90.

Para Scowitz et al. (2005), dentre os fatores associados às condutas preventivas de câncer de mama está o maior nível socioeconômico. Esta associação é diretamente proporcional; isto é, quanto maior o nível socioeconômico, maior o número de atendimentos de prevenção realizados e, conseqüentemente, mais exames serão realizados. Isto caracteriza o acesso aos cuidados de saúde como não universal, o que confronta com os preceitos básicos estabelecidos pelo SUS assegurados na Constituição Brasileira. Essa inadequação certamente é a causa de muitas outras, constituindo-se um grande desafio a ser enfrentado pelos órgãos governamentais nos próximos anos, para que a saúde não seja privilégio de alguns, mas um direito de todos.

Para Gonçalves et al. (2010), a baixa renda familiar associada ao baixo nível de escolaridade constitui fator de risco nos processos saúde-doença, não sendo diferente para o câncer de mama. Estes fatores podem influenciar no acesso destas mulheres a serviços de saúde, práticas de autocuidado e adoção de medidas de detecção precoce para o câncer de mama.

Estudos sobre os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2003 mostraram que a realização de mamografia associou-se à renda familiar e à cobertura por plano de saúde, importantes fatores de acesso aos serviços de saúde (LIMA-COSTA; MATOS, 2007; NOVAES; BRAGA; SCHOUT, 2006).

Para Sabbi (2002), o câncer de mama acontece mais nas populações de mulheres brancas dos países industrializados e mais urbanizados, onde predomina um padrão socioeconômico mais elevado.

No passado, o câncer, de uma forma geral, era visto como uma doença de países ricos e industrializados. Contudo, estudos como o realizado por Molina, Dalben e Luca (2003), afirmam que mais da metade dos casos novos de cânceres reportados anualmente ocorrem em países subdesenvolvidos.

Corroborando com estes autores, Dias-da-Costa et al. (2007), consideraram dentre os fatores reconhecidamente de risco para o câncer mamário a classe econômica. A análise deste estudo revelou que as mulheres inseridas nas classes mais baixas apresentaram menor probabilidade de serem examinadas.

A análise multivariada realizada por Dias-da-Costa et al. (2007), incluindo todas as mulheres, demonstrou que somente a variável classe econômica apresentava associação estatisticamente significativa para a não-realização de exame clínico de mama. As mulheres inseridas nas classes C, D e E apresentaram menor probabilidade de realizarem este exame.

Em um estudo de coorte com 4.222 mulheres de 65 anos ou mais, onde se examinou a relação entre a riqueza e uso do rastreamento mamográfico nessas mulheres, observou-se que 68% das mulheres receberam o rastreamento e que estava associado com riqueza e bom prognóstico. O rastreamento mamográfico foi mais comum entre mulheres ricas em detrimento das pobres, ambas para mulheres com bom prognóstico. O estudo concluiu que as mulheres idosas pobres com prognóstico favorável estão em risco de não receberem rastreamento mamográfico quando elas são prováveis para o benefício. Mulheres idosas mais ricas com limitado prognóstico são frequentemente rastreadas quando elas são improváveis para o benefício (WILLIAMS et al., 2008).

Deve-se ressaltar que no estudo realizado em Pelotas também foram constatados achados semelhantes, revelando que as mulheres com menor inserção de classe e não-brancas também apresentaram menor probabilidade de serem examinadas (DIAS DA COSTA et al., 2003).

Ao indagar sobre a associação entre o acesso real à realização da mamografia de detecção precoce e a condição de afiliação à seguridade social em saúde das mulheres encontrou-se menor probabilidade de haver realizado o exame as afiliadas ao regime subsidiado e as pobres sem plano de saúde, junto com as menos educadas. Adicionalmente, encontrou-se tendências, estatisticamente significativas, à medida que a mulher adquire um plano de saúde e aumenta seu nível educativo, aumenta a probabilidade de fazer uso efetivo de uma mamografia de detecção. Finalmente, não se encontrou interações que modificassem o efeito do regime de afiliação à seguridade social em saúde no uso da mamografia de detecção precoce (CHARRY; CARRASQUILLA; ROCA, 2008).

A maior prevalência de não-realização do exame das mamas ocorreu entre as pacientes que tinham renda familiar *per capita* inferior a um salário mínimo: 64% deste grupo não foi examinado (GONÇAVES et al., 2008).

Em uma série de países desenvolvidos tem se verificado, nos últimos anos, a redução do tamanho médio dos tumores mamários e, conseqüentemente, a diminuição das taxas de mortalidade pela doença. Afinal, o diagnóstico precoce potencializa a resolutividade do tratamento. Não obstante, o câncer de mama ainda representa uma das maiores causas de morte da população feminina, sobretudo nas classes econômicas menos privilegiadas (PERES; SANTOS, 2007).

Esta associação resulta da convergência de uma série de fatores como baixo nível educacional, carência de informações e acesso restrito às novas terapêuticas - nesse segmento

da população a prática da prevenção secundária é pouco freqüente, inclusive nas nações mais ricas (KAMANGAR; DORES; ANDERSON, 2007).

Esses dados precisam ser considerados pelas autoridades em saúde, para que o diagnóstico precoce do câncer de mama por meio de um exame específico não fique apenas ao alcance de uma pequena parcela da sociedade, aquela mais privilegiada cultural e financeiramente. Como não existem medidas de prevenção primária, ou seja, não há meios para prevenir o câncer de mama, é absolutamente relevante que se aprimorem os meios de detecção precoce.

A associação entre o nível socioeconômico e o acesso ao exame preventivo e de diagnóstico precoce é indicativo de que o acesso aos cuidados de saúde não é universal e se constitui em um desafio a ser enfrentado pelo Estado por meio de políticas públicas (SCLOWITZ et al., 2005).

Com relação à religião, a maior proporção das mulheres, 180 (61,2%), GIa n=79;53,7% e GC n=101;68,7%, seguiam a doutrina católica, enquanto, 85 (28,9%), GIa n=51;34,7% e GC n=34;23,1% disseram ser protestantes e 29 (9,9%), GIa n=17;11,6% e GC n=12;8,2% caracterizaram-se com outro tipo de religião, ou mesmo, sem religião.

Embora os dois grupos de mulheres estudadas tenham se diferenciado de forma estatisticamente significativa em relação a esta variável ($p=0,031$), a mesma não representa uma característica significativa para comparação entre os dois grupos.

Não foram encontradas na literatura, referências que definissem a escolha da religião como um fator determinante no risco para desenvolvimento de neoplasia mamária. Contudo, sabe-se que, muitas vezes, a religião funciona como alicerce para o paciente no que se refere à superação da doença e suas conseqüências. Isto se explica, pois independentemente da crença religiosa, a confiança num poder divino é bastante aceitável e pode ser considerado fator significativo (FIALHO; SILVA, 2004).

6. 2 Fatores de risco para o câncer de mama

A Tabela 3 apresenta a correlação dos principais fatores de risco para o câncer de mama entre os grupos do estudo. Foram observados resultados similares nos grupos de intervenção e controle, pois não houve associação estatisticamente significativa entre as seguintes variáveis: idade da menarca ($p=0,465$); idade da menopausa ($p=0,107$); paridade ($p=0,112$); amamentação ($p=0,440$); existência de doença benigna da mama ($p=0,054$); tipo

de doença benigna ($p=0,715$); câncer de mama na família ($p=0,744$); grau de parentesco ($p=0,990$).

Em contrapartida, a variável uso de anticoncepcional ($p<0,0001$) apresentou associação estatisticamente significativa entre o grupo de intervenção e o grupo controle, em que o uso de anticoncepcional (GIa $n=30$; 20,5% e GC $n=98$; 66,7%) foi mais prevalente e com um maior percentual no grupo controle, contudo esta variável não interfere na avaliação do CAP, nem é fator decisivo para exclusão da homogeneidade dos grupos.

Tabela - 3 Distribuição dos fatores de risco para o câncer de mama entre os grupos do estudo. Fortaleza-Ce, 2012.

| Características | Grupo | | | | | | p |
|---|-------------|-------|----------|-------|-------|-------|-------------------|
| | Intervenção | | Controle | | Total | | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | |
| Idade da menarca (anos) | | | | | | | 0,465 |
| 9-11 | 23 | 15,6 | 31 | 21,1 | 54 | 18,4 | |
| 12-14 | 91 | 61,9 | 87 | 59,2 | 178 | 60,5 | |
| 15-19 | 33 | 22,4 | 29 | 19,7 | 62 | 21,1 | |
| Total | 147 | 100,0 | 147 | 100,0 | 294 | 100,0 | |
| Idade da menopausa (anos) | | | | | | | 0,107 |
| 26 – 39 | 3 | 8,8 | 10 | 28,6 | 13 | 18,8 | |
| 40 – 49 | 20 | 58,8 | 17 | 48,6 | 37 | 53,6 | |
| 50 – 57 | 11 | 32,4 | 8 | 22,9 | 19 | 27,5 | |
| Total | 34 | 100,0 | 35 | 100,0 | 69 | 100,0 | |
| Paridade | | | | | | | 0,112 |
| Sim | 129 | 87,8 | 137 | 93,2 | 266 | 90,5 | |
| Não | 18 | 12,2 | 10 | 6,8 | 28 | 9,5 | |
| Total | 147 | 100,0 | 147 | 100,0 | 294 | 100,0 | |
| Amamentação | | | | | | | 0,440 |
| Sim | 109 | 84,5 | 120 | 87,6 | 229 | 86,0 | |
| Não | 20 | 15,5 | 17 | 12,4 | 37 | 14,0 | |
| Total | 129 | 100,0 | 137 | 100,0 | 266 | 100,0 | |
| Uso de anticoncepcional hormonal | | | | | | | <0,0001 |
| Sim | 30 | 20,5 | 98 | 66,7 | 128 | 43,7 | |
| Não | 116 | 79,5 | 49 | 33,3 | 165 | 56,3 | |
| Total | 146 | 100,0 | 147 | 100,0 | 293 | 100,0 | |
| Doença benigna de mama | | | | | | | 0,054 |
| Sim | 10 | 6,8 | 20 | 13,6 | 30 | 10,2 | |
| Não | 137 | 93,2 | 127 | 86,4 | 264 | 89,8 | |
| Total | 147 | 100 | 147 | 100,0 | 294 | 100,0 | |
| Tipo de doença benigna | | | | | | | 0,715 |
| Cisto ou nódulo | 8 | 80,0 | 15 | 75,0 | 23 | 76,6 | |
| Inflamação | 1 | 10,0 | 1 | 5,0 | 2 | 6,7 | |
| Outros | 1 | 10,0 | 4 | 20 | 5 | 16,7 | |
| Total | 10 | 100,0 | 20 | 100,0 | 30 | 100,0 | |
| Doença maligna de mama | | | | | | | 0,744 |
| Sim | 21 | 14,3 | 23 | 15,6 | 44 | 15,0 | |
| Não | 126 | 85,7 | 124 | 84,4 | 250 | 85,0 | |
| Total | 147 | 100,0 | 147 | 100,0 | 294 | 100,0 | |
| Grau de parentesco | | | | | | | 0,990 |
| Mãe | 2 | 9,5 | 2 | 8,7 | 4 | 9,1 | |
| Irmã | 2 | 9,5 | 2 | 8,7 | 4 | 9,1 | |
| Outros | 17 | 81,0 | 19 | 82,6 | 36 | 81,8 | |
| Total | 21 | 100,0 | 23 | 100,0 | 44 | 100,0 | |

O câncer de mama é uma doença que não pode ser evitada, porém o conhecimento da existência de fatores de risco associado a ela pode facilitar a detecção precoce e contribuir no rastreamento da patologia. Existem vários fatores de risco para o câncer de mama, apesar de sua etiologia ainda ser desconhecida (BORGHESAN; PELLOSO; CARVALHO, 2008).

Para estas autoras, além da prevenção secundária, a busca na identificação dos fatores de risco para o câncer de mama nas mulheres aumentaria as chances de detectar precocemente o câncer, possibilitando sua cura e uma sobrevida maior.

Diversos artigos discutem sobre a importância de se estudar os fatores de risco para o câncer de mama, porém, até hoje, as pesquisas não elucidam claramente a associação de todos os fatores de risco encontrados com a incidência desse câncer. O que se sabe é que a incidência aumenta gradualmente como reflexo da tendência global à predominância de estilos de vida que reforçam a exposição a fatores de risco (MATOS; PELLOSO; CARVALHO, 2010).

Há numerosos fatores que podem aumentar este risco basal, pelos quais se torna necessário quantificar seu impacto, idealmente avaliando-os em cada caso particular. Alguns são modificáveis ou controláveis e neles as estratégias de prevenção primária jogam em caráter transcendental. Ao contrário, outros não podem ser alterados, o que é de vital importância contar com ferramentas de detecção precoce que permitam reconhecer a neoplasia de forma oportuna e, assim, promover um tratamento eficaz, melhorando a sobrevida e idealmente diminuindo a mortalidade (GONZALEZ, 2008).

Entre as condições modificáveis ou ao menos controláveis estão: paridade, idade da primeira gravidez, amamentação, dieta, obesidade, consumo de álcool, exposição à radiação, terapia de reposição hormonal, exercício. O impacto específico deles está quantitativamente estabelecido em alguns casos e nos fatores, não modificáveis, só é conhecida a associação (GONZALEZ, 2008).

A partir do conhecimento dos fatores de risco para câncer de mama, as pessoas têm mais condições para adotar as medidas preventivas e de promoção de saúde, com vistas à melhor qualidade de vida (JODELET, 2008).

Os fatores de risco compõem uma rede inter-relacionada que precisa ser levada em conta, quando se avalia a paciente com câncer de mama. Aproximadamente, 60% das mulheres com câncer de mama não apresentam nenhum dos fatores de risco identificados como principais, demonstrando a necessidade de pesquisas nesta área (MENKE, 2000).

O World Cancer Research Fund (WCRF) e o American Institute for Cancer Research (AICR) realizaram ampla investigação sobre os fatores associados ao câncer de mama,

conforme as evidências científicas disponíveis até 2007. Variáveis ginecológicas, antropométricas, história da amamentação, ingestão de bebida alcoólica e atividade física mereceram destaque neste documento. Porém, ainda existem muitos aspectos a esclarecer, principalmente com relação à composição corporal e à atividade física, tornando necessária a realização de mais estudos sobre a influência destes fatores na proteção ou risco para a neoplasia maligna de mama (BEABER, 2008).

Aproximadamente 8% da população têm risco elevado ou muito alto de contrair câncer de mama. Considera-se de maior risco significativo àquelas pacientes com história de um familiar com parentesco de primeiro grau ou dois familiares de segundo grau com câncer diagnosticado antes dos 50 anos, pacientes com antecedente de biópsia prévia com hiperplasia lobular atípica (HLA), hiperplasia ductal atípica (HDA), carcinoma lobular in situ (CLIS), cicatriz radiada, mulheres submetidas à radiação torácica prévia por linfoma e pacientes com mutações genéticas BRCA um ou dois, diagnosticadas nelas ou em parentes próximos. Entre todas estas pacientes de maior risco, devem-se distinguir dois grupos, um de alto risco (entre 15 a 20% de risco durante a vida) e outro de risco muito elevado (>20% de risco durante a vida), nas quais as estratégias de controle são diferentes. Nestas últimas, pode-se considerar a mastectomia profilática e o uso de tamoxifeno como medidas de prevenção (GONZALEZ, 2008).

No estudo realizado por Dias da Costa et al. (2007), a presença de fatores de risco para o câncer de mama não determinou a realização dos exames de detecção precoce, evidenciando a falta de lógica epidemiológica para a organização dos serviços de saúde. Na verdade, a presença de fatores de risco deveria orientar para o rastreamento oportunístico seletivo das pacientes de forma que a realização do exame clínico de mama deveria contemplar, principalmente, as mulheres em situação de risco de câncer de mama.

O câncer de mama considerado esporádico, ou seja, sem associação com o fator hereditário, representa mais de 90% dos casos de câncer de mama em todo mundo. Dados clínicos, epidemiológicos e experimentais têm demonstrado que o risco de desenvolvimento de câncer de mama esporádico está fortemente relacionado à produção de esteroides sexuais. Condições endócrinas moduladas pela função ovariana, como a menarca precoce, menopausa tardia e gestação, assim como a utilização de estrógenos exógenos, são componentes relevantes do risco de desenvolvimento do câncer de mama (TIEZZI, 2009).

Sabe-se que o estrogênio tem um importante papel no câncer de mama ao induzir o crescimento das células do tecido mamário, o que aumenta o potencial de alterações genéticas e, conseqüentemente, o desenvolvimento do câncer. Por isso, qualquer fator que leve a um

aumento no estrogênio poderá levar também a um aumento no risco de adoecer por câncer de mama. Mulheres com história de menarca precoce, primeiro filho em idade avançada, obesidade na pós-menopausa, câncer de ovário, densidade mamária elevada, doença mamária benigna, exposição ao tabaco, a radiações ionizantes e pesticidas/organoclorados apresentam aumento no risco de desenvolver câncer de mama (THULER, 2003).

Os fatores de risco associados à vida reprodutiva das mulheres, que podem estar positivamente relacionados ao aumento da incidência de câncer de mama, englobam a primeira gestação após os 30 anos, menarca anterior aos 11 anos, menopausa após os 55 anos, a nuliparidade e a existência de ciclos menstruais de curta duração (BORGHESAN; PELLOSO; CARVALHO 2008).

Sabe-se que o desenvolvimento de câncer de mama é resultado de uma combinação de fatores de distinta índole. Porém, só se podem estimar os possíveis fatores de risco para o desenvolvimento desta neoplasia. É necessário diferenciar os fatores de risco em convencionais e emergentes. Os convencionais são aqueles aceitados na clínica e se caracterizam por não serem modificáveis, como a idade, os antecedentes familiares de câncer de mama, etc. Ao contrário, consideramos emergentes aqueles relacionados com os hábitos socioculturais como a obesidade e o sedentarismo (ACTIS et al., 2009).

Alguns estilos de vida têm sido sugeridos como associados a uma redução no risco de desenvolver câncer de mama: amamentar, ter um número elevado de partos, residir em área rural, praticar exercícios físicos e ingerir bebidas alcoólicas com moderação, manter uma alimentação equilibrada e controlar o peso (THULER, 2003).

Tem-se especulado que a presença destes fatores leva a uma redução discreta no risco de desenvolver câncer de mama. Entretanto, devido à inconsistência dos resultados dos diferentes estudos epidemiológicos e à pequena magnitude das medidas de risco encontradas, ainda não podem ser associados, de forma inquestionável, à proteção.

No México e América Latina, como na maioria dos países, os fatores reprodutivos como a idade da menarca, a paridade, a idade da primeira gestação, a amamentação, a idade da menopausa, têm-se relacionado com o risco de câncer de mama (DUMITRESCU; COTARLA, 2005).

Nulíparas e mulheres que tiveram a primeira gestação após os 30 anos de idade apresentam maiores riscos do que as multíparas. Além disso, a menarca precoce, antes dos 12 anos de idade, e a menopausa tardia, depois dos 50 anos, têm sido descritas como associadas com o aumento do risco de desenvolver o câncer de mama (AQUINO et al., 2005).

A justificativa para que haja aumento do risco de contrair câncer de mama com menarca antes dos 12 anos (menarca precoce) ou com menopausa após os 55 anos (menopausa tardia), deve-se ao fato de haver uma maior exposição a estrógenos ovarianos (BERNSTEIN et al., 2008).

Na amostra de pacientes analisada por Actis et al. (2009), se observou que os fatores de risco convencionais associados ao câncer de mama se apresentaram em baixa porcentagem, menos de 30% apresentou uma menarca precoce, 4% teve menopausa tardia, 10% eram nulíparas, 20% tinham antecedentes familiares de câncer de mama e 40% não amamentaram por um período maior que 6 meses. Pelo contrário, os fatores de risco emergentes superaram claramente aos convencionais. É importante destacar a importância desta observação, já que, os fatores de risco emergentes, são factíveis de ser atuados sobre eles, sendo possível diminuir seu peso relativo em relação ao risco total.

Na tabela 4, pode-se verificar que os grupos de intervenção e de controle são semelhantes em relação às médias das variáveis que correspondem aos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, como idade da menarca ($p=0,284$), idade da menopausa ($p=0,199$), números de gestações ($p=0,395$), idade da primeira gestação ($p=0,078$), tempo de amamentação ($p=0,149$) e tempo de uso de anticoncepcional ($p=0,462$), pois não houve associação estatisticamente significativa entre os resultados obtidos e os valores médios basais foram similares entre as participantes dos dois grupos. Constatando, assim, que os grupos são homogêneos também em relação à presença dos fatores de risco para o câncer de mama e que a busca destes fatores pode ser de grande importância para se verificar suas presenças na população estudada.

Tabela 4 - Comparação das médias das variáveis fatores de risco, segundo os grupos. Fortaleza, 2011-2012.

| Grupo | Média | ±EPM | P |
|---|--------------|-------------|--------------|
| Idade menarca (anos) | | | 0,284 |
| Intervenção antes do manual | 13,28 | 0,149 | |
| Controle | 13,05 | 0,156 | |
| Idade menopausa (anos) | | | 0,199 |
| Intervenção antes do manual | 46,21 | 0,940 | |
| Controle | 44,09 | 1,325 | |
| Quantas Gestações | | | 0,395 |
| Intervenção antes do manual | 2,90 | 0,250 | |
| Controle | 2,66 | 0,141 | |
| Primeira gestação (idade em anos) | | | 0,078 |
| Intervenção antes do manual | 17,65 | 0,671 | |
| Controle | 19,18 | 0,547 | |
| Tempo de amamentação (meses) | | | 0,149 |
| Intervenção antes do manual | 17,95 | 1,540 | |
| Controle | 14,91 | 1,423 | |
| Tempo de uso de anticoncepcional (meses) | | | 0,462 |
| Intervenção antes do manual | 67,03 | 11,449 | |
| Controle | 57,07 | 6,593 | |

Conforme a tabela 3 e 4, descritas acima, verifica-se diante dos resultados da amostra total do estudo para os fatores de risco para o câncer de mama que em relação à idade da menarca houve uma prevalência no intervalo entre 12 e 14 anos 178(60,5%), sendo (GIa n=91;61,9% e GC n=87; 59,2%). A média de idade para o GIa foi de 13,28 anos com EPM de 0,14 e para o GC 13,05 anos com EPM de 0,15.

A menarca precoce é considerada fator de risco devido à exposição ao estrogênio. As mulheres que têm menarca precoce e estabelecem rapidamente um ciclo regular têm risco, uma vez que os níveis de estrogênio são maiores durante a fase lútea normal, e o índice de exposição acumulativa ao estrogênio é maior (INCA, 2012).

Para alguns autores, a menarca precoce tem sido demonstrada como risco aumentado na maioria dos estudos caso-controle realizados. As mulheres que têm menarca precoce e

estabelecem rapidamente um ciclo regular possuem risco maior em relação àquelas com menarca tardia e longos ciclos irregulares. Esta observação sugere que o ciclo ovulatório regular aumenta o risco de câncer de mama, uma vez que os níveis de estrogênio são maiores durante a fase lútea normal, e o índice de exposição acumulativa ao estrogênio é maior (BORGHESAN; PELLOSO; CARVALHO, 2008).

A idade precoce da menarca, definida como a que ocorre antes dos 12 anos de idade, tem-se vinculado como um incremento do risco de desenvolver câncer de mama de 10 a 20% em comparação com o risco que têm as mulheres cuja menarca ocorre por volta dos 14 anos. Este risco se atribue ao estabelecimento mais precoce dos ciclos ovulatórios, aumentando a duração da exposição a hormônios e um nível mais alto de estrógenos séricos durante a vida da mulher (DUMITRESCU, 2005).

No presente estudo, 54 (18,4%) mulheres apresentaram menarca na faixa etária entre nove e onze anos, considerando estas as principais envolvidas no tocante a este fator de risco.

Pesquisa realizada com 698 mulheres em Teresópolis mostrou que a menarca precoce esteve presente em quase um quarto da amostra pesquisada (PINHO; COUTINHO, 2007).

As mudanças ocorridas durante a puberdade, com o aumento dos níveis séricos de estrogênio e prolactina, provocam grandes efeitos sobre o epitélio mamário. Provavelmente, o período mais crítico de risco para o aparecimento de transformações malignas pode estar entre a menarca e a primeira gestação (VIEIRA; COELHO; MOURÃO NETO, 2000).

Os valores encontrados, no estudo citado acima, em relação à idade da menarca (13,31 anos) em mulheres submetidas à mastectomia são similares aos estudos anteriormente citados, revelando que a precocidade da menarca pode estar associada ao aparecimento do câncer de mama (VIEIRA; COELHO; MOURÃO NETO, 2000).

Estudo sobre fatores de risco, realizado na Colômbia, em 2006, evidenciou que, se a menarca ocorre antes dos 11 anos, há risco aumentado de 10 a 12% maior para a ocorrência do câncer de mama. Com relação à menopausa, se ela ocorre tardiamente (após os 53 anos) duplica-se esse risco (MOLINA, 2006).

Verifica-se que de um total de 69 mulheres menopausadas, neste estudo, 37(53,6%) apresentaram idade da menopausa no intervalo entre 40 e 49 anos, sendo (GIa n=20;58,8% e GC n=17; 48,6%) e 19(27,5%) no intervalo entre 50 e 57 anos, sendo (GIa n=11;32,4% e GC n=8;22,9%), ou seja, a maioria das mulheres encontram-se na faixa de risco em relação à idade da menopausa. A média de idade para o GIa foi de 46,21 anos com EPM de 0,94 e para o GC 44,09 anos com EPM de 1,32.

A menopausa tardia também está associada ao estrogênio, como a menarca precoce. Quanto mais tarde a mulher entrar na menopausa, mais tempo ela ficará exposta ao estrogênio, hormônio que é responsável por estimular as células da glândula mamária a se reproduzir (PIRHARDT; MERCÊS, 2009). A idade tardia da menopausa se relaciona com um aumento do risco de câncer de mama. Isto se explica porque a idade tardia da menopausa expõe a mulher a um maior número de ciclos ovulatórios, isto é, um maior número de anos de exposição a estrógenos provenientes dos ovários. Tem-se evidenciado que a cada ano que aumenta a idade da menopausa, o risco de câncer de mama aumenta em três por cento (NKONDJOCK; GHADIRIAN, 2005).

A frequente exposição aos ciclos ovulatórios gera como consequência um maior contato estrogênico, sugerindo o aumento no risco de adoecimento por câncer de mama, pois ao se comparar casos, percebe-se que a presença da menopausa natural na maior idade (depois do 47 anos), há 270,0% excesso de risco para o desenvolvimento de câncer de mama (OLAYA-CONTRERAS, 1999).

No climatério, os hormônios sexuais produzidos pelos ovários diminuem, ocorrendo a transição do período reprodutivo para o não reprodutivo. O estrogênio não é mais secretado pelos ovários na fase da menopausa, e sim produzido por meio da conversão periférica de precursores andrógenos, que circulam numa variedade de tecidos incluindo músculo, tecido adiposo, folículo capilar, fígado, hipotálamo, entre outros (CIBEIRA; GUARAGNA, 2006).

A menopausa cirúrgica confere a mulher uma maior proteção contra o câncer de mama em comparação com a menopausa natural na mesma idade, devido provavelmente ao fato de que a menopausa cirúrgica eliminar de forma súbita a fonte ovariana de estrógenos ao contrário da maneira gradual como ocorre na menopausa natural. Em comparação com as mulheres que experimentam a menopausa de forma natural, aquelas cuja menopausa é induzida por meios cirúrgicos (ooforectomia ou histerectomia) antes dos 35 anos de idade têm 40% do risco (TORRES-MEJÍA; ÁNGELES-LLERENAS, 2009).

Nas mulheres premenopausadas se sugere que a obesidade diminua o risco de câncer de mama devido à leptina (hormônio produzido pelos adipócitos), a qual inibe a produção de estrógenos ovarianos, que têm um efeito mitogênico nas células do tecido mamário. Sabe-se que a quantidade de mutações irreparáveis depende da taxa de divisão celular. Pelo contrário, nas mulheres posmenopausadas a obesidade vem associada a um aumento no risco de desenvolvimento do câncer de mama, devido, em parte, ao fato de que o tecido adiposo ser local de maior produção de estrógenos e por haver uma diminuição nos valores livres do

hormônio relacionado aos hormônios sexuais com o conseqüente aumento da biodisponibilidade de estrógenos (ORTIZ-RODRÍGUEZ, 2008).

O tecido adiposo é o principal produtor de estrógenos, através dele os níveis deste hormônio em mulheres posmenopausadas obesas são 50 a 100% mais elevados que em mulheres com peso adequado. Sabe-se que níveis altos de estrógenos estimulam o crescimento das células tumorais da mama em mulheres posmenopausadas. Finalmente, é importante destacar a associação entre hiperinsulinemia, obesidade e hiperestrogenemia, em pacientes posmenopausadas, por ser considerada importante no conhecimento da resposta aos tratamentos hormonais e para a evolução da enfermidade (ACTIS et al., 2009).

Consideramos que seria de suma importância a educação das pacientes climatéricas e posmenopausadas sadias para manter seu peso corporal normal como medida preventiva. Nas pacientes com sobrepeso e/ou obesidade diagnosticada com câncer de mama, a perda de peso poderia ser um fator de prevenção para a reincidência do tumor ao regularizar a insulinemia e outros fatores de crescimento, assim como também diminuir o nível de estrógeno circulante e citocinas produzidas pelo tecido adiposo (BAUZA; CELIS, 2005).

Dentre o total de mulheres participantes do estudo, 266(90,5%) já haviam engravidado pelo menos uma vez, destas, GIIa n=129;87,8% e GC n=137;(93,2%). O número de gestações, em média, foi de 2,90 para o GIIa com EPM de 0,25 e 2,66 para o GC com EPM de 0,14. A média da idade da primeira gestação para o GIIa foi de 17,65 anos com EPM de 0,67 e para o GC foi de 19,18 anos com EPM de 0,54.

A idade precoce da mãe na primeira gravidez e a história de paridade têm mostrado uma relação com uma diminuição do risco de câncer de mama. As mulheres que têm o primeiro filho antes dos 18 anos apresentam um terço do risco em relação àquelas em que ocorre depois dos 35 anos. A primeira gravidez se vincula com uma elevada divisão celular mamária seguida pela diferenciação terminal do tecido glandular (NKONDJOCK; GHADIRIAN, 2005).

A primeira gestação tardia constitui-se em um dos fatores não modificáveis que aumenta o risco para desenvolver câncer de mama. A nuliparidade, ou reduzido número de gestações, é tendência associada ao desenvolvimento socioeconômico atual e, em muitos estudos, é colocado como importante fator para o desenvolvimento do câncer de mama (MATOS; PELOSO; CARVALHO, 2010).

A maternidade parece ter um efeito duplo no risco de câncer mamário; aumenta levemente no período imediato logo após o nascimento, porém gradualmente vai diminuindo e a longo prazo o efeito dos nascimentos gera proteção contra o câncer de mama. Comparado

com as mulheres nulíparas, as mulheres que tiveram pelo menos uma gravidez, em média, têm uma redução de 25% do risco (CAMAYO, 2008).

A nuliparidade ou o atraso na primiparidade são considerados fatores de risco, pois o desenvolvimento da primeira gestação ajuda no processo de maturação das células da mama, tornando-as potencialmente mais protegidas em relação à ação de substâncias cancerígenas (PIRHARDT; MERCÊS, 2009).

Isto representa um duplo efeito: um aumento transitório do risco de câncer de mama devido a uma maior divisão celular; e por outro lado, um efeito protetor prolongado devido à diferenciação celular terminal e irreversível. Este aumento transitório do risco de câncer de mama é maior quando as mulheres têm seu primeiro filho a uma idade mais avançada, visto que as células velhas têm uma maior probabilidade de sofrer dano genético que as jovens (TORRES-MEJÍA; ÁNGELES-LLERENAS, 2009).

As mulheres engravidaram antes dos 20 anos têm a metade do risco de sofrer de câncer de mama que aquelas que nunca engravidaram, ou que aquelas que foram mães pela primeira vez depois dos 35 anos (BERNSTEIN et al., 2008).

Corroborando com estes autores, Dumitrescu e Cotarla (2005) afirmam que as mulheres que tenham tido sua primeira gravidez depois dos 35 anos têm mostrado um maior risco de câncer de mama que as mulheres nulíparas. Além do mais, tem-se observado que as mulheres que têm seu primeiro filho antes dos 20 anos, associado a uma paridade alta, possuem a metade do risco quando comparadas as mulheres nulíparas. Uma segunda em uma idade precoce também reduz o risco de câncer de mama.

Para Menke (2000) a questão da nuliparidade e câncer de mama foram descritos, observando-se que quanto maior o número de filhos, maior é a proteção contra o câncer de mama. Na pesquisa realizada por Pinho e Coutinho (2005) com o objetivo de conhecer as características epidemiológicas sobre os fatores de risco para o câncer de mama, estes autores apontam a nuliparidade dentre os fatores de risco mais frequente.

A ocorrência da primeira gestação em idade reprodutiva precoce ajuda na diminuição ao número de ciclos ovulatórios, estimuladores da mitose das células mamárias, ao longo da vida, ou seja, a precocidade da primeira gestação seria protetora contra as mudanças das células mamárias (THULER, 2003).

Olaya-Contreras (1999) observou em seu estudo que as nulíparas apresentaram 3,35 vezes mais risco de adoecer por câncer de mama, quando comparadas com as multíparas de cinco ou mais filhos. As que tiveram um ou dois filhos apresentaram 3,30 vezes mais risco. Neste estudo, somente 5,0% da amostra teve seu primeiro filho depois dos 30 anos, ao

contrário, 70,0% das participantes teve seu primeiro filho antes dos 25 anos e 40,0% antes dos 20 anos.

No estudo de Dias da Costa et al. (2007), observou-se que quanto maior o número de gestações e de filhos das mulheres participantes do estudo, maior a prevalência de não-realização do exame clínico de mama. Assim, mulheres que tiveram quatro ou mais gestações apresentaram probabilidade 37% maior de não realizar exames de detecção precoce do câncer de mama. Aquelas com quatro ou mais filhos foram também menos examinadas do que as mulheres com nenhum filho.

Para Halaska et al. (2007) outro fato mais raro, mas não menos relevante, é que durante o exame clínico das mamas realizado no pré-natal o médico deve estar atento aos sinais do câncer neste sítio, por afirmarem ser esta a segunda neoplasia mais freqüente na gravidez, estimando-se um caso para cada 3 mil gestações, alertando para uma maior prevalência de neoplasia mamária em gestantes com idade superior a trinta anos.

No estudo realizado por Gonçalves et al. (2008) entre as 445 puérperas incluídas na amostra, 266 (59,8%;) não foram submetidas ao exame clínico das mamas durante o pré-natal. Quanto às características sócio-econômicas, observou-se que 76,4% das entrevistadas referiam uma renda familiar *per capita* inferior a um salário mínimo (R\$ 380,00), apesar de 50,6% possuírem nove ou mais anos de estudo.

Quanto à variável amamentação, verifica-se diante dos resultados que dentre as mulheres que já engravidaram, 229(86%) amamentaram pelo menos um de seus filhos, sendo (GIIa n=109;84,5% e GC n=120;87,6%). A média de tempo de amamentação para o GIIa foi de 17,95 meses com EPM de 1,54 e para o GC 14,91 meses com EPM de 1,42.

Apesar de as mulheres que compuseram a amostra terem referido períodos significativos de amamentação, não se pode avaliar esta variável quanto à sua capacidade de proteção para o câncer de mama, pois, para que haja a supressão menstrual, é necessária a prática do aleitamento materno exclusivo, o qual não foi questionado às mulheres.

Se aceita que quanto mais duradoura seja a amamentação materna menor é o risco de desenvolver câncer de mama, considerando-se fator de proteção um período acima de seis meses, já que diminui o período de exposição a estrógenos ovarianos (BERNSTEIN et al., 2008).

Corroborando com estes autores Torres-Mejía e Ángeles-Llerenas (2009) sugerem em seu estudo que o maior número de meses de amamentação está vinculado com uma diminuição do risco de câncer de mama.

O atraso no restabelecimento da ovulação promove uma diminuição dos níveis de estrógeno e progesterona, propondo um possível mecanismo de proteção contra o câncer de mama através da amamentação. Por outro lado, concentrações séricas baixas de prolactina têm acompanhado um risco menor de câncer de mama e tem-se observado que os níveis de prolactina são maiores em mulheres que informam falhas na produção de leite em comparação com aquelas que referem uma produção suficiente ($p \leq 0.01$). Ademais, tem-se identificado concentrações séricas de prolactina mais altas em mulheres nulíparas que em múltíparas. Neste estudo, os níveis séricos de prolactina se reduziram depois da primeira gravidez, porém não com as gravidezes posteriores (TORRES-MEJÍA; ÁNGELES-LLERENAS, 2009).

A prática da lactação é apontada pelo WCRF e o AICR em 2007 como fator protetor convincente para a neoplasia maligna de mama, tanto em mulheres na pré-menopausa quanto na pós-menopausa. Porém, ainda não há consenso sobre o tempo de amamentação que exerce esta proteção contra o câncer de mama.

Huo et al. (2008), em um estudo caso-controle desenvolvido na Nigéria com uma amostra de 819 casos e 569 controles, encontraram uma redução de 7% no risco de desenvolver este tipo de câncer a cada aumento de 12 meses no tempo de amamentação [*odds ratio* (OR) =0,93; intervalo de 95% de confiança (IC95%): 0,87-1,0]. Além disso, neste mesmo estudo, verificou-se um efeito protetor do tempo de amamentação total para a neoplasia maligna de mama, quando o período de lactação foi superior a 49 meses, comparando-se com mulheres que amamentaram por 24 meses ou menos ($p = 0,005$).

Beaber et al. (2008) estudaram a relação entre a prática da amamentação e o câncer de mama, segundo o tipo da doença (ductal, lobular ou ductal-lobular) e verificaram efeito protetor significativo apenas para a neoplasia ductal, sugerindo que os diferentes tipos de câncer de mama podem ter diferentes etiologias.

O efeito protetor da amamentação pode estar associado à diferenciação completa das células mamárias e ao menor tempo de exposição à ação de hormônios sexuais, que se encontram diminuídos durante a amenorréia induzida pela lactação. Além disso, a intensa esfoliação do tecido mamário e a apoptose maciça de células epiteliais, decorrentes da amamentação, podem reduzir o risco de câncer de mama por meio da eliminação de células que tenham sofrido algum dano potencial (INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011).

Em uma revisão de 47 estudos, realizados em 30 países envolvendo cerca de 50 mil mulheres com câncer de mama e 97 mil controle, destaca-se que o aleitamento materno pode ser responsável por 2/3 da redução estimada no câncer de mama (REA, 2004).

Durante a amamentação é liberado ocitocina, um hormônio que tem função de promover as contrações uterinas durante o parto e a ejeção do leite durante a amamentação e promove o retorno mais rápido do peso pré-gestacional, menor sangramento uterino pós-parto, além de diminuir o risco de câncer de mama e ovário (REA, 2004).

A relação do câncer de mama com a amamentação foi descrita por vários autores que sugerem a amamentação como fator de proteção contra o câncer de mama (BORGHESAN; PELLOSO; CARVALHO, 2008).

O estudo de Gonçalves et al. (2010) mostrou que 45(77,6%) mulheres amamentaram seus filhos e destas, 23(51,1%) o fizeram por um período de até seis meses. Considerando os benefícios da amamentação para a saúde da mulher, um deles é a proteção contra o câncer de mama, que aumenta quanto mais prolongado for o tempo do aleitamento. Tal proteção ocorre por impedir o retorno da menstruação, diminuindo a exposição ao estrogênio endógeno.

A amamentação ao primeiro filho confere de 91-99,0% de proteção para aquelas mães que amamentaram entre 11 e 12 meses, ao compará-las com as que não amamentaram. Este efeito protetor está diretamente relacionado com a amamentação acumulada, ao observar-se a proteção em 92,0% entre os 25-60 meses e 95,0% depois de 60 meses. Em efeito, quem amamentou entre um e 11 meses a seu primeiro filho, tiveram menor risco de adoecer por câncer de mama em comparação com aquelas que não o fizeram. Nas mulheres mais jovens este efeito protetor aumenta com uma amamentação de até 12 meses. Os resultados sugerem que a uma maior amamentação acumulada, existe menor probabilidade de desenvolver a doença (OLAYA-CONTRERAS et al., 1999).

No estudo de Camayo (2008), encontrou-se uma notável redução no risco de desenvolver câncer de mama nas pacientes que tiveram uma história de amamentação de três meses ou mais, sugerindo-se que mais tempo de amamentação há redução do risco.

Para Inumarú; Silveira e Naves (2011), a melhor forma de prevenção primária do câncer de mama, considerando os fatores investigados nesta revisão sistemática, é a amamentação e a adoção de um estilo de vida saudável, incluindo a prática regular de atividade física, a manutenção de peso corporal adequado e o consumo moderado ou ausente de álcool.

No estudo de Olaya-Contreras (1999), observou-se maior risco nas mulheres de procedência urbana, devido ao fato que elas adquirem padrões reprodutivos diferentes, atraso no nascimento do primeiro filho, e são menos conservadoras na amamentação, em especial na amamentação exclusiva e prolongada diferentemente das mulheres que procedem das áreas rurais. No mesmo sentido, para as procedentes das áreas urbanas, o tempo de consumo dos

anticoncepcionais hormonais foi mais prolongado (média de uso de 26 meses vezes 10 meses nas mulheres que provêm de áreas rurais) (OLAYA-CONTRERAS, 1999).

Em relação ao uso de anticoncepcional oral – ACO, observou-se que 128(43,7%) mulheres participantes do estudo relataram fazer do ACO, sendo (G1a n=30;20,5% e GC n=98;66,7%). A média de tempo de uso para o G1a foi de 67,03 meses com EPM de 11,44 e para o GC 57,07 meses com EPM de 6,59.

As mulheres que atualmente usam ACO combinados ou que já tenham usado nos últimos 10 anos têm um ligeiro aumento do risco de câncer mamário. Não há evidência de aumento do risco logo depois de 10 anos de cessação do uso de anticonceptivos, e os cânceres detectados são menos avançados clinicamente comparado com as mulheres que nunca usaram anticoncepcionais orais (CAMAYO, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde, a maioria dos casos de câncer de mama são tumores estimulados no seu crescimento por hormônios, principalmente os estrogênios (INCA, 2010).

Existem controvérsias na literatura a respeito do uso de anticoncepcionais orais. Há o risco, mas com os novos contraceptivos, com baixas doses de estrogênio, o potencial para desenvolver o câncer de mama é menor. Como os fatores são multicausais, o uso de anticoncepcional oral, associados a outros fatores, tais como tabagismo, obesidade, entre outros, aumentam a chance de ocorrência (THULER, 2003).

Os dados encontrados, neste estudo, podem ser corroborados por pesquisas como a citada acima em que ainda não há evidências entre uso de ACO e o aparecimento de câncer de mama.

Para Matos, Pelloso e Carvalho (2010), os anticoncepcionais atuais possuem baixas doses de estrogênio, resultando, assim, em potencial menor de risco para o desenvolvimento de câncer de mama. Entretanto, quando o uso de contraceptivos está associado a outros fatores como tabagismo, obesidade, entre outros, as chances de desenvolvimento desse câncer aumentam.

São muitos os estudos que sugerem que os estrógenos desempenham um papel crucial no desenvolvimento desta doença. Entre estes estudos figuram alguns experimentais em animais, clínicos e epidemiológicos. A demonstração de que os estrógenos promovem a mitose levou a diversos investigadores a realizar estudos experimentais que têm revelado que os estrógenos podem induzir e promover tumores na glândula mamária de ratas. Assim mesmo, estudos clínicos têm apoiado estas hipóteses ao observar que a ooforectomia bilateral

reduz de maneira substancial o risco de câncer de mama (TORRES-MEJÍA; ÁNGELES-LLERENAS, 2009).

Em pesquisa realizada no Rio Grande do Sul, não se obteve evidências de associação entre o uso de anticoncepcional oral e a ocorrência de câncer de mama, com uma razão de chance de 1,1, comparando com as não-usuárias (TESSARO et al., 2001).

Menke (2000) explica que o epitélio do ducto mamário apresenta atividade miótica máxima durante a última fase do ciclo menstrual, sob a influência combinada de estrogênio e de progesterona, o uso de ACO, que contém ambos os hormônios por 21 dias, promove estímulo mais prolongado do que o fisiológico para o epitélio ductal mamário, aumentando teoricamente o risco para o câncer de mama.

O uso de ACO incrementa o risco do desenvolvimento do câncer de mama, porém depois de 10 anos de suspensão do uso pode diminuir este risco. Se diagnosticado o câncer em uma mulher que está fazendo uso de anticoncepcionais orais, esta será menos propensa a ter um estado avançado em relação as que nunca os consumiram. O risco é maior dependendo da idade que se inicia o uso (ANGARITA; ACUÑA, 2007).

A medida da exposição estrogênica (ciclos ovulatórios calculados), demonstrou 130,0% mais risco de adoecer por câncer de mama naquelas mulheres com mais de 3721,0 ciclos. Probabilidade que ao ajustar-se com outras co-variáveis não se manteve. O uso de anticoncepcionais hormonais não se associou ao risco de adoecer por câncer de mama. Ao contrário, o antecedente familiar de câncer de mama aumentou 10,39 vezes a probabilidade de desenvolver este tumor (OLAYA-CONTRERAS, 1999).

Actis et al. (2009) observaram em seu estudo que 60% das pacientes analisadas apresentaram níveis elevados de estradiol circulante, coincidindo com a alta porcentagem que apresentava obesidade abdominal nesta amostra, assumindo que estes estrógenos são produtos da atividade do tecido adiposo.

O estudo de Dinger et al. (2010) surge num momento oportuno, pois pode contribuir na resposta de uma questão ainda atual e que se tornou candente após a publicação dos resultados do WHI2, qual seja, a da possibilidade dos progestógenos se associarem a oncogênese mamária, uma vez que seu uso, quando combinado ao estrogênio, propiciou um maior risco do câncer de mama do que o observado com o estrogênio isolado.

Muitos estudos emergiram da literatura com o intuito de esclarecer os possíveis mecanismos dos progestógenos na eclosão da mitogênese mamária. Um dos que tem sido muito estudado relaciona-se ao impacto dos progestógenos sobre as enzimas presentes no tecido mamário normal e naquele com câncer que apresentam importante participação na

bioformação e transformação metabólica dos estrogênios, androgênios e progesterona; entre essas enzimas, destacam-se a sulfatase, aromatase, 17 β hidroxisteroide dehidrogenase tipo 1 (17 β -HSD 1) e a sulfotransferase (SCAPINELLI et al., 2010).

Estudo experimental de Simoncini et al. (2008) mostrou que a progesterona, acetato de medroxiprogesterona, drosperinona e nesterona isolados ou em combinação com estradiol, aumentam a migração e invasão celular no câncer de mama por meio da ativação do complexo actina-miosina e induz ao rearranjo do citoesqueleto; tal fato, demonstra que a progesterona propicia impacto na progressão do câncer de mama receptor de progesterona positivo, alterando a habilidade das células interagirem com o meio extracelular. Logo a ativação do receptor da progesterona pode ter um papel na progressão do câncer de mama.

As participantes do estudo foram questionadas a respeito de história pessoal de doença benigna na mama e 30(10,2%) relataram ter tido este tipo de diagnóstico, sendo GIA n=10(6,8%) e GC n=20(13,6%). Quanto ao tipo de doença benigna referidos 23(76,6%) tratava-se de cistos ou nódulos, 2(6,7%) doença inflamatória e 5(16,7%) referiram outros.

No estudo de Angarita e Acuña (2008), se comprova que a presença de massa no tecido mamário é o sintoma que mais se relaciona com a presença de tumor em 4,5 a 8,7% das pacientes, sem importar qualquer outro motivo.

Mulheres com história de obesidade na pós-menopausa, câncer de ovário, densidade mamária elevada, doença benigna da mama, exposição ao tabaco, às radiações ionizantes e pesticidas organoclorados apresentam risco elevado de apresentarem a neoplasia mamária. Além disso, mulheres que tiveram câncer em uma das mamas possuem risco de desenvolverem a doença na mama contralateral (AQUINO et al., 2005).

Ressalta-se que no estudo realizado por Matos, Pelloso e Carvalho (2010), 2,3% (10) das entrevistadas já possuía doença benigna da mama e somente 0,9% (4) possui histórico pessoal de câncer de mama, sendo que, dessas, 75% (3) relataram ter descoberto o câncer por meio do autoexame das mamas e 25% (1) através da mamografia. Das mulheres pesquisadas, 7,1% (31) já realizaram alguma biópsia ou cirurgia da mama (desconsiderando cirurgias plásticas ou estéticas) e, dessas, 19,4% (5) relataram resultado maligno da biópsia.

No que se refere ao antecedente de patologia benigna da mama, no estudo de Gonçalves et al. (2010), apenas 5(8,6%) mulheres referenciaram apresentar esse fator de risco.

Em um estudo de caso-controle para câncer de mama, em Juiz de Fora, também, apenas duas mulheres foram acometidas por doença benigna da mama, significando baixa prevalência (PAIVA et al., 2002).

Quanto à realização de cirurgia da mama, 11 (12,3%) docentes entrevistadas no estudo de Inagaki et al. (2008) já tinham realizado algum tipo desse procedimento, sendo que seis retiraram fibroadenoma e cinco efetuaram mamoplastia. Ao responderem sobre a ocorrência de doença atual das mamas, 9 (10,1%) apresentaram patologia, estando sete com displasia mamária e duas com fibroadenoma. No que tange à história de câncer de mama na família, evidenciou-se que 12 (13,5%) docentes afirmaram história prévia de câncer de mama em familiares de primeiro ou segundo grau.

Quanto à presença de casos de câncer de mama na família, 44(15%) das mulheres relataram pelo menos um parente acometido pela doença, sendo GIa n=21;14,3% e GC n=23;15,6%. Em relação ao grau de parentesco, 4(9,1%) disseram mãe, 4(9,1%) irmã e 36(81,8%) outros parentesco que não de primeiro grau.

Um importante fator para o desenvolvimento do câncer de mama é a predisposição genética. Observa-se um risco aumentado em mulheres com casos da doença em familiares próximos (mãe, irmã ou filha). Este risco é especialmente elevado quando o familiar tem câncer antes dos 50 anos de idade e em ambas as mamas. Apesar de sua importância, de acordo com a Associação Americana de Câncer, a maioria das mulheres com câncer de mama (aproximadamente 80%) não tem história familiar da doença e somente cerca de 5 a 10% dos casos de câncer de mama podem ser atribuídos a mutações genéticas. Muitas vezes as mutações ocorrem nos genes BRCA1 e BRCA2, implicando um elevado risco de desenvolver a doença, sendo metade dos casos antes dos 50 anos de idade. Entretanto, observa-se que somente uma em cada 1000 mulheres apresenta este padrão de mutação (THULER, 2003).

A relação existente entre história familiar e câncer de mama é um dos fatores de risco reconhecido, apesar de apenas 15,0% das mulheres entrevistadas apresentar história familiar positiva.

Embora na amostra estudada, a história familiar não ter se constituído um risco para câncer de mama. É de fundamental importância a consistência do relato da história de câncer de mama em familiares, principalmente de primeiro grau, para determinar intervenções de prevenção secundária necessárias para a paciente e sua família.

Afirma-se que, em mulheres que possuem história familiar de primeiro grau de câncer de mama e moram em local de alta incidência, há risco aumentado de 13,3% maior para o desenvolvimento do câncer de mama do que naquelas que não possuem essas características. Esse risco eleva-se quando o familiar tem câncer de mama antes dos 50 anos de idade, e em ambas as mamas (MOLINA, 2006).

História familiar de câncer de mama, principalmente, em parentes de primeiro grau, tem sido associada a um elevado risco de desenvolver essa doença. Observa-se um risco aumentado nas mulheres com menos de 40 anos de idade, naquelas com história familiar de câncer de mama na pré-menopausa, quando o câncer for bilateral ou a recorrência familiar atingir dois ou mais parentes em primeiro grau (AQUINO et al., 2005).

A história pregressa de câncer de mama constitui fator significativo, tendo a mulher em média 5 a 10% de chances de apresentar recidiva local ou em mama homolateral (GONÇALVES et al., 2010).

Corroborando com este autor Gonzalez (2008) afirma que o fator familiar está ligado ao número de parentes de primeiro e segundo grau que tenham tido a doença, especialmente se esta ocorreu na etapa pré-menopausa. O fator genético compreende algumas síndromes e mutações genéticas propriamente ditas, sendo as mais estudadas as BRCA 1 BRCA 2, que aumentam a probabilidade de câncer durante a vida até em 60-80% e merecem análises em detalhe. O risco de contrair a doença é de quase o dobro quando se tem familiares de primeiro grau com câncer de mama, ainda que a maioria se produza em pacientes sem antecedentes familiares (BERNSTEIN et al., 2008).

Com antecedente familiar em parentes de primeiro grau (mãe, irmã ou filha), o risco da doença aumenta cerca de duas vezes. As mulheres que já tiverem câncer de mama têm mais chances de desenvolver câncer no outro seio também (PIRHARDT; MERCÊS, 2009).

Maior frequência de casos de câncer de mama em parentes de primeiro grau é descrita em mulheres mais jovens. Em uma série de casos, a porcentagem de história familiar positiva chegou a 24% das pacientes. Uma explicação para esta frequência é o achado de mutações nos genes BRCA-1 e BRCA-2, presentes em até 12,8% dos casos no grupo mais jovem. Nas faixas etárias mais elevadas, esta proporção foi de 5,2% (ARRIAGADA et al., 2006).

Para Scowitz et al. (2005) a história familiar de câncer de mama parece ser o fator de risco de maior impacto no estímulo às práticas preventivas, apesar de apenas cinco a 15%, das mulheres atingidas pelo câncer de mama apresentarem familiares de primeiro grau com a doença.

No estudo de Dias da Costa et al. (2007) os resultados mostraram que as mulheres com história familiar de câncer de mama possuíam probabilidade 33% menor de não realizar os exames de detecção precoce do câncer de mama.

O grupo de mulheres de alto risco deve ser controlado por equipes multidisciplinares especializadas que considerem prevenção primária e secundária, tratamento, conselho genético e apoio psicológico, entre outros (GONZALEZ, 2008).

A história familiar de câncer de mama é um fator epidemiológico de risco bem estabelecido. Entre todos os casos de câncer de mama, 5 a 19,0% estão relacionados à herança de mutações genéticas, com característica e instalação da doença em mulheres jovens (AMENDOLA; VIERA, 2005).

Observa-se que a predisposição hereditária é responsável de 5% a 10% dos casos e a maioria ocorre devido a mutações em dois genes denominados BRCA-1 e BRCA-2. Por esse motivo, o risco cumulativo dessas mulheres e de seus familiares para desenvolvimento de carcinomas de mama é muito maior que na população geral (LYNCH et al., 2003).

Sabe-se que as mulheres com antecedentes familiares de câncer de mama têm um maior risco em adquirir a doença, aproximadamente 10% de todos os tumores de mama são herdados. O risco aumenta quanto mais próximo for o parentesco e quanto mais cedo for diagnosticado o câncer no familiar afetado (MOLINA; DALBEN; LUCA, 2003).

Em um estudo com 157 mulheres, 26,8% das pacientes relataram antecedentes familiares para o câncer, sendo que em 61,9% o parentesco era de 1º grau (mãe, filha e irmã) e os outros casos foram de 2º grau (avó, tia e prima). A predisposição genética é fator de risco para o câncer de mama, e o crescente conhecimento acerca das alterações na expressão gênica envolvida na gênese dos tumores sugere que o risco é definido individualmente. A predisposição genética é refletida em aproximadamente 20,0% das pacientes com história familiar positiva de câncer de mama e identificada especificamente em apenas 5,0% das pacientes que apresentam mutação dos genes BRCA 1 e BRCA 2 (NAHAS et al., 2005).

Para Boyle (2007), ainda que mulheres com parentes de primeiro grau acometidas por câncer de mama tenham riscos relativos elevados, em seu estudo, a maioria das mulheres estudadas não desenvolveram câncer de mama e aquelas que o tiveram tinham mais de 50 anos, envolvendo, assim, outros fatores.

Na pesquisa realizada por Borghesan, Pelloso e Carvalho (2008), os dados encontrados em relação à hereditariedade mostram que 5,26% das mulheres que se submeteram à mastectomia tinham história familiar de câncer de mama, corroborando com outros estudos.

Em relação às variáveis de risco mais fortemente associadas ao câncer de mama, ou seja, o fator antecedente familiar, na pesquisa realizada por Pinho e Coutinho (2007) em Teresópolis, apenas duas mulheres (3,7%) apresentavam este fator com uma prevalência.

O antecedente familiar de câncer de mama aumentou 10,39 vezes a probabilidade de desenvolver este tumor. A predisposição hereditária a este tipo de câncer nas mulheres jovens tem-se documentado amplamente e neste estudo encontrou-se que o antecedente familiar de

câncer mamário relaciona-se com a probabilidade de desenvolvê-lo. A carga genética da doença está associada com um aumento de duas vezes na incidência deste tumor, e o risco aumenta se mais de um familiar adoecer, ou se algum membro da família adoecer em idades precoces, isto é, antes da menopausa (OLAYA-CONTRERAS, 1999).

Apesar da história familiar para câncer de mama ser um fator de risco bem reconhecido, apenas 10% das mulheres diagnosticadas com esta neoplasia têm uma história familiar positiva. As mutações dos genes são as responsáveis por um grande número de casos. O risco de câncer é duas vezes maior quando há história familiar em mãe antes dos 40 anos ou irmã, e continua elevado mesmo em mulheres cujo câncer em mãe foi diagnosticado após os 70 anos de idade (PAIVA et al., 2002).

As pacientes com alto risco de câncer mamário, particularmente aquelas com antecedente familiar ou genético, deveriam submeter-se a controles periódicos com exame clínico especializado, mamografia, ultrassonografia e ressonância magnética. Os controles por imagens devem começar a uma idade precoce, considerando a possibilidade de biópsia mesmo na presença de lesões de aparências benigna (GONZALEZ, 2008).

A identificação das variáveis associadas ao câncer de mama, em diferentes grupos populacionais, permite não somente aumentar o conhecimento sobre a epidemiologia dessa neoplasia, como também identificar mulheres que poderiam beneficiar-se com o rastreamento diferenciado e que deverão ser examinadas com maior cuidado.

Estudar os fatores de risco sobre uma determinada patologia no contexto local favorece a prevenção, a detecção precoce e a melhor utilização dos recursos disponibilizados pelos programas de saúde (GONÇALVES et al., 2010).

O estudo ideal dos fatores de risco para câncer de mama é difícil, pois estes estão inter-relacionados e o isolamento de um único fator para calcular sua real contribuição pode ser impossível. Para cada estudo descrito com um fator de risco significativo, há outro com resultado diferente.

Para a realização de mamografia e, de forma semelhante para a frequência à consulta ginecológica no último ano para realização do exame clínico das mamas, é bastante clara a associação entre a combinação de fatores de risco e o aumento das prevalências dessas condutas. Dentre os fatores determinantes da realização de mamografia e da frequência à consulta ginecológica, a classe social é, provavelmente, o que exerce maior influência nesta associação (SCLOWITZ et al., 2005).

6.3 Resultados do estudo referentes aos efeitos da intervenção com base no conhecimento, Atitude e Prática sobre os exames de detecção precoce do câncer de mama

Todas as mulheres, independente da existência de fatores de risco, devem ter acesso e estímulo à prevenção secundária do câncer de mama - exame clínico das mamas, a mamografia e o estímulo ao autoexame das mamas. De acordo com a idade de maior incidência da neoplasia mamária, idades entre 40 e 69 anos, é interessante que essas ações de prevenção façam parte da atenção integral à saúde da mulher. Vida saudável, juntamente com a oferta da prevenção secundária do câncer de mama, evitaria muitos adoecimentos e mortes decorrentes de diagnóstico tardio do câncer de mama (MATOS; PELLOSO; CARVALHO, 2010).

Thuler (2003) afirma que a prevenção secundária tem por finalidade alterar o curso da doença, uma vez que seu início biológico já aconteceu, por meio de intervenções que permitam sua detecção precoce e seu tratamento oportuno. Para isso, deve haver clara evidência de que a doença em questão possa ser identificada em uma fase precoce, quando ainda não está clinicamente aparente, e que permita uma abordagem terapêutica eficaz, alterando seu curso ou minimizando os riscos associados com a terapêutica clínica.

Programas de prevenção da mortalidade ou de diagnóstico precoce do câncer encontram seus fundamentos no longo tempo de duração da fase de promoção da saúde. Quanto ao tratamento, embora exista na literatura uma ampla variedade de trabalhos que possibilitam visualizar num futuro próximo melhores chances de cura da doença, a maior parte dos protocolos disponíveis necessita, para serem eficientes, que o diagnóstico seja estabelecido nas fases precoces da doença. (MOLINA; DALBEN; LUCA, 2003).

Segundo os dados do programa Surveillance, Epidemiology, and End Results do Instituto Nacional do Câncer nos Estados Unidos, durante os anos de 1990 a 2000, a taxa de incidência de câncer de mama vinha aumentando cerca de 3% ao ano. O aumento da incidência nesse período foi atribuído, em parte, à melhora e divulgação dos programas de rastreamento do câncer de mama (JEMAL et al., 2008).

Os programas de rastreamento para câncer de mama têm como objetivo identificar mulheres que se encontram em estágio precoce da doença. Atualmente há três estratégias disponíveis para rastreamento do câncer de mama: mamografia, exame clínico das mamas e auto-exame das mamas (THULER, 2003).

A evidência estabelece que se o câncer de mama é detectado em estádios iniciais pode ser curável e tem um melhor prognóstico, maiores taxas de sobrevivência, os tratamentos são mais acessíveis e podem administrar-se com menos recursos (WIESNER, 2007).

Estudos têm mostrado que o exame clínico de mama e mamografia são importantes métodos para a detecção precoce do câncer de mama. Sendo que no rastreamento para prevenção secundária de câncer de mama, o exame clínico de mama combinado com a mamografia pode aumentar a sensibilidade (MOSS et al., 2006; SHEN; PARMIGIANI, 2005).

Durante a pesquisa foram aplicados 405 inquéritos CAP (conhecimento, atitude e prática), relacionados aos exames de detecção precoce do câncer de mama – exame clínico e mamografia. Do total de inquéritos 147 correspondiam ao grupo controle (GC), 147 ao grupo intervenção antes da aplicação do manual (GIa) e 111 ao grupo intervenção depois da aplicação do manual (GIId).

As tabelas cinco, seis e sete referem-se à avaliação feita para julgamento do conhecimento, atitude e prática como adequados ou inadequados entre os grupos participantes.

Na tabela cinco abaixo descrita, que apresenta o eixo conhecimento sobre os exames de detecção precoce, observa-se que dentre as participantes do estudo, 279 mulheres (GC n=101;68,7%, GIa n=67;45,6% e GIId n=111;100%) relataram já ter ouvido falar no exame clínico das mamas. Pôde-se verificar que os cruzamentos entre os grupos GC X GIa ($p<0,0001$), GC X GIId ($p<0,0001$), GIa X GIId ($p<0,0001$) apresentaram resultados diferentes em relação a ter ouvido falar no exame clínico das mamas, havendo portanto uma associação estatisticamente significativa entre os resultados obtidos. O mais interessante e o que chama a atenção nestes dados é que 100% das mulheres participantes do GIId relataram que já tinham ouvido falar do exame clínico das mamas o que demonstram parte da efetividade da aplicação do manual como intervenção educativa.

Tabela 5 - Distribuição das variáveis relacionadas ao conhecimento dos exames de detecção precoce do câncer de mama entre os grupos do estudo. Fortaleza-Ce, 2011-2012.

| Variáveis | GC | | Gint Antes | | ρ | GC | | Gint Depois | | ρ | Gint Antes | | Gint Depois | | P |
|---|-----|------|------------|------|-------------------|-----|------|-------------|-------|-------------------|------------|------|-------------|-------|-------------------|
| | n° | % | n° | % | | n° | % | n° | % | | n° | % | n° | % | |
| Ouviu falar em ex. clínico de mamas | | | | | <0,0001 | | | | | <0,0001 | | | | | <0,0001 |
| Sim | 101 | 68,7 | 67 | 45,6 | | 101 | 68,7 | 111 | 100,0 | | 67 | 45,6 | 111 | 100,0 | |
| Não | 46 | 31,3 | 80 | 54,4 | | 46 | 31,3 | - | - | | 80 | 54,4 | - | - | |
| Ouviu falar em mamografia | | | | | 0,520 | | | | | 0,080 | | | | | 0,031 |
| Sim | 143 | 97,3 | 141 | 95,9 | | 143 | 97,3 | 111 | 100,0 | | 141 | 95,9 | 111 | 100,0 | |
| Não | 4 | 2,7 | 6 | 4,1 | | 4 | 2,7 | - | - | | 6 | 4,1 | - | - | |
| Como deve realizar ex. clínico das mamas | | | | | 0,511 | | | | | <0,0001 | | | | | <0,0001 |
| Mensal | 18 | 12,2 | 13 | 8,8 | | 18 | 12,2 | - | - | | 13 | 8,8 | - | - | |
| Semestral | 64 | 43,5 | 61 | 41,5 | | 64 | 43,5 | 1 | 0,9 | | 61 | 41,5 | 1 | 0,9 | |
| Anual | 51 | 34,7 | 62 | 42,2 | | 51 | 34,7 | 110 | 99,1 | | 62 | 42,2 | 110 | 99,1 | |
| Outros | 14 | 9,5 | 11 | 7,5 | | 14 | 9,5 | - | - | | 11 | 7,5 | - | - | |
| Como deve realizar mamografia | | | | | 0,061 | | | | | <0,0001 | | | | | <0,0001 |
| Mensal | 4 | 2,7 | 4 | 2,7 | | 4 | 2,7 | - | - | | 4 | 2,7 | - | - | |
| Semestral | 33 | 22,4 | 36 | 24,5 | | 33 | 22,4 | - | - | | 36 | 24,5 | - | - | |
| Anual | 90 | 61,2 | 85 | 57,8 | | 90 | 61,2 | 101 | 91,0 | | 85 | 57,8 | 101 | 91,0 | |
| Bianual | 3 | 2,0 | 13 | 8,8 | | 3 | 2,0 | 10 | 9,0 | | 13 | 8,8 | 10 | 9,0 | |
| Outros | 17 | 11,6 | 9 | 6,1 | | 17 | 11,6 | - | - | | 9 | 6,1 | - | - | |
| Sabe para que serve estes exames | | | | | <0,0001 | | | | | <0,0001 | | | | | <0,0001 |
| Detecção precoce | 117 | 79,6 | 80 | 54,8 | | 117 | 79,6 | 109 | 98,2 | | 80 | 54,8 | 109 | 98,2 | |
| Não sabe | 9 | 6,1 | 5 | 3,4 | | 9 | 6,1 | - | - | | 5 | 3,4 | - | - | |
| prevenção | 10 | 6,8 | 31 | 21,2 | | 10 | 6,8 | 1 | 0,9 | | 31 | 21,2 | 1 | 0,9 | |
| Outros | 11 | 7,5 | 30 | 20,5 | | 11 | 7,5 | 1 | 0,9 | | 30 | 20,5 | 1 | 0,9 | |

O exame clínico da mama deve ser realizado em todas as mulheres que procuram o serviço de saúde, independente da faixa etária, como parte do atendimento à saúde da mulher. Para mulheres de grupos populacionais considerados de risco elevado para câncer de mama (com história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau), recomenda-se o exame clínico da mama e a mamografia, anualmente, a partir de 35 anos (BRASIL, 2004).

Mesmo com os avanços das técnicas diagnósticas, o exame clínico de mamas ainda tem seu papel de destaque na prevenção secundária das neoplasias mamárias. Por meio de um exame de baixo custo pode-se obter o diagnóstico precoce, elevando a taxa de cura e aumentando a sobrevivência das pacientes com câncer de mama (SHEN; PARMIGIANI, 2005).

A relação entre a escolaridade e o exame clínico das mamas foi estatisticamente significativa para o conhecimento em relação a este exame no estudo realizado por Molina, Dalben e Luca (2003). Observou-se que as mulheres com nove anos de estudo ou mais foram expostas com maior frequência a exame clínico das mamas do que as mulheres que estudaram por até quatro anos. A idade parece também estar relacionada com maior oportunidade de receber o exame clínico das mamas; as mulheres mais jovens foram examinadas em maior número do que as mais velhas.

No estudo de Silva et al. (2009), em relação ao conhecimento sobre o câncer de mama pelas mulheres participantes do estudo, 38,5% já ouviram falar, porém 28,8% referem ter conhecimento sobre o auto-exame da mama, mas somente 2,9% praticam de forma correta. Verificou-se que a maioria das mulheres não realiza práticas preventivas para o câncer de mama. Durante as consultas na Unidade Básica de Saúde, o médico fez o exame clínico das mamas em 18,3% das entrevistadas.

Em relação ao questionamento a respeito de terem ouvido falar em mamografia 395 mulheres (GC n=143;97,3%, GIa n=141;95,9% e GIb n=111;100%) afirmaram que sim. Quanto a esta variável foram observados resultados similares nos cruzamentos dos grupos GC X GIa ($p=0,520$) e GC X GIb ($p=0,080$), pois não houve associação estatisticamente significativa entre eles. No cruzamento entre GIa X GIb ($p<0,031$), observou-se resultados diferentes em relação a variável “ouviu falar em mamografia”, resultando em uma associação estatisticamente significativa. 100% das mulheres após aplicação do manual educativo afirmaram ter ouvido falar em mamografia.

A mamografia é apontada como o principal método diagnóstico do câncer de mama em estágio inicial, capaz de detectar alterações ainda não palpáveis e favorecendo, assim, o tratamento precoce, mais efetivo, menos agressivo, com melhores resultados estéticos e eventos adversos reduzidos (SCLOWITZ et al., 2005).

É considerada o método mais eficiente para detecção precoce do câncer, devendo ser feita anualmente. A sensibilidade diagnóstica deste procedimento varia dependendo da idade da paciente, densidade da mama e do tamanho da localização e do aspecto mamográfico do tumor. A especificidade da mamografia é de aproximadamente 30% a 40% para anormalidades mamográficas impalpáveis e 85% a 90% para malignidades clinicamente evidentes. O exame clínico pode confirmar até 70% dos casos e a mamografia 83%. A correlação entre estes métodos propedêuticos eleva a acuidade diagnóstica mostrando a grande importância desta associação (MOLINA; DALBEN; LUCA, 2003).

Vários estudos individuais e de metanálises demonstram que o uso da mamografia reduz significativamente a taxa de mortalidade por câncer de mama em 20 a 35%, já que os tumores detectáveis são menores e tem menor risco de comprometimento linfático, maior probabilidade de serem tratados com cirurgia conservadora e menor probabilidade de receber quimioterapia, ao compará-los com tumores detectados em exames de rotina. Os efeitos negativos considerados são exposição à radiação, “sobrediagnóstico” e os resultados falsos positivos (BARTH et al., 2005; DUFFY et al., 2005; VERONESI et al., 2005).

Ao serem questionadas a respeito de como deve ser realizado o exame clínico das mamas, a maioria das mulheres (223), sendo (GC n=51;34,7%, GIa n=62;42,2% e GId n=110;99,1%), relataram como frequência correta para a realização do exame a anual. Observa-se que apenas o cruzamento entre GC X GIa ($p=0,511$), não apresentou associação estatisticamente significativa, demonstrando a semelhança entre os dois grupos. Por outro lado, observa-se que entre os cruzamentos do GC X GId ($p<0,0001$) e do GIa X GId ($p<0,0001$), houve diferença estatística significativa entre os resultados obtidos. Observa-se uma diferença de 42,2% de mulheres do grupo intervenção que antes da aplicação do manual relataram, como correta, a frequência anual para a realização do exame clínico das mamas, já após a aplicação do manual educativo este número cresceu para um valor de 99,1% de mulheres deste mesmo grupo.

No estudo realizado por Bim et al. (2010), ao se comparar a frequência do exame clínico das mamas (49%) com a prevalência do exame colpocitológico (80%), observa-se uma diferença de 31%. Considerando que 60% das mulheres eram usuárias do SUS, é possível justificar essa divergência, já que há a realização do exame colpocitológico, como pouca atenção que é dada para o exame clínico das mamas. Este exame pode estar sendo realizado apenas quando há queixa referida pela mulher.

Para Thuler (2003), no que diz respeito ao rastreamento populacional para o câncer de mama, o presente nível de evidência científica permite concluir que a recomendação de mamografia acompanhada do exame clínico das mamas, a cada um ou dois anos, nas mulheres entre 50 e 69 anos de idade, tem se mostrado a estratégia mais eficaz na redução da mortalidade por câncer de mama.

Quanto à variável “como deve realizar a mamografia” 276 mulheres (GC n=90;61,2%, GIa n=85;57,8% e GId n=101;91,0%) relataram como frequência correta a anual e 26 mulheres (GC n=3;2,0%, GIa n=13;8,8% e GId n=10;9,0%) relataram a frequência bianual. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos GC X GIa ($p=0,061$), mostrando semelhança entre os dois grupos. Contudo, nos cruzamentos entre GC X GId ($p<0,0001$) e do

GIIa X GIIb ($p < 0,0001$), houve associação estatística significativa, comprovando a diferença entre os grupos e a eficácia do uso de uma intervenção educativa.

As mulheres que relataram frequência mensal e semestral para a realização destes exames demonstram carência em relação à prática correta de realização, bem como, deixa dúvidas a respeito do conhecimento real destes exames, já que podem estar confundindo, por exemplo, com o autoexame das mamas que deve ser feito mensalmente. Percebe-se que após a intervenção do manual educativo apenas uma paciente relatou frequência semestral para o exame clínico e 100% das participantes após a aplicação do manual responderam frequência anual (91,0%) ou frequência bianual (9,0%) para a realização da mamografia.

A mamografia está estabelecida como o único método de imagens, que aplicado em um programa organizado de *screening*, pode reduzir a mortalidade por câncer de mama na população em geral até em 35%, pois apresenta as características necessárias de custo-benefício de um bom método de triagem, embora tenha algumas limitações, como o uso de radiação que pode produzir dano celular e, além do mais, tem sensibilidade limitada no caso de mamas densas tipo três e quatro. Por outro lado, é conhecido que o efeito do *screening* com mamografia na diminuição da mortalidade é maior em mulheres maiores de 50 anos e que a sensibilidade ótima se obtém depois de várias rondas de exames (GONZALES, 2008).

Em reunião promovida pela Organização Mundial de Saúde, em Lyon - França, de 5 a 12 de março de 2002, o grupo de trabalho de avaliação das estratégias de prevenção do câncer concluiu que o exame radiográfico das mamas de mulheres entre 50 e 69 anos, quando realizado a intervalos de um a dois anos promove uma redução de 25% (risco relativo de morte de 0,75, com intervalo com 95% de confiança= 0,67-0,85) nas taxas de mortalidade por este câncer. Para mulheres com idade entre 40 e 49 anos a síntese dos resultados dos ensaios clínicos mostrou uma possível ausência de efeito; o risco relativo de morte obtido dos estudos que incluíram este grupo etário e usaram mamografia isoladamente foi de 0,81 (intervalo com 95% de confiança= 0,65-1,01). Ambas reduções foram estatisticamente significativas. Nesta revisão foram incluídos, além dos ensaios clínicos em que a mamografia foi usada isoladamente, os resultados do programa finlandês de prevenção do câncer de mama (THULER, 2003).

Quanto à variável “sabe para que serve estes exames” 306 mulheres (GC n=117;79,6%, GIIa n=80;54,8% e GIIb n=109;98,2%) responderam detecção precoce como a principal finalidade, seguida de 42 (GC n=10;6,8%, GIIa n=31;21,2% e GIIb n=1;0,9%) que relataram servir como forma de prevenção e 42 (GC n=11;7,5%, GIIa n=30;20,5% e GIIb n=1;0,9%) que informaram outras finalidades. Dentre o total de participantes, apenas 14 (GC n=9;6,1%, GIIa

n=5;3,4% e GId n=0;0,0%) não sabiam qual a finalidade dos exames, ressaltando que após a aplicação do manual educativo todas as participantes do grupo intervenção sabiam pelo menos uma finalidade e a maioria delas 109 (98,2%) relataram detecção precoce como a principal. Houve associação estatística significativa entre os cruzamentos dos grupos GC X GIa ($p<0,0001$), GC X GId ($p<0,0001$), GIa X GId ($p<0,0001$), apresentando resultados diferentes em relação à variável citada.

A prevenção primária do câncer de mama não é totalmente possível, uma vez que o fator de risco associado à vida reprodutiva e às características genéticas está ligado à sua etiologia. No câncer de mama, os agentes causadores ainda são desconhecidos, e a única ação efetiva é a prevenção secundária em termos de diagnóstico em estágios iniciais da doença (BORGHESAN; PELLOSO; CARVALHO, 2008).

A queda resultante em morbidade ou mortalidade deve ser alcançada sem um grande fardo de efeitos adversos gerados pela estratégia adotada. A detecção precoce de uma doença é possível por meio de educação para o diagnóstico precoce em pessoas sintomáticas ou do rastreamento (triagem) em populações assintomáticas (SERRA et al., 2010).

A detecção precoce da neoplasia é a única forma de diminuir suas taxas de morbidade e de mortalidade. A palpação das mamas e a mamografia são procedimentos utilizados para o diagnóstico precoce (MOLINA; DALBEN; LUCA, 2003).

Na cidade de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, observou-se que a realização da mamografia, em qualquer época da vida, entre mulheres com 40-69 anos, estava positivamente associada à classe social, à história familiar de câncer de mama, ao uso atual de terapia de reposição hormonal, à biópsia/cirurgia prévia de mama, ao exame clínico da mama e à consulta ginecológica (SCLOWITZ et al., 2005).

Ao avaliar o conhecimento das participantes, mediante análise das variáveis anteriores, observa-se que 131 mulheres (GC n=18;12,2%, GCd n=9;12%, GIa n=14;9,5% e GId n=99;89,2%) apresentaram conhecimento adequado em relação aos exames de detecção precoce do câncer de mama. Na presente análise, conforme citado anteriormente, julgava-se como conhecimento adequado quando a mulher referia já ter ouvido falar sobre os exames de detecção precoce do câncer de mama (exame clínico e mamografia) e sabia citar como estes exames são realizados, bem como, sua utilidade, isto é, era considerado adequado quando elas respondiam que servem para a detecção precoce do câncer de mama.

Tabela 6 - Conhecimento dos exames de detecção precoce do câncer pelas mulheres dos grupos participantes do estudo. Fortaleza-Ce, 2011-2012.

| Variáveis | GC | | Gint Antes | | p | GC Depois | | GRUPO Gint Depois | | p | Gint Antes | | Gint Depois | | p |
|---------------------|-----|------|------------|------|--------------|-----------|-----|----------------------|------|-------------------|------------|------|-------------|------|-------------------|
| | n | % | n | % | | n | % | n | % | | n | % | n | % | |
| Conhecimento | | | | | 0,454 | | | | | <0,0001 | | | | | <0,0001 |
| Adequado | 18 | 12,2 | 14 | 9,5 | | 9 | 12% | 99 | 89,2 | | 14 | 9,5 | 99 | 89,2 | |
| Inadequado | 129 | 87,8 | 133 | 90,5 | | 66 | 88% | 12 | 10,8 | | 133 | 90,5 | 12 | 10,8 | |

Vale ressaltar que dentre as participantes do grupo intervenção, observa-se que antes da aplicação da intervenção educativa, apenas 9,5% das participantes apresentaram conhecimento adequado e após a aplicação do manual educativo houve um aumento para 89,2%. O grupo controle, por sua similaridade com o grupo intervenção antes do manual, apresentou apenas 12,2% de conhecimento adequado. Houve diferença estatística significativa nos cruzamentos entre os grupos GCd X GId ($p < 0,0001$), GIa X GId ($p < 0,0001$), apresentando resultados diferentes. No cruzamento entre GC X GIa ($p = 0,454$), confirma-se a semelhança entre os dois grupos, já que não houve diferença significativa entre ambos comprovando a similaridade existente antes da intervenção educativa e a efetividade da estratégia educativa.

Compreender o nível de conhecimento de mulheres sobre os fatores de risco do câncer de mama é importante para repensar a inserção da educação em saúde neste contexto. Por outro lado, sendo o câncer de mama um agravo crônico e não transmissível, a educação, tendo em vista a sua prevenção e detecção precoce, não deve se constituir na simples transmissão de informação, mas ter por base o contexto sociocultural das participantes, seus valores, crenças e conhecimento.

Estudos apontam que, em nível individual, crenças comportamentais associadas à falta de informação e à percepção distorcida da doença conduzem, em maior ou menor grau, à evitação do auto-exame das mamas e restringem a demanda pela mamografia e pelo exame clínico das mamas em mulheres que vivem em condição de pobreza (PERES; SANTOS, 2007).

O estudo de Scowitz, et al., (2005) mostra a prevalência de “mamografia no último ano” em relação à classe social. Observa-se aumento progressivo da prevalência desse método diagnóstico em direção às classes sociais mais altas ($p < 0,001$). Percebe-se ainda que as mulheres entre 40 e 49 anos realizam mais mamografia do que as da faixa entre 60 e 69 anos, observando-se tendência linear estatisticamente significativa para essas variáveis.

No estudo de Amorim et al. (2008), todas as mulheres entrevistadas reconhecem a importância da informação para um diagnóstico precoce. Elas mesmas assinalam a falta de informação suficiente sobre os exames de detecção precoce e acrescentam que esta informação deveria ser dada pelos profissionais quando as mulheres se submetem ao exame do Papanicolaou.

À medida que as mulheres adquirem conhecimento a respeito da prática para a detecção precoce do câncer de mama vão emponderando-se e cobrando dos profissionais a realização de exames voltados para tal finalidade.

Paulo Freire refere que “empoderamento” envolve um processo de conscientização, a passagem de um pensamento ingênuo para uma consciência crítica, mas isto não se dá no vazio, numa posição idealista, segundo a qual a consciência muda dentro de si mesma, mediante um jogo de palavras num seminário. A conscientização é um conhecimento ocorrente na relação dialética homem-mundo, num ato de ação-reflexão, isto é, sucede na práxis (FREIRE; SHOR, 1986).

Em relação à atitude das participantes sobre os exames de detecção precoce do câncer de mama, na tabela seis, exposta abaixo, observa-se que 399 mulheres (GC n=143;97,3%, GIa n=145;98,6% e GId n=111;100,0%) afirmaram que devem realizar estes exames. Observa-se que não houve diferença estatística significativa entre os grupos GC X GIa ($p=0,409$), GC X GId ($p=0,080$), GIa X GId ($p=0,217$), pois os resultados demonstram semelhanças entre os grupos mesmo após a aplicação do manual educativo com as participantes do grupo intervenção, contudo, 100% das participantes no GId afirmaram que deviam realizar estes exames.

Tabela 7 - Distribuição das variáveis relacionadas à atitude das participantes em relação aos exames de detecção precoce do câncer de mama entre os grupos do estudo. Fortaleza-Ce, 2011-2012.

| Variáveis | GC | | Gint Antes | | ρ | GC | | GRUPO Gint Depois | | ρ | Gint Antes | | Gint Depois | | ρ |
|-----------------------------------|-----|------|------------|------|-------------------|-----|------|----------------------|-------|-------------------|------------|------|-------------|-------|-------------------|
| | n° | % | n° | % | | n° | % | n° | % | | n° | % | n° | % | |
| Deve realizar estes exames | | | | | 0,409 | | | | | 0,080 | | | | | 0,217 |
| Sim | 143 | 97,3 | 145 | 98,6 | | 143 | 97,3 | 111 | 100,0 | | 145 | 98,6 | 111 | 100,0 | |
| Não | 4 | 2,7 | 2 | 1,4 | | 4 | 2,7 | - | - | | 2 | 1,4 | - | - | |
| Porque acha necessário | | | | | <0,0001 | | | | | 0,479 | | | | | <0,0001 |
| Deteccção precoce | 98 | 68,5 | 61 | 42,7 | | 98 | 68,5 | 42 | 80,8 | | 61 | 42,7 | 42 | 80,8 | |
| Prática de autocuidado | 30 | 21,0 | 39 | 27,3 | | 30 | 21,0 | 7 | 13,5 | | 39 | 27,3 | 7 | 13,5 | |
| Outra finalidade | 7 | 4,9 | 22 | 15,4 | | 7 | 4,9 | 1 | 1,9 | | 22 | 15,4 | 1 | 1,9 | |
| Não sabe | 8 | 5,6 | 21 | 14,7 | | 8 | 5,6 | 2 | 3,8 | | 21 | 14,7 | 2 | 3,8 | |
| Atitude | | | | | <0,0001 | | | | | <0,0001 | | | | | <0,0001 |
| Adequada | 128 | 87,1 | 100 | 69,0 | | 128 | 87,1 | 99 | 89,2 | | 100 | 69,9 | 99 | 89,2 | |
| Inadequada | 19 | 12,9 | 45 | 31,0 | | 19 | 12,9 | 12 | 10,8 | | 45 | 31,0 | 12 | 10,8 | |

Estudos têm mostrado diferentes casos de barreiras sociais e culturais que impedem o acesso das pacientes aos programas de detecção precoce e tratamento do câncer de mama. Alguns deles se relacionam com medos de sofrimento, morte, abandono dos filhos, deixar de ser objeto de desejo e perda do esposo. Tabus sobre a incurabilidade do câncer, percebendo-lhe como sinônimo de morte; e a geração de sentimentos de angústia, pena, impotência, raiva, compaixão, preocupação extrema e sobreproteção no seio familiar (NIGENDA; CABALLERO; GONZÁLEZ-ROBLEDO, 2009).

As estimativas de cobertura de mamografia obtidas por inquéritos domiciliares têm sido usadas para monitorar a evolução da incidência do câncer de mama em vários países. As desigualdades sociais no acesso e uso de serviços de saúde no Brasil manifestam-se nas diferentes taxas de cobertura observadas nos inquéritos populacionais (VIACAVA; SOUZA-JUNIOR; MOREIRA, 2009).

No estudo realizado por Molina, Dalben e Luca (2003), encontrou-se diferença estatisticamente significativa entre a escolaridade e a solicitação de mamografia. Observou-se que as mulheres com nove anos de estudo ou mais referiram uma frequência maior de mamografia do que aquelas que estudaram por até quatro anos.

A partir de 2007 o sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico incluiu perguntas sobre a realização de mamografia entre as mulheres de 50 a 69 anos. Segundo dados deste sistema, para o conjunto das 27 capitais investigadas, 70,8% das mulheres de 50 a 69 anos realizaram mamografia nos dois anos anteriores à entrevista, com variação de 51,8% em Boa Vista (RR) a 84,8% em Florianópolis (SC) (MEISSNER et al., 2007).

A prevalência de realização do exame clínico das mamas apresenta tendência linear estatisticamente significativa ($p=0,01$) na medida em que aumenta o número de fatores de risco combinados. Em relação à “realização de mamografia na vida” e à “consulta ginecológica no último ano”, observa-se aumento estatisticamente significativo de suas prevalências com o aumento de fatores de risco associados ($p<0,001$ para ambas) (SCLOWITZ et al., 2005).

Ao serem questionadas quanto à variável “por que acha necessário realizar estes exames”, 201 mulheres (GC n=98;68,5%, GIa n=61;42,7% e GIb n=42;80,8%) citaram como motivo de necessidade a detecção precoce, seguidas de 76 (GC n=30;21,0%, GIa n=39;27,3% e GIb n=7;13,5%) que apresentaram a prática do autocuidado como o principal motivo, 30 (GC n=7;4,9%, GIa n=22;15,4% e GIb n=1;1,9%) que apresentaram outras finalidades e 31 (GC n=8;5,6%, GIa n=21;14,7% e GIb n=2;3,8%) que não souberam relatar nenhum motivo necessário para a realização destes exames. Houve associação estatística significativa entre os cruzamentos dos grupos GC X GIa ($p<0,0001$) e GIa X GIb ($p<0,0001$), apresentando resultados diferentes em relação à variável citada. No entanto, o cruzamento entre GC X GIb ($p=0,479$) não houve diferença significativa, pois os dois grupos mostraram-se semelhantes quanto esta variável. Observa-se que antes da aplicação do manual educativo 70% das mulheres do grupo intervenção relataram achar necessário a realização dos exames tanto pelo motivo de detecção precoce como de prática do autocuidado, já após a aplicação do manual educativo, este número cresceu para um valor de 94,3% de mulheres deste mesmo grupo que utilizaram estes dois motivos para justificar a necessidade da realização destes exames.

A avaliação da atitude das participantes em relação aos exames de detecção precoce do câncer de mama julgou-se adequada quando a mulher relatava que devia realizar os exames e apresentava como motivo para a realização destes exames a detecção do câncer de mama ou o fato de ser um exame de rotina ou de desejo de saber se está tudo bem com ela (autocuidado). Observa-se, portanto, que 327 mulheres (GC n=128;87,1%, GCd n=12;16%, GIa n=100;69,0% e GIb n=99;89,2%) apresentaram atitude adequada em relação aos exames de detecção precoce do câncer de mama. Houve associação estatística significativa entre os cruzamentos

dos grupos GC X GIa ($p < 0,0001$), GCd X GI d ($p < 0,0001$), GIa X GI d ($p < 0,0001$), apresentando resultados diferentes em relação à atitude das participantes diante do contexto dos exames de detecção precoce do câncer de mama, demonstrando que embora tenha existido associação significativa no cruzamento dos grupos GC X GIa, as proporções encontradas nos cruzamentos posteriores à intervenção mostraram-se maiores para o grupo participantes.

Tabela 8 - Atitude das participantes em relação aos exames de detecção precoce do câncer de mama entre os grupos do estudo. Fortaleza-Ce, 2011-2012.

| Variáveis | GRUPO | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|-------|------|------------|------|-------------------|-----------|------|-------------|------|-------------------|------------|------|-------------|------|-------------------|
| | GC | | Gint Antes | | ρ | GC Depois | | Gint Depois | | ρ | Gint Antes | | Gint Depois | | ρ |
| | n° | % | n° | % | | n° | % | n° | % | | n° | % | n° | % | |
| Atitude | | | | | <0,0001 | | | | | <0,0001 | | | | | <0,0001 |
| Adequada | 128 | 87,1 | 100 | 69,0 | | 12 | 16,0 | 99 | 89,2 | | 100 | 69,9 | 99 | 89,2 | |
| Inadequada | 19 | 12,9 | 45 | 31,0 | | 63 | 84,0 | 12 | 10,8 | | 45 | 31,0 | 12 | 10,8 | |

Estes resultados estão ligados à importância da detecção precoce do câncer de mama, bem como à facilidade aos serviços de saúde. O acesso se dá pelo processo de interação entre usuários e serviços, com a finalidade de permitir que o indivíduo doente receba o serviço. Em outras palavras, é a capacidade que a população tem de buscar serviços de saúde e obter atenção (NIGENDA; CABALLERO; GONZÁLEZ-ROBLEDO, 2009).

O acesso depende de fatores próprios da população, a organização dos serviços e das relações entre eles. O escasso uso dos serviços em caso de necessidade por parte da população é evidenciado pelas barreiras, as quais podem ser geográficas, culturais, econômicas, funcionais, de informação, legais e de gênero (GÓMEZ-DANTÉS; GÓMEZ-JÁUREGUI; INCLÁN, 2004).

Estudos feitos nos Estados Unidos demonstraram que recomendações periódicas e ensinamentos precisos sobre os métodos de detecção precoce do câncer de mama ajudaram a aumentar o número de mulheres que realizam tais métodos. Houve decréscimo de 35%-52% na mortalidade pelo câncer de mama em mulheres com 50-59 anos quando os métodos de detecção precoce foram implantados (SMITH; COKKINIDES; BRAWLEY, 2009).

No estudo de Bulliard et al. (2009), observou-se que o vínculo das entrevistadas com planos de saúde privados, como apontado em outros estudos, promove maior adesão e retorno mais breve para repetição da mamografia, com orientações para realização do exame em intervalos mais curtos, em virtude de facilidades de acesso aos serviços médicos.

Encontraram-se diferenças, estatisticamente significativas, na proporção de mulheres que usaram mamografia antes do diagnóstico da doença segundo sua condição de afiliação à seguridade social em saúde. Assim, 38,5 % das mulheres afiliadas ao regime contributivo usaram uma mamografia para detecção precoce; somente 18 % das afiliadas ao regime subsidiado e 14,7 % das pobres sem seguro de saúde a fizeram. As principais razões para não fazê-la foram a falta de informação (33 %), principalmente entre as afiliadas ao regime subsidiado (47 %); e a decisão pessoal de não fazê-la (30 %), maioritariamente nas afiliadas ao contributivo (49%) (CHARRY; CARRASQUILLA; ROCA, 2008).

Quanto à prática de realização dos exames de detecção precoce do câncer, observa-se, na tabela sete, a partir da análise da variável “já realizou exame clínico das mamas” um total de 364 (GC n=139;94,6%, GIa n=115;78,2% e GIId n=110;99,1%) mulheres afirmaram já ter realizado este exame. Houve associação estatística significativa nos cruzamentos dos grupos GC X GIa ($p < 0,0001$), GC X GIId ($p = 0,049$), GIa X GIId ($p < 0,0001$), apresentando resultados diferentes em relação à variável citada. Percebe-se que após a aplicação do manual educativo quase todas as mulheres (99,1%) do grupo intervenção pós-manual já tinham realizado o exame clínico das mamas.

Tabela 9 - Distribuição das variáveis relacionadas à prática das participantes em relação aos exames de detecção precoce do câncer de mama entre os grupos do estudo. Fortaleza-Ce, 2011-2012.

| Variáveis | GC | | Gint Antes | | ρ | GC | | GRUPO Gint Depois | | ρ | Gint Antes | | Gint Depois | | ρ |
|--|-----|-------|------------|------|-------------------|-----|-------|----------------------|-------|-------------------|------------|------|-------------|-------|-------------------|
| | n° | % | n° | % | | n° | % | n° | % | | n° | % | n° | % | |
| Já realizou ex. clínico das mamas | | | | | <0,0001 | | | | | 0,049 | | | | | <0,0001 |
| Sim | 139 | 94,6 | 115 | 78,2 | | 139 | 94,6 | 110 | 99,1 | | 115 | 78,2 | 110 | 99,1 | |
| Não | 8 | 5,4 | 32 | 21,8 | | 8 | 5,4 | 1 | 0,9 | | 32 | 21,8 | 1 | 0,9 | |
| Se não, por quê? | | | | | 0,004 | | | | | | | | | | 0,406 |
| Profissional não fez | 8 | 100,0 | 11 | 34,4 | | 8 | 100,0 | 1 | 100,0 | | 11 | 34,4 | 1 | 100,0 | |
| Descuido | - | - | 2 | 6,3 | | - | - | - | - | | 2 | 6,3 | - | - | |
| Outros | - | - | 19 | 59,4 | | - | - | - | - | | 19 | 59,4 | - | - | |
| Já realizou mamografia | | | | | 0,701 | | | | | 0,001 | | | | | <0,0001 |
| Sim | 45 | 30,6 | 42 | 28,6 | | 45 | 30,6 | 56 | 50,5 | | 42 | 28,6 | 56 | 50,5 | |
| Não | 102 | 69,4 | 105 | 71,4 | | 102 | 69,7 | 55 | 49,5 | | 105 | 71,4 | 55 | 49,5 | |
| Se não, por quê? | | | | | 0,032 | | | | | 0,004 | | | | | <0,0001 |
| Profissional não solicitou | 35 | 34,3 | 47 | 44,8 | | 35 | 34,3 | 12 | 21,8 | | 47 | 44,8 | 12 | 21,8 | |
| Não possui idade apropriada | 45 | 44,1 | 28 | 26,6 | | 45 | 44,1 | 39 | 70,9 | | 28 | 26,6 | 39 | 70,9 | |
| Outros | 22 | 21,6 | 30 | 28,6 | | 22 | 21,6 | 4 | 7,3 | | 30 | 28,6 | 4 | 7,3 | |
| Realiza ex. clínico com que periodicidade | | | | | 0,873 | | | | | <0,0001 | | | | | <0,0001 |
| Semestral | 15 | 10,8 | 13 | 11,3 | | 15 | 10,8 | 6 | 5,4 | | 13 | 11,3 | 6 | 5,4 | |
| Anual | 95 | 68,3 | 81 | 70,4 | | 95 | 68,3 | 99 | 90 | | 81 | 70,4 | 99 | 90 | |
| Outros | 29 | 20,9 | 21 | 18,3 | | 29 | 20,9 | 5 | 4,6 | | 21 | 18,3 | 5 | 4,6 | |
| Realiza mamografia com que periodicidade | | | | | 0,004 | | | | | 0,036 | | | | | <0,0001 |
| Anual | 25 | 55,6 | 21 | 50,0 | | 25 | 55,6 | 43 | 76,8 | | 21 | 50,0 | 43 | 76,8 | |
| Bianual | 5 | 11,1 | 5 | 12,0 | | 5 | 11,1 | 12 | 21,4 | | 5 | 12,0 | 12 | 21,4 | |
| Outros | 15 | 33,3 | 16 | 38,0 | | 15 | 33,3 | 1 | 1,8 | | 16 | 38,0 | 1 | 1,8 | |
| Prática ex. clínico | | | | | 0,025 | | | | | <0,0001 | | | | | <0,0001 |
| Adequada | 108 | 73,5 | 90 | 61,2 | | 108 | 73,5 | 104 | 93,7 | | 90 | 61,2 | 104 | 93,7 | |
| Inadequada | 39 | 26,5 | 57 | 38,8 | | 39 | 26,5 | 7 | 6,3 | | 57 | 38,8 | 7 | 6,3 | |
| Prática mamografia | | | | | 0,552 | | | | | <0,0001 | | | | | <0,0001 |
| Adequada | 30 | 20,4 | 26 | 17,7 | | 30 | 20,4 | 55 | 49,5 | | 26 | 17,7 | 55 | 49,5 | |
| Inadequada | 117 | 79,6 | 121 | 82,3 | | 117 | 79,6 | 56 | 50,5 | | 121 | 82,3 | 56 | 50,5 | |

A realização do exame clínico das mamas, apesar da tendência de aumento em relação ao escore de risco, é provável que essa conduta dependa, em grande parte, do acesso à

consulta, ou seja, uma vez que a paciente chegue ao profissional, deverá ter suas mamas examinadas (SLOWITZ et al., 2005).

No estudo de Thuler (2003), o exame clínico das mamas foi realizado em 76,2% das entrevistadas, indicando que a maioria teve uma oportunidade de diagnóstico precoce do câncer de mama, fato este de grande importância, pois qualquer hospital, sendo público ou privado, pode oferecer tal serviço durante qualquer consulta médica.

Estudos de base populacional realizados em Pelotas nos anos de 1992 e 1999, e em São Leopoldo (Rio Grande do Sul) em 2002, que incluíram mulheres de 20-60 anos, apresentaram um percentual de não-realização do exame clínico das mamas de 20,7%, 48,9% e 45,8%, respectivamente. Mesmo que esses estudos não tenham sido desenvolvidos em um grupo de gestantes que realizaram o pré-natal, é importante ressaltar uma redução de 20% na realização do exame clínico das mamas pelos médicos nos últimos anos (DIAS-DA-COSTA et al., 2007; DIAS-DA-COSTA et al., 2003).

O mais curioso é que nos estudos em geral, o mais frequente que se observa é que os médicos assinalam a disponibilidade para a realização do exame clínico das mamas decorrente de uma iniciativa própria das usuárias para solicitá-lo. Os profissionais da saúde explicam os motivos por não oferecerem o exame clínico, baseados em suas percepções diante das barreiras socioculturais e psicológicas presentes nas mulheres, que se manifestam em menor grau na identificação do gênero feminino e que dificultam a solicitação do exame por profissionais homens. As frequentes falhas do sistema institucional, como a ausência de enfermeira, ausência de lugar adequado para a realização do exame, falta de tempo, podem precipitar a interpretação inadequada por parte da paciente generalizar ao profissional ou a instituição problemas legais (POBLANO-VERÁSTEGUI; FIGUEROA-PEREA; LÓPEZ-CARRILL, 2004).

O exame clínico das mamas está ao alcance praticamente de toda a população feminina, já que pode ser praticado por qualquer médico geral ou enfermeira capacitada. Contudo, sua utilização é baixa, muitas vezes, pela ausência de compromisso profissional, dificultando a promoção da saúde mamária através da detecção precoce do câncer de mama.

Dentre as que não haviam realizado o exame clínico 20 mulheres (GC n=8;100%, GIa n=11;34,4% e GIb n=1;100%) apresentaram como justificativa para a não realização do exame o fato do profissional não realizá-lo durante as consultas ginecológicas e 21 (GC n=0;0,0%, GIa n=21;65,7% e GIb n=0;0,0%) relataram, como motivo de não realização, o descuido ou mesmo outros fatores irrelevantes. Observa-se que antes da aplicação do manual educativo 32 (21,8%) das mulheres pertencentes ao grupo intervenção não haviam realizado o

exame clínico das mamas e após a aplicação da intervenção educativa, apenas uma (0,9%) das mulheres do grupo intervenção relatou nunca ter realizado o exame clínico das mamas.

Há a possibilidade de que esta variação numérica se deva ao fato da coleta de dados desta pesquisa ter acontecido antes da realização da consulta ginecológica e que além de levar o manual para casa este grupo recebia rápidas orientações a respeito do que continha o manual e uma breve explicação dos exames a serem realizados, logo, acredita-se que as participantes possam ter solicitado ao profissional o exame clínico das mamas.

No estudo de Dias da Costa et al. (2007), observou-se que em relação à utilização de serviços de saúde, constatou-se que quanto menor o número de consultas, maior a probabilidade de não-realização de exame clínico de mama. As entrevistadas que utilizaram serviço de saúde privado tiveram maior probabilidade de realizar exames de mama quando comparadas com aquelas que referiram consultas no sistema público.

A questão está em como os profissionais podem inserir essa prática em suas atividades, enfatizando o valor da educação em saúde junto à comunidade, para democratizar o acesso à informação e a promoção de estilo de vida saudável.

No estudo realizado por Bim et al. (2010), constatou-se que durante a realização do exame preventivo, nem todas as mulheres tiveram as mamas clinicamente examinadas e isso ocorreu com maior frequência quando o preventivo foi realizado nas unidades básicas de saúde. Este fato pode ter relação com o profissional que realiza o preventivo na unidade básica de saúde, que na maioria das vezes é o enfermeiro. Tal constatação merece reflexão por parte das instituições de ensino no sentido de formar profissionais de enfermagem voltados para a promoção à saúde e prevenção das doenças.

Outra deficiência da assistência à saúde mamária detectada refere-se à baixa frequência de realização do exame das mamas entre as gestantes adolescentes (39%), consideradas como grupo de risco para o desmame precoce, e entre as gestantes com 30 anos ou mais (45,5%), sabidamente reconhecidas como população de risco para desenvolverem câncer de mama. Os autores concluem que esse procedimento depende do médico e exige maior tempo de consulta. No estudo, esse tempo não foi dedicado às mais pobres, talvez porque estas tendam a um menor poder de pressão sobre os serviços de saúde na atenção de atendimento de qualidade. Esses dados corroboram teses incômodas sobre o tema relacionado à exclusão social. Importante ressaltar que mesmo entre as pacientes que apresentaram maior probabilidade de terem suas mamas examinadas no pré-natal a prevalência do exame foi baixa (HALASKA et al., 2007).

Para avaliar a melhora da eficácia no aumento das recomendações para o rastreamento do câncer de mama nos Estados Unidos, Gorin et al. (2007) investigaram numa amostra de médicos se eles conduzem ou recomendam o exame clínico, qual a frequência do rastreamento em mulheres assintomáticas, e se eles ensinam o auto-exame às mulheres. Por meio de análises multivariadas, encontraram efeitos estatisticamente significante na recomendação do exame clínico das mamas, mamografia e auto-exame, para pacientes com idades acima de 40 anos. No pós-teste, identificou-se que os médicos se envolvem em programas educacionais, melhora a auto-eficácia no aconselhamento para a prevenção, com o uso de rotina de cartazes, computadores e materiais impressos de educação ao paciente, bem como o cumprimento das metas para a realização da mamografia e aumento do envolvimento da enfermagem e outros profissionais associados no rastreamento.

O intercâmbio interpessoal e o significado implícito no exame clínico das mamas devem ser analisados desde o aspecto social, os cenários e contextos de cada participante, até mesmo seus conteúdos cognitivos. Este é o campo da investigação qualitativa, onde ao explorar a profundidade dos entrevistados é possível identificar os elementos que circundam a estrutura social dos indivíduos, que vão se conformando e se constituem dominantes. As usuárias expressam o desejo de contar preferentemente com um profissional feminino e que lhe garanta a privacidade para o exame, condições que ao parecer favoreceriam que a mulher participasse da exploração mamária. Parece o encontro da consciência de gênero, orientada a sentir o apoio de seus iguais e a busca de atenção à saúde de qualidade pelas mulheres e para as mulheres (POBLANO-VERÁSTEGUI; FIGUEROA-PEREA; LÓPEZ-CARRILLO, 2004).

Para estes autores, no caso do câncer de mama, se deve oferecer o exame clínico das mamas a toda mulher que vá a consulta, por médicos e enfermeiras capacitadas. O que mais chama a atenção nas discussões dos grupos foi que os médicos oferecem pouco ou nunca o exame clínico das mamas. Quando chegam a oferecer, a usuária geralmente aceita apesar de todas as dúvidas e temores que surgem, algumas vezes, pela desconfiança no médico (POBLANO-VERÁSTEGUI; FIGUEROA-PEREA; LÓPEZ-CARRILLO, 2004).

Quanto a realização da mamografia, 143 mulheres (GC n=45;30,6%, GIa n=42;28,6% e GIb n=56;50,5%) afirmaram já ter realizado este exame. Observa-se na tabela abaixo que houve diferença estatística significativa nos cruzamentos entre os grupos GC X GIb ($p=0,001$), GIa X GIb ($p<0,0001$), apresentando resultados diferentes. No cruzamento entre GC X GIa ($p=0,701$), observa-se a semelhança entre os dois grupos, já que não houve

diferença significativa entre ambos comprovando a similaridade existente antes da intervenção educativa.

Na literatura internacional existem estudos demonstrando a redução do custo do tratamento do câncer de mama quando detectado em estádios iniciais. No Brasil o estudo de estimativa de custos incluindo o rastreamento mamográfico, demonstra a redução dos custos quando incorporada a mamografia de rastreamento, mas há ainda uma lacuna de estudos sobre custos diretos envolvendo rastreamento mamográfico em massa, como é o caso dos mutirões de mamografia desenvolvidos no Estado de São Paulo (KEMP et al., 2005).

No estudo de Marconato, Soárez e Ciconelli (2011) foram realizados 11.952 exames de mamografia em quatro mutirões, nos meses de maio e novembro de 2005 e maio e novembro de 2006, em oito serviços de radiologia, contratados especificamente para o mutirão. As mulheres de 40-49 anos foram as mais representativas nestes mutirões com 36,9% de participação (4.410 mulheres), seguidas das de 50-59 anos com 30,76% (3.677) e de 60-69 anos representaram 14,83% (1.773). Os exames considerados alterados foram 32, sendo 28 da categoria BI-RADS quatro e, quatro da categoria BI-RADS cinco, e estes foram alvo de acompanhamento nos serviços de oncologia de referência regional. Foi confirmado diagnóstico de câncer de mama em dez pacientes (31,25%) das 32 com BI-RADS quatro e cinco.

No estudo realizado por Lima-Costa e Matos (2007) a distribuição da realização da mamografia aos 50-69 anos de idade foi a seguinte: 42,5% haviam realizado o exame há dois anos ou menos, 8,2% há três anos ou mais e 49,3% em nenhuma época da vida. A distribuição correspondente nos dois grupos etários foi 46,3%; 7,6% e 46,1% entre as mais jovens e 36,9%; 9,1% e 54% entre as mais velhas ($p < 0,001$). Associações positivas e significantes foram encontradas para condição urbana ou rural do domicílio, macrorregião de residência, escolaridade e renda familiar *per capita*. Morar só apresentou associação estatisticamente significativa com a realização da mamografia entre as mais jovens, mas não entre as mais velhas.

A realização da mamografia, nos dois anos precedentes, entre mulheres brasileiras com 50-59 (46%) e 60-69 anos de idade (37%), está muito abaixo da meta de 70% estabelecida. Além disso, observou-se uma alta prevalência de mulheres que, ao longo da vida, jamais tiveram uma mamografia realizada, tanto na faixa etária mais jovem (46%) quanto na mais velha (49%) (LIMA-COSTA; MATOS, 2007).

Diversos estudos têm mostrado que a situação sócio-econômica e/ou a escolaridade estão entre os fatores mais fortemente associados à realização da mamografia (BAUZA; CELIZ, 2005; DAVID et al., 2005).

Dentre as que não haviam realizado a mamografia 94 (GC n=35;34,3%, GIa n=47;44,8% e GIb n=12;21,8%) mulheres apresentaram como justificativa para a não realização do exame o fato do profissional não solicitá-lo durante as consultas ginecológicas e 112 (GC n=45;44,1%, GIa n=28;26,6% e GIb n=39;70,9%) relataram, como motivo de não realização, a ausência de idade apropriada para realização da mamografia. Esta última justificativa mostra-se adequada diante das determinações do ministério da saúde para a realização da mamografia acima de 40 anos para todas as mulheres e acima de 35 anos para mulheres consideradas de risco, já que na amostra estudada, 182 (61,9%) mulheres (GC=91 e GI=91), apresentavam idade abaixo de 40 anos, não pertencendo a faixa etária de realização deste exame (BRASIL, 2006).

Houve associação estatística significativa nos cruzamentos entre os grupos GC X GIa ($p=0,032$); GC X GIb ($p=0,004$), GIa X GIb ($p<0,0001$), apresentando resultados diferentes para análise desta variável.

O estudo desenvolvido por Marconato, Soárez e Ciconelli (2011) demonstrou que os mutirões de mamografia desenvolvidos pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo SES-SP na região de Marília proporcionou um aumento de exames de um ano para o outro (5.385 em 2005 e 6.567 em 2006) demonstrando um aumento na cobertura de exames mamográficos. Neste estudo a proporção de câncer para cada 1.000 exames de mamografia realizados foi de 0,84 casos.

O estudo de Benveniste, Ferreira e Aguillar (2006) indica que o índice de detecção de câncer de mama pelo rastreamento mamográfico é estimado em 6-10 casos por 1.000 exames, se considerar apenas tumores prevalentes, encontrados na primeira mamografia de rotina, e de 2-4 casos por 1.000 nos exames subsequentes (cânceres incidentes). O relatório dos mutirões de mamografias no Estado de São Paulo indica que são esperados aproximadamente de 5-8 casos de câncer de mama em 1.000 mulheres em programas de rastreamento (FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO, 2009).

Devido à alta incidência do câncer de mama e as inúmeras campanhas educativas apresentadas, principalmente pelos canais de televisão, as mulheres estão cada vez mais preocupadas na possibilidade de adquirir a doença. Essa inquietação levaria a uma procura maior pelos métodos de prevenção, por isso a necessidade de uma orientação esclarecedora e que ensine a realização do exame de modo preciso para que os resultados sejam satisfatórios.

O rastreamento do câncer de mama por meio de seu exame radiográfico tem sido usado com o intuito de identificar alterações sugestivas de malignidade antes que ocorram manifestações clínicas (THULER, 2003).

Assim, o Programa de Controle do Câncer de Mama, proposto pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) em seu documento de consenso, tem preconizado que todas as mulheres a partir de 40 anos devem ser submetidas ao exame clínico de mama anualmente como forma de detecção precoce de lesões sugestivas de câncer. Aconselha, também, que as mulheres a partir de 35 anos que apresentarem determinados fatores de risco devem ser submetidas a esse exame. O programa preconiza, como método coadjuvante para o diagnóstico, a realização de mamografia anual entre as mulheres de 50 a 69 anos, e mamografia anual para mulheres a partir de 40 anos com risco aumentado (BRASIL, 2006).

Já a Sociedade Brasileira de Mastologia recomenda que seja realizada uma mamografia de base aos 35 ou 40 anos de idade, entre 40 e 50 anos realizar uma mamografia bianualmente e após os 50 anos, anualmente. Ambos concordam que, para mulheres que apresentam fatores de risco, deve ser realizada anualmente (BRASIL, 2006).

Para Marchi e Gurgel (2010), no Brasil, as diretrizes são conflitantes. Recomenda-se o rastreamento mamográfico bienal – para mulheres não pertencentes a grupos populacionais de risco – somente a partir de 50 anos de idade. No setor suplementar de assistência à saúde, defende-se a triagem mamográfica anual a partir de 40 anos, bianualmente entre 50 e 69 anos e, de acordo com a expectativa de vida da mulher, após os 70 anos de idade.

Observa-se que antes da aplicação do manual educativo o percentual de mulheres que não realizaram a mamografia pertencentes ao grupo intervenção foi de 71,4% e após a aplicação da intervenção educativa, o percentual foi de 49,5% de não realização da mamografia. Assim como em relação ao exame clínico das mamas, há a possibilidade de que esta variação no percentual se deva ao fato das orientações disponibilizadas a este grupo a respeito do que continha o manual e uma breve explicação dos exames a serem realizados.

No estudo de Bim et al. (2010), as mulheres entrevistadas quando questionadas a respeito da visita ao ginecologista, 43% relatou procurar o especialista uma vez por ano, 10% a cada seis meses, 17% sem regularidade e 4% só procuravam na presença de algum sintoma. Quase 26% das mulheres não procuravam um ginecologista. Pouco menos da metade das mulheres (49%) já tinham realizado exame clínico das mamas com um médico. Destas, 28% o fizeram uma vez por ano e 21% de forma esporádica. Apenas 24% das mulheres entrevistadas já tinham feito a mamografia e destas, 8% realizaram uma vez por ano, 1% a cada seis meses e 15% sem frequência.

Ao serem questionadas quanto ao período da realização do exame clínico, dentre as que realizavam, 34 (GC n=15;10,8%, GIa n=13;11,3% e GIId n=6;5,4%) relataram periodicidade semestral e 275 (GC n=95;68,3%, GIa n=81;70,4% e GIId n=99;90%), periodicidade anual. Percebe-se que houve diferença estatística significativa nos cruzamentos entre os grupos GC X GIId ($p<0,0001$), GIa X GIId ($p<0,0001$), apresentando resultados diferentes. No cruzamento entre GC X GIa ($p=0,873$), observa-se a semelhança entre os dois grupos, já que não houve diferença significativa entre ambos comprovando a similaridade existente antes da intervenção educativa e os resultados obtidos após a aplicação do manual.

A tendência de redução na frequência à consulta ginecológica no último ano, à medida que avança a idade das mulheres, sugere uma menor preocupação com cuidados de saúde preventivos das mulheres mais velhas. O fato de mulheres mais idosas apresentarem prevalência mais baixa de exame clínico de mamas realizado pelo médico pode, em parte, ser explicado pela sua menor frequência à consulta ginecológica (SLOWITZ, et al., 2005).

Quanto ao período da realização da mamografia, 89 (GC n=25;55,6%, GIa n=21;50% e GIId n=43;76,8%) das mulheres que realizavam este exame referiram periodicidade anual e 22 (GC n=5;11,1%, GIa n=5;12% e GIId n=12;21,4%) periodicidade bianual. Após análise estatística desta variável, observa-se que houve associação significativa nos cruzamentos entre os grupos GC X GIa ($p=0,004$); GC X GIId ($p=0,036$), GIa X GIId ($p<0,0001$), por apresentarem resultados diferentes quanto à realização deste exame.

No estudo realizado por Amorim et al. (2008), verificou-se que 50,8% (IC95%: 40,6-60,9) das mulheres de 40 anos ou mais, residentes no Município de Campinas, não haviam realizado mamografia nos dois anos que antecederam a entrevista, sendo que 42,5% (IC95%: 33,6-51,9) nunca haviam feito o exame e 8,3% haviam-no realizado há mais de 2 anos; 38,2% (29,4-47,9%) das mulheres não realizaram o exame clínico das mamas no ano prévio à entrevista.

Os programas de rastreamento do câncer de mama foram organizados pelos sistemas de saúde dos Estados Unidos e da Europa Ocidental ao longo das últimas cinco décadas, mesmo com protocolos diversificados e desempenho abaixo do esperado. Estão fundamentados no uso anual ou bienal da mamografia a partir de 40 ou 50 anos de idade. Muitos serviços de saúde desses países exercem vigilância das recomendações propostas e convocam periodicamente as mulheres inscritas, e outros, com caráter oportunístico, apresentam elevadas taxas de adesão da população. São obtidos atualmente nesses países resultados animadores refletidos na diminuição das taxas de mortalidade decorrentes dessa

doença (BULLIARD et al., 2009; GELDER et al., 2009; SMITH; COKKINIDES; BRAWLEY, 2009).

Corroborando com estes autores, Duffy (2005) afirma que o rastreamento do câncer de mama, no período indicado para a realização da mamografia, e o investimento em mamografia de alta qualidade possibilita o diagnóstico do câncer de mama em sua fase pré-clínica reduzindo a mortalidade mulheres com esta doença.

Marchi e Gurgel (2010) utilizaram em seu estudo um tempo de observação de cinco anos e definiram como aderentes ao rastreamento mamográfico as entrevistadas que repetiram todas as suas mamografias em intervalos máximos de até 24 meses. A avaliação do intervalo índice demonstra taxas bastante satisfatórias de adesão inicial e frequências cumulativas de repetição da mamografia. Cerca de metade das entrevistadas, mesmo nos serviços públicos de saúde (48%), repetiu o exame nos primeiros 24 meses após a mamografia-índice.

A prática do exame clínico das mamas mostrou-se adequada em 302 participantes, (GC n=108;73,5%, GCd n=8;10,6%, GIa n=90;61,2% e GIid n=104;93,7. Na presente análise, conforme citado anteriormente, a prática em relação a este exame era considerada adequada quando a mulher realizá-lo anualmente. Observa-se que antes da aplicação da intervenção educativa, apenas 61,2% das participantes apresentaram prática adequada e após a aplicação do manual este número passou para 93,7%. Houve associação estatística significativa nos cruzamentos entre os grupos GC X GIa ($p=0,025$); GCd X GIid ($p<0,0001$), GIa X GIid ($p<0,0001$), por apresentarem resultados diferentes quanto á prática deste exame. Embora tenha existido associação significativa no cruzamento dos grupos GC X GIa, as proporções encontradas nos cruzamentos posteriores à intervenção mostraram-se maiores para o grupo participante.

Tabela 10 - Atitude das participantes em relação aos exames de detecção precoce do câncer de mama entre os grupos do estudo. Fortaleza-Ce, 2011-2012.

| Variáveis | GRUPO | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|-------|------|------------|------|--------------|----|-----------|-----|------|-------------------|----|-------------|-----|------|-------------------|--------|
| | GC | | Gint Antes | | | | GC Depois | | | | | Gint Depois | | | | ρ |
| | n° | % | n° | % | ρ | n° | % | n° | % | ρ | n° | % | n° | % | ρ | |
| Prática ex. clínico | | | | | 0,025 | | | | | <0,0001 | | | | | <0,0001 | |
| Adequada | 108 | 73,5 | 90 | 61,2 | | 8 | 10,6 | 104 | 93,7 | | 90 | 61,2 | 104 | 93,7 | | |
| Inadequada | 39 | 26,5 | 57 | 38,8 | | 67 | 89,4 | 7 | 6,3 | | 57 | 38,8 | 7 | 6,3 | | |

No estudo realizado por Inagaki et al. (2008) as participantes ao responderem o item exame clínico das mamas, 74 (83,1%) referiram já terem realizado esse exame, das quais 45 (60,8%) informaram realizá-lo anualmente e 18 (24,3%) semestralmente, conforme recomendações da especialidade. Chamou a atenção o fato de 11 (14,9%) docentes entrevistadas afirmarem efetuá-lo mensalmente, demonstrando desconhecimento sobre o exame clínico das mamas, pois o mesmo é realizado pelo profissional de saúde durante a consulta à mulher, confundindo-o, provavelmente, com o auto-exame.

No estudo de Lima et al. (2011), a maioria das mulheres com idade acima de 35 anos nunca fez mamografia (71,6%). O exame clínico das mamas foi o mais relatado pelas maranhenses (35,2%), com destaque para a faixa etária acima de 34 anos (47,8%).

Já a prática da mamografia não foi possível ser avaliada devido ao curto período de tempo de realização da pesquisa, pois este exame demanda tempo para a realização do mesmo e que independe da intervenção educativa realizada para observação em curto prazo.

A recomendação médica ocupa relevância indiscutível entre os fatores preditores associados à aderência ao rastreamento. O contato com o médico, neste caso o ginecologista ou o mastologista, e outros indicadores de consulta ginecológica regular, como a coleta de colpocitologia oncológica (exame de Papanicolaou), são as variáveis fortemente associadas à realização da mamografia (MARCHI; GURGEL, 2010).

A análise do presente estudo também confirma essas associações. No entanto, a diferença nas taxas de realização do exame, observadas no decorrer da pesquisa, devem refletir o caráter oportunístico do rastreamento mamográfico vigente no Brasil, até mesmo no setor privado de assistência médica. Provavelmente, em cada etapa do rastreamento oportunístico, perde-se a chance de reforçar orientações motivadoras de crescente adesão ao rastreamento mamográfico periódico.

No estudo de Inagaki et al. (2008), quanto à periodicidade de consultas ao ginecologista ou mastologista, encontrou-se que 27 (30,3%) docentes que foram entrevistadas frequentam semestralmente; 54 (60,6%) anualmente e 3(3,4%) bianualmente. Tais resultados revelam que essas mulheres procuram regularmente o ginecologista e/ou mastologista. Na amostra estudada verificou-se que 48 (53,9%) docentes já realizaram mamografia e, dessas, 32 (66,6%) a fazem anualmente e 10 (20,8%), bianualmente. Tais achados mostram a preocupação da maioria das mulheres do presente estudo com a prevenção e detecção precoce do câncer de mama.

De acordo com o Protocolo de Prevenção de Câncer de Colo e de Mama do Ministério de Saúde, a frequência de consultas vai depender do risco da mulher para o câncer de mama.

Caso a paciente possua um baixo risco, ou seja, não possuir fatores de risco iminente, ela deverá ser submetida a uma avaliação clínica anualmente, já aquelas mulheres que se enquadram no perfil de alto risco têm uma necessidade de avaliação clínica semestral (BRASIL, 2006).

Dos exames de mamografia realizados, 28,8% foram financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 71,2% por serviços privados ou particulares. Quanto ao exame clínico das mamas, os serviços do SUS foram responsáveis pela realização de 38,1% e os serviços privados por 61,9%. A não realização da mamografia foi mais elevada nas mulheres que não haviam realizado o exame clínico das mamas no ano que antecedeu a entrevista e que não estavam com a rotina adequada do Papanicolaou (AMORIM et al., 2008).

Ensaio clínico randomizado que compara a mortalidade em mulheres que participaram de rastreamento mamográfico com mulheres não submetidas a nenhuma intervenção são favoráveis ao uso da mamografia como método de detecção precoce capaz de reduzir a mortalidade por câncer de mama. Estudos de meta-análise demonstram que os benefícios do uso da mamografia se referem, principalmente, a cerca de 30% de diminuição da mortalidade em mulheres acima dos 50 anos, depois de sete a nove anos de implementação de ações organizadas de rastreamento (BRASIL, 2011).

No Estado de São Paulo os dados do Registro Hospitalar de Câncer (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo SES-SP), demonstram que a detecção precoce do câncer de mama é pequena, pois segundo o estadiamento do câncer de mama no biênio 2007/2008, apenas 7,06% dos tumores referem-se aos tumores *in situ* (estadiamento 0) número bastante inferior ao encontrado, por exemplo, no Canadá, que tem um programa organizado de rastreamento, cujo percentual é de 29,9% (SÃO PAULO, 2009).

Em virtude disso, a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP) tem promovido semestralmente, desde 2005, mutirões para realização de exames de mamografia no âmbito das unidades de saúde do Estado de São Paulo, destinados ao atendimento de todas as mulheres com solicitação de realização de mamografia que não tenham conseguido agendar ou realizar seu exame, tendo como objetivo principal eliminar a demanda reprimida para a execução do procedimento (SÃO PAULO, 2009).

Para alguns autores, o exame clínico das mamas tem uma sensibilidade de 54% e uma especificidade de 94%, desconhecendo-se sua utilidade quando comparado com a mamografia, já que não se tem evoluído o exame físico em pacientes sem triagem prévia (CHAGPAR; MCMASTERS, 2007; SASLOW et al., 2004).

Uma das limitações do uso do exame clínico das mamas é que tumores em estágio I, com menos de 2cm de diâmetro, podem ser impalpáveis. Por outro lado, a análise dos resultados do programa norte-americano de detecção precoce do câncer do colo do útero e mama, para os anos 1995-1998, mostrou que 11,2% dos cânceres de mama não apresentaram imagem radiológica perceptível, sendo detectados exclusivamente pelo exame clínico (BOBO; LEE; THAMES, 2000).

Marchi e Gurgel (2010) demonstraram que as curvas de frequência cumulativa de repetição da mamografia dissociam-se após os primeiros 12 meses de acompanhamento. Vinte e quatro meses após a realização da mamografia – índice, 70% das entrevistadas nos serviços de saúde privados retornaram para a segunda etapa do rastreamento mamográfico. Provavelmente, fatores sociodemográficos apontados anteriormente, como renda familiar, vínculo empregatício e escolaridade associam-se ao tipo de acesso aos serviços de saúde e contribuem definitivamente para a adesão ao rastreamento mamográfico.

Sabe-se que são inúmeras as barreiras à adoção de práticas preventivas dentre elas a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o que sem dúvida contribui para o baixo percentual de realização de mamografia, no grupo etário para o qual estaria obrigatoriamente garantido. Pode-se ainda associar a outros fatores como a pouca solicitação médica que tem sido evidenciada na literatura, com a constatação de que a solicitação do exame é menos frequente do que as mulheres externam como expectativa (LIMA et al., 2011).

As publicações informam múltiplos e variados exemplos de barreiras que dificultam o acesso a detecção precoce do câncer de mama. A falta de informação, baixo nível educativo e econômico, crenças e tabus em torno da doença, falta de disponibilidade de serviços de saúde, longos tempos de espera para consulta ou testes diagnósticos, entre outros fatores a mais que podem levar às mulheres a adiar a busca pela atenção à saúde (ANDERSON, 2007).

No estudo Charry, Carrasquilla e Roca (2008), observa-se que entre as mulheres que tiveram acesso à mamografia de detecção precoce, a maioria (81%) a fizeram oportunamente. Contudo, encontraram-se diferenças segundo a condição de segurança social das mulheres, sendo 42% filiadas a um regime subsidiado e as pobres sem seguro correspondiam a 71%, destacando a associação significativa entre a oportunidade de acesso à mamografia para a detecção precoce e a condição de filiação a algum tipo de segurança social das mulheres.

No México têm existido avanços recentes graças aos esforços que a Secretaria de Saúde tem desenvolvido em colaboração com as outras instituições do setor. Estes esforços têm sido enriquecidos com iniciativas que há décadas realizam diversas organizações da sociedade civil. Dentro de seus resultados sobressaem o incremento da cobertura da

mamografia em mulheres de 40 a 69 anos de idade, que passou de 12.6 a 21.6% entre 2000 e 2006. Cabe mencionar, a recente incorporação do câncer de mama ao grupo de enfermidades cujo tratamento pode ser financiado pelo Fundo de Proteção contra Gastos Catastróficos do Seguro Popular de Saúde. A proposta beneficiará em particular as mulheres de famílias mais pobres do país, que não podiam contar com este tipo de serviços. É importante assinalar, que esta medida garante o tratamento integral no México de toda mulher diagnosticada com este tipo de câncer (FRENK, 2009).

Os resultados do trabalho de Lima-Costa e Matos (2007) confirmam essas observações. A renda domiciliar e a escolaridade apresentaram forte associação com a realização da mamografia. Mostra ainda que a realização deste exame é mais freqüente entre mulheres que possuem cobertura por plano privado de saúde e acrescentam que a associação permanece mesmo após ajustamentos por situação sócio-econômica (renda e escolaridade), local de residência (urbana/rural e macrorregião), número de consultas médicas e realização do exame de Papanicolau.

Uma análise dos dados do *National Health Interview Survey* sobre mulheres de 40 anos e mais que não haviam feito mamografia nos dois últimos anos, nos Estados Unidos, indicou que apesar de a maioria dessas mulheres serem portadoras de planos de saúde e acessarem regularmente algum serviço, não havia recomendação médica sobre a realização de mamografia em 80% dos casos (MEISSNER, 2007). Fato semelhante foi verificado nos serviços de saúde públicos e privados de São Paulo em 2010 (MARCHI, 2010).

8 CONCLUSÃO

O presente estudo verificou que nos dois grupos (GI e GC) estudados na amostra mostraram-se similares quanto às características sociodemográficas e quanto à presença de fatores de risco para o câncer de mama, no entanto, a aplicação de uma intervenção educativa baseada na vertente dialógica de Paulo Freire garantiu às mulheres, que participaram da intervenção, melhores níveis de conhecimento, atitude e prática em relação aos exames de detecção precoce do câncer de mama quando comparados aos valores antes da intervenção, bem como, aos das mulheres pertencentes ao grupo controle, isto é, os níveis de conhecimento, atitude e prática das mulheres que participaram do grupo intervenção mostraram-se mais adequados do que os das que não participaram da intervenção e os resultados obtidos dos GC X GI e GIa X GIb em relação aos três níveis (CAP) mostraram-se todos com diferença estatisticamente significativa.

A intervenção educativa realizada mostrou que se a orientação for realizada utilizando referenciais teóricos como o de Paulo Freire é possível aumentar o nível de conhecimento, atitude e prática em relação à saúde mamária.

O conhecimento por si, não é suficiente, o que leva a uma reflexão mais aprofundada frente aos exames de detecção precoce. É necessário além de conhecer, ter atitude e querer praticar.

Nesse sentido, comprova-se a tese de que a intervenção educativa, com a utilização de um manual educativo sobre detecção precoce do câncer de mama para mulheres, possibilitou importantes resultados na promoção da saúde mamária, através da prevenção secundária, isto é, no estudo observou-se que o conhecimento, a atitude e a prática sobre os exames de detecção precoce do câncer de mama das mulheres que participaram da intervenção educativa (GI) baseada na vertente dialógica de Paulo Freire mostraram-se diferentes àqueles das mulheres que não participaram da intervenção (GC). Conclui-se que os níveis de conhecimento, atitude e prática das mulheres do GI mostraram-se mais adequados do que os das que não participaram da intervenção (GC).

Os resultados indicam a necessidade de uma ação mais efetiva por parte do serviço de saúde, ofertando, anualmente, o exame clínico das mamas e a mamografia, como também a adoção de campanhas educativas estimulando a realização destes exames e ensinando sobre os principais fatores de risco para a doença. Sendo necessário o planejamento de ações de incentivo às práticas preventivas a fim de despertar o senso de corresponsabilidade no seu

processo saúde-doença, possibilitando a organização de programas de controle eficientes, focados no fortalecimento dessas práticas preventivas.

Percebe-se que o diagnóstico precoce do câncer de mama está ligado, ao acesso à informação para as mulheres, conscientizando-as sobre a busca pelo exame clínico e pela mamografia, na qual deve se basear o rastreamento dessa neoplasia.

Uma das maiores barreiras para o cumprimento das recomendações para o diagnóstico precoce do câncer de mama é a falta de solicitação profissional. O diálogo pode ajudar a vencer estas dificuldades, aliviando possíveis medos e ansiedades e informando sobre a importância dos métodos e o modo correto de realizá-los.

A equidade do acesso à atenção à saúde se promove além de capacitações pontuais, com motivação e apoio direto a profissionais de saúde em um trabalho conjunto. Neste sentido, é evidente que o programa de câncer de mama nos serviços públicos de saúde apresenta alguns dos problemas descritos na literatura.

Os resultados apontam para a importância do profissional de saúde trabalhar de maneira articulada e integrada, possibilitando o atendimento das usuárias dos serviços de saúde.

A enfermagem, por sua formação mais generalista, mais humana e mais voltada para a educação em saúde, pode contribuir efetivamente para a melhora desses números. Todavia, é necessária também a ação do poder público, que deve se voltar para a população mais necessitada e mais vulnerável por sua pouca escolaridade e baixa condição sócio-econômica. Só assim pode-se cumprir um dos princípios básicos da Constituição Brasileira, de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado.

É fundamental que os encarregados da formulação e implementação de políticas públicas neste campo tenham em conta a existência de fatores diferentes, pois o acesso ao serviço não é só um assunto econômico e, sim, também está associado com restrições do sistema e dos próprios profissionais, como mostram os resultados deste estudo.

Ficou claro, no estudo, que é necessário motivar e capacitar os profissionais, eliminar as diferenças no acesso à atenção à saúde, no recebimento de cuidados e, conseqüentemente, nos padrões de morbimortalidade entre pessoas que pertencem a contingentes populacionais de menor poder aquisitivo.

É importante lembrar que um número significativo de brasileiras são assistidas por enfermeiros na atenção básica, em que a maior parte das ações devem estar voltadas para promoção da saúde, prevenção de doenças e detecção precoce. Além disso, os enfermeiros realizam a consulta de enfermagem à mulher, promovendo a assistência integral, inclusive

exames para a prevenção ou detecção precoce das neoplasias do colo do útero e mama, conforme preconiza o Ministério da Saúde.

O reconhecimento da relevância do rastreamento oportunístico do câncer de mama pelos profissionais de saúde e o diálogo dos mesmos com as pacientes podem ajudar a vencer dificuldades e melhorar indicadores de saúde, pois o quantitativo de mulheres submetidas às práticas preventivas preconizadas ainda é reduzido diante da magnitude do problema tanto para a saúde da mulher quanto para a saúde coletiva.

O estudo tornou-se relevante à medida que propôs avaliar uma estratégia de educação em saúde, a fim de minimizar as lacunas do conhecimento e a realização dos exames de detecção precoce do câncer de mama e, dessa forma, melhorar a assistência à saúde da mulher, procurando estimular os profissionais, sobretudo enfermeiros, a realizar estratégias educativas que, conforme comprovado no estudo, contribuem para o controle do câncer de mama.

A Enfermagem necessita apropriar-se de recursos, para intervir junto à clientela, pois educação em saúde vai além de orientações, ou distribuição de material educativo, isto é, precisa proporcionar ao cliente oportunidades de colocar seus anseios e suas necessidades e, a partir destas, elaborar o cuidado.

9 LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O exame clínico das mamas e a mamografia são importantes práticas de detecção precoce do câncer de mama, cujo acesso precisa ser assegurado pelos serviços de saúde, pois contribuem para a redução da mortalidade por esta neoplasia. Muitos são os desafios a serem enfrentados pelos gestores das políticas de saúde na implementação de estratégias que reorientem os serviços na perspectiva da atenção integral à saúde das mulheres e com foco especial para as mais vulneráveis à baixa cobertura e práticas preventivas.

Uma das limitações deste estudo é o fato da pesquisa ter sido realizada em pouco tempo, além da questão de que a informação sobre a realização do exame clínico das mamas e da mamografia ter sido obtida por entrevista e, portanto, ser sujeita a viés de memória e de informação. A entrevistada pode ter se enganado quanto ao tempo decorrido da realização do último exame, ou ainda dizer que realizou os exames por considerar esta a resposta adequada e esperada.

Outra limitação deste estudo é o fato do inquérito não abranger detalhamento maior de questões relativas às informações sobre se as mulheres conheciam o resultado dos exames de detecção precoce realizados, ou se apenas o realizavam.

Apesar das limitações, os resultados sugerem a viabilidade da metodologia utilizada, além de revelarem informações anteriormente desconhecidas, permitiu a identificação de deficiências importantes no processo de prestação de cuidados na promoção da saúde mamária em relação aos exames de detecção precoce do câncer de mama.

Recomenda-se estudos adicionais abrangendo uma clientela diferente, além de estudos que possam ser destinados à capacitação profissional voltada para a detecção precoce do câncer de mama, gerando compromisso profissional com boa relação profissional-paciente, levando a estratégias mais oportunas para o controle da doença, principalmente direcionadas à realização adequada dos exames.

Através do estudo pôde-se constatar que o desconhecimento das formas de detecção precoce do câncer de mama, pode levar a uma série de dificuldades para o estabelecimento do controle da doença, tornado-se necessário o planejamento de estratégias educativas de cuidado fundamentadas em princípios científicos, utilizando mecanismos para que os indivíduos sejam motivados a se cuidar e a cobrar dos profissionais de saúde.

O estudo deixa margens para que o profissional de saúde possa desenvolver estratégias de cunho educativo que possibilitem melhor controle da doença, minimizando os índices de

diagnósticos tardios e promovendo a saúde mamária frente à detecção precoce do câncer de mama.

REFERÊNCIAS

- ABREU, E.; KOIFMAN, S. Fatores prognósticos no câncer de mama feminina. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 48, n. 1, p. 113-131, 2002.
- ACTIS, A.M.; BERGOC, R.M.; QUARTUCCI, A.; OUTOMURO, D. Factores de riesgo convencionales y emergentes en cáncer de mama: un estudio en pacientes posmenopáusicas. **Rev. Chil. Obstet. Ginecol.**, v.74, n. 3, p. 135 – 142, 2009.
- ALKHASAWNEH, I.M. Knowledge and practice of breast cancer screening among Jordaian nurses. **Oncol. Nurs. Forum**, v.34, n.6, p.1211-1217, 2007.
- ALLEN, J. D.; SHELTON, R. C.; HARDEN, E.; GOLDMAN, R. E. Follow-up of abnormal screening mammograms among low-income ethnically diverse women: findings from a qualitative study. **Patient Educ. Couns.**, v. 72, p. 283-292, 2008.
- ALVES, A.S.; LOPES, M.H.B.M. Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.61, n.1, p.11-17, 2008.
- ALVES, V.S. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, v.9, n. 16, p. 39-52, 2005.
- ALVIM, N.A.T.; FERREIRA, M.A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a Enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.16, n.2, p.315-319, abr./jun. 2007.
- AMENDOLA, L.C.B.; VIERA, R. A contribuição dos genes BRCA na predisposição hereditária ao câncer de mama. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 51, n. 4, p. 325-330, 2005.
- AMORIM, V.M.S.L.; BARROS, M.B.A; CÉSAR, C.L.G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Fatores associados a não realização da mamografia e do exame clínico das mamas: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.11, p. 2623-2632, nov. 2008.
- ANDERSON, B.; CHENG-HAR, Y.; RAMSEY, S.; BENGGOA, R.; et al. El cáncer de mama en los países con recursos limitados: sistemas de atención de salud y políticas públicas. **Breast J.**, v.13, Supl. 1, p. 62-82, 2007.
- ANGARITA, F.A.; ACUÑA, S.A. Cáncer de seno: de la epidemiología al tratamiento. **Univ. Méd. Bogotá (Colombia)**, v.49, n.3, p. 344-372, jul./sept. 2008.
- AQUINO, L.C.M.; ANDRADE, F.H.F.M.; GÓES, C.A.M.; RIBEIRO, E.M. Aspectos genéticos do câncer de mama hereditário. **Rev. Soc. Bras. Câncer**, v.8, p. 44-48, 2005.

ARRIAGADA, R.; LÊ, M.G.; CONTESSO, G.; GUINEBRETIERE, J.M.; ROCHARD, F.; SPIELMANN, M. Predictive factors for local recurrence in 2006 patients with surgically resected small breast cancer. **Ann. Oncol.**, v.13, n. 9, p.1404-1413, 2006.

AVIS, N. E.; CRAWFORD, S.; MANUEL, J. Quality of life among younger women with breast cancer. **J. Clin. Oncol.**, v. 23, n. 15, p. 3322-3330, 2005.

AZEVEDO, A. C.; KOCH, H. A.; CANELLA, E. O. Auditoria em centro de diagnóstico mamário para detecção precoce de câncer de mama. **Radiol. Bras.**, v. 38, n. 6, nov./dez. 2005.

BAGNATO, M.H.S.; MISSIO, L.; RENOVATO, R.D.; BASSINELLO, G.P.H. Práticas educativas em saúde: da fundamentação à construção de uma disciplina curricular. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 13, n. 3, p. 651-656, 2009.

BARCELOS, A. M. C.; GOMES, A. O.; LACERDA, F. C. A. A importância da comunicação não-verbal na prática de enfermagem em terapia intensiva. **Rev. Enfermagem Atual**, ano 3, n. 14, p. 33-40, mar./abr. 2003.

BARRET, K.; LEGG, J. Demographic and health factors associated with mammography utilization. **Am. J. Health Promot.**, v.19, p. 401-405, 2005.

BARROSO, M. G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. de V. **Educação em saúde no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003.

BARTH, R.J.; GIBSON, G.R.; CARNEY, P.A., et al. Detection of breast cancer on screening mammography allows patients to be treated with less-toxic therapy. **AJR**, v.184, p. 324-329, 2005.

BAUZA, C.; CELIZ, O. **Obesidad: causas, consecuencias y tratamiento**. 1. ed. Córdoba, Argentina: El Emporio Ediciones, 2005.

BEABER, E.F.; HOLT, V.L.; MALONE, K.E.; PORTER, P.L.; DALING, J.R.; LI, C.I. Reproductive factors, age at maximum height, and risk of three histologic types of breast cancer. **Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.**, v.17, p. 3427-3434, 2008.

BELO, M.A.V.; SILVA, J.L.P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Rev. Saúde Pública**, v.38, n.4, p.479-487, 2004.

BENVENISTE, A.P.A.; FERREIRA, A.H.P.G.; AGUILLAR, V.L.N. Dupla leitura no rastreamento mamográfico. **Radiol. Bras.**, v.39, p. 85-89, 2006.

BERGMANN, A.; MATTOS, I. E.; KOIFMAN, R. J. Diagnóstico do Linfedema: Análise dos Métodos empregados na Avaliação do Membro Superior após linfadenectomia axilar para Tratamento do Câncer de mama. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 50 , n. 4, p. 311-320, 2004.

BERNSTEIN, A. Emerging patterns in overweight and obesity in Ecuador. **Rev. Panam. Salud Pública**, v.24, n.1, p. 71-74, 2008.

BESERRA, E.P.; PINHEIRO, P.N.C.; BARROSO, M.G.T.; Ação educativa do enfermeiro na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis: uma investigação a partir das adolescentes. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 12, n. 3, p. 522-528, 2008.

BIM, C.R.; PELLOSO, S.M.; CARVALHO, M.D.B.; PREVIDELLI, I.T.S. Diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino em mulheres do município de Guarapuava, PR, Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.44, n.4, p. 940-946, 2010.

BOBO, J. K.; LEE, N. C.; THAMES, S. F. Findings from 752,081 clinical breast examinations reported to a National Screening Program from 1995 through 1998. **J. Natl. Cancer Inst.**, v. 92, n.12, p. 971-976, 2000.

BORGHESAN, D. H. P.; BARAUNA, M.; PELLOSO, S. M. Auto-exame das mamas: conhecimento dos profissionais da área da saúde de uma instituição pública. **Acta Sci. Health Sci.**, Maringá, v. 25, n. 1, p. 103-113, jan./jun. 2003.

BORGHESAN, D.H.; PELLOSO, S.M.; CARVALHO, M.D.B. Câncer de mama e fatores associados. **Cienc. Cuidado Saude**, v. 7, Supl. 1, p. 62-68, 2008.

BOYLE, P. Breast cancer control: signs of progress, but more work required. **Breast**, v.14, p. 429-438, 2007.

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

_____. **Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama**. Brasília, DF, 2006a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

_____. **Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa**. Brasília, DF, 1996.

_____. **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, DF, 2001.

_____. **Painel de indicadores do SUS nº 2**. Brasília, DF, 2006b. (Temático Saúde da Mulher, v.1).

BREAST HEALTH GLOBAL INITIATIVE. Guidelines for International Breast Health and Cancer Control – Implementation. **Cancer**, v.113, supl. 8, p. 2215-2371, 2008.

BRITO, C.; PORTELA, M.C.; VASCONCELLOS, M.T.L. Assistência oncológica pelo SUS a mulheres com câncer de mama no Estado do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.6, p. 874-881, 2005.

BULLIARD, J. L.; DUCROS, C.; JEMELIN, C.; ARZEL, B.; FIORETTA, G.; LEVI, F. Effectiveness of organised versus opportunistic mammography screening. **Ann. Oncol.**, v.20, n.7, p.1199-1202, 2009.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CALEFF, M.; RIBEIRO, R.A.; DUARTE FILHO, D.L.; ASHTON-PROLLA, P.; BEDIN, A.J.; SKONIESKI, G.P., et al. A model to optimize public health care and downstage breast cancer in limited-resource populations in southern Brazil. (Porto Alegre Breast Health Intervention Cohort). **BMC Public Health**, v.9, p. 83, 2009.

CAMAYO, J. R. Lactancia materna y cáncer de mama: un estudio caso-control en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima-Perú. **An. Fac. Med.**, v.69, n.1, p. 22-28, 2008.

CASEY, D. Findings from non-participant observational data concerning health promotion nursing practice in the acute hospital setting focusing on generalist nurses. **J. Clin. Nurs.**, v.16, n.3, p.580-592, 2007.

CASEY, D. Nurse's perceptions, understanding and experiences of health promotion. _____. In: **Health promotion in hospitals: evidence and quality Management**. Geneva: WHO, 2005.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Healthy people 2010**. Disponível em: <<http://www.healthypeople.gov>>. Acesso em: 13 jan. 2012.

CHAGPAR, A.B.; MCMASTERS, K.M. Trends in mammography and clinical breast examination: a population-based study. **J. Surg. Res.**, v.140, p. 214-219, 2007.

CHARRY, L.C.; CARRASQUILLA, G.; ROCA, S. Equidad en la Detección del Cáncer de Seno en Colombia. **Rev. Saúde Pública**, v.10, n.4, p. 571-582, 2008.

CHIA, K. S.; DU, W. B.; SANKARANARAYANAN, R.; SANKILA, R.; WANG, H.; LEE, J. et al. Do younger female breast cancer patients have a poorer prognosis? Results from a population-based survival analysis. **Int. J. Cancer**, v.108, n.5, p.761-765, 2004.

CHIESA, A.M.; FRACOLLI, L.A.; VERÍSSIMO, M.R.; ZOBOLI, E.L.C.P.; ÁVILAS, L.K.; OLIVEIRA, A.A.P. A construção de tecnologias de atenção em saúde com base na promoção da saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. esp. 2, p.1352-1357, 2009. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 22 mar. 2010.

CHOI, Y.J.; LEE, K.J. Evidence-based nursing: effects of a structured nursing program for the health promotion of korean women with hwa-byung. **Arch. Psychiatr. Nurs.**, v. 21, n.1, p. 12-16, 2007.

CHUA, M. S. T.; MOK, T. S.; KWAN, W. H.; YEO, W.; ZEE, B. Knowledge, perceptions, and attitudes of Hong Kong Chinese women on screening mammography and early breast cancer anagement. **Breast J.**, v. 11, n. 1, p. 52-56, 2005.

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

CLAGNAN, W. S.; ANDRADE, J. M.; CARRARA, H. H. A.; TIEZZI, D. G.; REIS, F. J. C.; MARANA, H. R. C; ABRÃO, R. A. Idade como fator independente de prognóstico no câncer de mama. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 30, n. 2, fev. 2008.

COLLEONI, M.; ROTMENSZ, N.; ROBERTSON, C.; ORLANDO, L.; VIALE, G.; RENNE, G. et al. Very young women (<35 years) with operable breast cancer: features of disease at presentation. **Ann. Oncol.**, v.13, n.2, p.273-279, 2002.

COLLUCCI, C. Câncer de mama quintuplica entre jovens. **Folha de São Paulo**, São Paulo, ago. 2006. Caderno Ciência.

conhecimento dos acadêmicos de uma universidade. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 102-106, jan./mar. 2009.

CRUZ, A. L. H.; CHUNG, W.; HUH, J.; BLAS, L. A.; CRUZ, L. A.; HUBBELL, F. A.; WENZEL, L. Breast cancer screening among Chamorro women in California. **Cancer Detect. Prev.**, v. 32, Suppl. 1, p. S16-S22, 2008.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.

DAVID, M.M.; KO, L.; PRUDENT, N.; GREEN, E.H.; POSNER, M.A.; FREUND, K.M. Mammography use. **J. Natl. Med. Assoc.**, v.97, p. 253-261, 2005.

DAVIS, C.; WILLIAMS, P.; REDMAN, S.; WHITE, K.; KING, E. Assessing the Practical and Psychosocial Needs of Rural Women with Early Breast Cancer in Australia. **Soc. Work Health Care**, v. 36, n. 3, 2003.

DIAS-DA-COSTA, J. S.; OLINTO, M. T. A.; BASSANI, D.; MARCHIONATTI, C. R. E.; BAIRROS, F.S.; OLIVEIRA, M. L. P.; HARTMANN, M.; GABARDO, R. M.; BENNEMANN, V.; PATTUSSI, M. P. Desigualdades na realização do exame clínico de mama em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 7, jul. 2007.

DIAS-DA-COSTA, J.S.; OLINTO, M.T.A.; GIGANTE, D.P.; MENEZES, A.M.B.; MACEDO, S.; FUCHS, S.C. Cobertura do exame físico de mama: estudo de base populacional em Pelotas, RS. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.6, p. 39-48, 2003.

DINGER, J.; BARDENHEUER, K.; MOEHNER, S. **Breast cancer risk associated with the use of levonorgestrel-containing intrauterine devices compared to copper intrauterine devices**. Berlin: Berlin Center for Epidemiology and Health Research, 2010.

DONNELLY, T.T. Challenges in providing breast and cervical cancer screening services to Vietnamese Canadian women: the healthcare providers' perspective. **Nursing Inquiry**, v. 15, p. 158-168, 2008.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 3: Métodos mistos e múltiplos. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 15, n. 5, p. 5-10, 2007.

DUFFY, S.W.; SMITH, R.A.; GABE, R.; TABAR, L.; YEN, A.M.; CHEN, T.H. Screening for breast cancer. **Surg. Oncol. Clin. N. Am.**, v. 14, p. 671-697, 2005.

DUMITRESCU, R.G.; COTARLA, I. Understanding breast cancer risk - where do we stand in 2005? **J. Cell Mol. Med.**, v.9, p. 208-221, 2005.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 13, n. 5, p. 754-757, 2005.

FEIG, S.A. Auditing and benchmarks in screening and diagnostic mammography. **Radiol. Clin. N. Am.**, v.45, p. 791-800, 2007.

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

FERNANDES, R.A.Q.; NARCHI, N.Z. Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente sobre os exames de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 48, n. 2, p.223-230, 2002.

FIALHO, A.N.M.; SILVA, R.M. Câncer de mama: o pensar e o fazer das mulheres. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, DF, v. 57, n. 2, p.157-160, 2004.

FIGUEIREDO, M.F.S.; RODRIGUES-NETO, J.F.; LEITE, M.T.S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v.63, n.1, p. 117-121, 2010.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 23. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 24. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1987.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 19. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

FREIRE, P.; SHOR, I. **Medo e ousadia: o cotidiano do professor**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

FRENK, J. Sensibilización, detección temprana y combate a los prejuicios. Claves en la lucha contra el cáncer de mama. **Salud Pública Méx.**, v.51, supl. 2, 2009.

FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO. **Relatório mutirões de mamografias no Estado de São Paulo**. São Paulo, 2009.

GAMARRA, C.; PAZ, E.P.A.; GRIEP, R.H. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou entre mulheres argentinas. **Rev. Saúde Pública**, v.39; n.2, p. 270-276, 2005.

GAMBA, M. A.; GOTLIEB, L. D.; BERGAMASCHI, D. P.; VIANNA, L. A. C. Amputações de extremidades inferiores por diabetes mellitus: estudo caso-controle. **Rev. Saúde Pública**, n. 38, v. 3, p. 399-404, 2004.

GARICOHEA, B.; MORELLE, A.; ANDRIGHETTI, A.E.; CANCELLA, A.; BÓS, A.; WERUTSKY, G. Idade como fator prognóstico no câncer de mama em estágio inicial. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.2, abr. 2009.

GELDER, R.; BULLIARD, J.L.; WOLF, C.; FRACHEBOUD, J.; DRAISMA, G.; SCHOPPER, D. et al. Cost-effectiveness of opportunistic versus organised mammography screening in Switzerland. **Eur. J. Cancer**, v.45, n.1, p.127-138, 2009.

- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- GÓMEZ-DANTÉS, O.; GÓMEZ-JÁUREGUI, J.; INCLÁN, C. La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud. **Salud Pública Mex.**, v.46, p. 99-416, 2004.
- GONÇALVES, C. V.; DIAS-DA-COSTA, J. S.; DUARTE, G.; MARCOLIN, A. C.; GARLET, G.; SAKAI, A. F.; BIANCHI, M. S. Exame clínico das mamas em consultas de pré-natal: análise da cobertura e de fatores associados em município do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 8, ago. 2008.
- 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. Fatores de risco para câncer de mama em mulheres assistidas em ambulatório de oncologia. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p. 468-472, jul./set. 2010.
- GONZÁLEZ, P.M. Estudio por imagenes en pacientes con alto riesgo de cancer mamario. **Rev. Chil. Radiol.**, v.14, n.3, p.144-150, 2008.
- GORIN, S.S.; ASHFORD, A.R.; LANTIGUA, R.; DESAI, M.; TROXEL, A.; GEMSON, D. Implementing academic detailing for breast cancer screening in underserved communities. **Implement. Sci.**, v. 43, n. 2, p. 1-6, 2007.
- GUERRA, M.R.; MENDONÇA, G.A.S.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M.T.; CINTRA, J.R.D.; CARVALHO, L.M.; MAGALHÃES, L.M.P.V. Sobrevida de cinco anos e fatores prognósticos em coorte de pacientes com câncer de mama assistidas em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.11, p. 2455-2466, nov. 2009.
- HALASKA, M.; ROB, L.; STRNAD, P.; STANKUSOVÁ, H.; KOMÁR, M.; SUCHOVÁ, K. et al. A set of patients with breast cancer associated with pregnancy. **Ceska Gynekol.**, v.72, p. 203-206, 2007.
- HOWZE, E.H.; AULD, M. E.; WOODHOUSE, L. D.; GERSHICK, J.; LIVINGOOD, W. C. Building health promotion capacity in developing countries: strategies from 60 years of experience in the United States. **Health Educ. Behav.**, v. 36, n.3, p. 476-482, 2009.
- HUO, D.; ADEBAMOWO, C.A.; OGUNDIRAN, T.O.; AKANG, E.E.; CAMPBELL, O; ADENIPEKUN, A. et al. Parity and breastfeeding are protective against breast cancer in Nigerian women. **Br. J. Cancer**, v. 98, p. 992-996, 2008.
- INAGAKI, A.D.M.; PRUDENTE, L.R.; GONÇALVES, L.L.C.; ABUD, A.C.F.; DALTRO, A.S.T. Prática para detecção precoce do câncer de mama entre docentes de uma universidade. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p. 388-391, jul./set. 2008.
- INCA. **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2012 Disponível em:<<http://www.inca.org.br>>. Acesso em: 24 jan. 2012.
- _____. **Fatores de risco para o câncer de mama**. Disponível em:<<http://www.inca.gov.br/fatorderisco/2010>>. Acesso em: 24 jan. 2012.

_____. **Plano de ação para o controle dos cânceres do colo do útero e da mama 2005-2007**. Brasília, DF, 2005.

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, jul. 2011.

JEMAL, A.; SIEGEL, R.; WARD, E.; HAO, Y.; XU, J.; MURRAY, T.; et al. Cancer statistics, 2008. **CA Cancer J. Clin.**, v.58, n.2, p.71-96, 2008.

JODELET, D. Culture et pratiques de santé. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 16, p. 427-439, 2008.

JOVENTINO, E.S.; FREITAS, L.V.; ROGERIO, R.F.; LIMA, T.M.; DIAS, L.M.D.; XIMENES, L.B. Jogo da memória como estratégia educativa para prevenção de enteroparasitoses: relato de experiência. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 141-148, abr./jun. 2009.

KALIYAPERUMA, L.K. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. **AECS Illumination**, v.4, n.1, p.7-9, 2004.

KAMANGAR, F.; DORES, G. M.; ANDERSON, W. F. Patterns of cancer incidence, mortality and prevalence across five continents: defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the world. **J. Clin. Oncol.**, v. 24, p. 2137-2150, 2005.

KEMP, C.; ELIAS, S.; GEBRIM, L.H.; NAZÁRIO, A.C.P.; BARACAT, E.C.; LIMA, G.R. Estimativa de custo do rastreamento mamográfico em mulheres no climatério. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.27, p. 415-420, 2005

KLIGERMAN, J. Fundamentos para uma política nacional de prevenção e controle do câncer. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 48, n. 1, p. 3-7, 2002.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

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

LAZCANO-PONCE, E.; ROMIEU, I.; PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de Bioestatística**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

LEONELLO, V.M.; OLIVEIRA, M.A.C. Construindo competências para ação educativa da enfermeira na atenção básica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, Dec. 2007.

LIMA, A.L.P.; ROLIM, N.C.O.P.; GAMA, M.E.A.; PESTANA, A.L.; SILVA, E.L.; CUNHA, C.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.1433-1439, jul. 2011.

LIMA-COSTA, M.F.; MATOS, D.L. Prevalência e fatores associados à realização da mamografia na faixa etária de 50-69 anos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2003). **Cad. Saude Publica**, v.23, n.7, p. 1665-173, 2007.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

LOUWMAN, W.J.; VULTO, J.C.M.; VERHOEVEN, R.H.A.; NIEUWENHUIJZEN, G. A.; COEBERGH, J. W.; VOOGD, A. C. Clinical epidemiology of breast cancer in the elderly. **Eur. J. Cancer**, v.43, p. 2242-2252, 2007.

LYNCH, H. T.; SNYDER, C. L.; RILEY, B. D.; RUBINSTEIN, W. S. Hereditary breast-ovarian cancer at the bedside: role of the medical oncologist. **J Clin Oncol.**, v.21, p.740-753, 2003.

MACHADO, J.M.N.; PORTO, M.P.S. Promoção da Saúde e intersetorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.12, n. 3, p.121-130, 2003.

MAKLUF, A.S.D.; DIAS, R.C.; BARRA, A.D.A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. **Rev. Bras. Cancerol.**, v.52, p. 49-58, 2006.

MARCHI, A.A.; GURGEL, M.S.C. Adesão ao rastreamento mamográfico oportunístico em serviços de saúde públicos e privados. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.32, p.191-197, 2010.

MARCHI, A.A.; GURGEL, M.S.C.; FONSECHI-CARVASAN, G.A. Rastreamento mamográfico do câncer de mama em serviços de saúde públicos e privados. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.28, n.4, p. 214-219, 2006.

MARCONATO, R.R.F.; SOÁREZ, P.C.; CICONELLI, R.M. Custos dos mutirões de mamografia de 2005 e 2006 na Direção Regional de Saúde de Marília, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.8, p. 1529-1536, ago. 2011.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

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.

MATOS, J.C.; CARVALHO, M.D.B.; PELLOSO, S.M.; UCHIMURA, T.T.; MATHIAS, T.A.F. Mortalidade por câncer de mama em mulheres do município de Maringá, Paraná, Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.30, n.3, p. 445-452, set. 2009.

MATOS, J.C.; PELLOSO, S.M.; CARVALHO, M.D.B. Prevalência de fatores de risco para o câncer de mama no município de Maringá, Paraná. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v.18, n.3, p. 8, maio/jun. 2010.

MEISSNER, H. I.; BREEN, N.; TAUBMAN, M. L.; VERNON, S. W.; GRAUBARD, B. I. Which women aren't getting mammograms and why? **Cancer Causes Control.**, v.18, n.1, p. 61-70, 2007.

MENKE, H. **Rotinas em mastologia**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

MIYAR, L. O. Impacto de un programa de promoción de la salud aplicado por enfermería a pacientes diabéticos tipo 2 en la comunidad. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 11, n. 6, p. 713-719, 2003.

MOLINA, E.C. Estilo de vida para prevenir el cáncer de mama. **Hacia Promoción Salud**, v.11, p.11-19, 2006.

MOLINA, L.; DALBEN, I.; LUCA, L.A. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas da mama. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 49, n. 2, p. 185-190, 2003.

MOSS, S.M.; CUCKLE, H.; EVANS, A.; JOHNS, L.; WALTER, M.; BOBROW, L. Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality at 10 years follow-up: a randomized controlled trial. **Lancet**, v.368, p. 2053-2060, 2006.

NAHAS, E.A.P.; LINDSEY, S.C.; UEMURA, G.; NAHAS-NETO, J.; DALBEN, I.; VESPOLI, H.L.; et al. Influência da terapêutica hormonal prévia sobre os indicadores de prognóstico do câncer de mama em mulheres na pós-menopausa. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.7, n.3, p. 112-117, mar. 2005.

NIGENDA, G.; CABALLERO, M.; GONZÁLEZ-ROBLEDO, L.M. Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. **Salud Pública Méx.**, v.51, supl. 2, 2009.

NKONDJOCK, A.; GHADIRIAN, P. Risk factors and risk reduction of breast cancer. **Med. Sci. (Paris)**, v.21, p. 175-180, 2005.

NOVAES, H. M. D.; BRAGA, P. E.; SCHOUT, D. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003. **Cienc. Saude Coletiva**, v.11, n 4, p. 1023-1035, 2006.

OLAYA-CONTRERAS, P.; PIERRE, B.; LAZCANO-PONCE, E.; VILLAMIL-RODRIGUES, J.; POSSO-VALENCIA, H.J. Factores de Riesgo reproductivo asociados AL cáncer mamário, em mujeres colombianas. **Rev. Saúde Pública**, v.33, n.3, p. 237-245, 1999.

OLIVEIRA, M.S.; FERNADES, A.F.C.; SAWADA, N.O. Manual Educativo para o Autocuidado da Mulher Mastectomizada: um estudo de validação. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n.1, p.115-23; Jan-Mar, 2008.

OLIVEIRA, M.S. Promoção da Saúde da Mulher Mastectomizada: Avaliação de Estratégia Educativa [Tese]. Fortaleza (CE): UFC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2009.

OMS. **Control integral del cáncer de mama**: guía de prácticas esenciales, 2007.

ORTIZ-RODRÍGUEZ, S.P.; TORRES-MEJÍA, G.; MAINERO-RATCHELOUS, F.; ÁNGELES-LLERENAS, A.; LÓPEZ-CAUDANA, A.E. Actividad física y riesgo de cáncer de mama en mujeres mexicanas. **Salud Pública Méx.**, v.50, n.2, mar./abr. 2008.

PAIM, J.S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: ANVISA. **Seminários temáticos permanentes**. Brasília, 2001.

PAIVA, C. E.; RIBEIRO, B. S.; GODINHO, A. A.; MEIRELLES, R. S. P.; SILVA, E. V. G.; MARQUES, G. D; ROSSINI JÚNIOR, O. Fatores de risco para câncer de mama em Juiz de Fora (MG): um estudo caso-controle. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 48, n. 2, p. 231-237, 2002.

PAUL, P. A dimensão ética na educação para a saúde. **Saúde Soc.**, v. 14. n. 1 p. 30-40, jan./abr. 2005.

PERES, R.S.; SANTOS, M.A. Câncer de mama, pobreza e saúde mental: resposta emocional à doença em mulheres de camadas populares. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v.15, n. esp., set./out. 2007.

PINHO, V. F. S.; COUTINHO, E. S. F. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 5, maio 2007.

PINHO, V.F.S.; COUTINHO, E.S.F. Risk factors for breast cancer: a systematic review of studies with female samples among the general population in Brazil. **Cad. Saude Publica**, v.21, p.351-360, 2005.

PIRHARDT, C.R.; MERCÊS, N.N.A. Fatores de risco para câncer de mama: nível de POBLANO-VERÁSTEGUI, O.; FIGUEROA-PEREA, J.G.; LÓPEZ-CARRILLO, L. Condicionantes institucionales que influyen en la utilización del examen clínico de mama. **Salud Pública Méx.**, v. 46, n. 4, jul./ago. 2004.

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.

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

PORTER, P. “Westernizing” women’s risks? Breast cancer in lower-income countries. **N. Engl. J. Med.**, v.358, n.3, p. 213-216, 2008.

REA, M.F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **J. Pediatr.**, v.80, n. 5, p. 142-146, 2004.

RÊGO, M. A. V. Aspectos históricos dos estudos caso-controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 1017-1024, jul./ago. 2001.

SABBI, A.R. **Salvando a sua mama: informações para as mulheres**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 3. ed. São Paulo: McGraw – Hill, 2006.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. O GAIS no Encontro Internacional sobre rastreamento de câncer de mama. **Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde**, n. 2, p. 1-5, 2009.

SASLOW, D.; HANNAN, J.; OSUCH, J., et al. Clinical breast examination: Practical recommendations for optimizing performance and reporting. **CA Cancer J. Clin.**, v. 54, p. 327-344, 2004.

SCAPINELLI, A.; OLIVEIRA, V.M.; TAKAGI, M.M.; ALDRIGHI, J.M. Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel e risco de câncer de mama. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.56, n.6, p. 615-637, 2010.

SCLOWITZ, M. L.; MENEZES A. M. B.; GIGANTE, D. P.; TESSARO, S. Conduas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n.3, jun. 2005

SENNA, M.C.M.; MELLO, A.L.R.; BODSTEIN, R. A estratégia da saúde da família no Dismanguinhos. In: ZANCAN, L.; BODSTEIN, R.; MARCONDES, W.B. **Promoção da saúde como caminho para desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos – RJ**. Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ, 2002.

SERRA, I.C.; MARTÍNEZ R.R.; MIMICA X.S.; AGUAYO, CS. Es posible disminuir la mortalidad por câncer de mama en Chile? Análisis epidemiológico y programático en la Región Metropolitana, 2000-2007. **Rev. Chil. Cir.**, v. 62, n.4, p. 339-347, ago. 2010.

SHEN, Y.; PARMIGIANI, G. A model-based comparison of breast cancer screening strategies: mammograms and clinical breast examinations. **Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.**, v.14, p. 529-532, 2005.

SILVA, A.P. **Ações básicas de detecção precoce e fatores de risco para o câncer de mama em mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde da família de Fortaleza-Ceará**. 2008. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

SILVA, A.P.S.; OLIVEIRA, M.S.; SOUSA, F.S.; FERNANDES, A.F.C.; BEZERRA, A.K.P. Promoção da Saúde nas Políticas Públicas Direcionadas ao Câncer de Mama. **Cienc Cuid Saude**, v.10, n.2, p.389-394, abr/jun, 2011.

SILVA, E.P.; PELLOSO, S.M.; CARVALHO, M.D.B.; TOLEDO, M.J.O. Exploração de fatores de risco para câncer de mama em mulheres de etnia Kaingáng, Terra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil, 2008. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1493-1500, jul. 2009.

SILVA, R.M.; SANCHES, M.B.; RIBEIRO, N.L.R.; CUNHA, F.M.AM.; RODRIGUES, M.S.P. Realização do auto-exame das mamas por profissionais de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.43, n. 4, p. 902-908, 2009.

SIMONCINI, T.; GENAZZANI, A.R.; SITRUK-WARE, R.; GARIBALDI, S.; BALDACCI, C.; SANCHES, A.M. et al. Comparative actions of progesterone, medroxyprogesterone acetate, drospirenone and nesterone on breast cancer cell migration and invasion. **BMC Cancer**, v.8, p. 166, 2008.

SMITH, R.A.; COKKINIDES, V.; BRAWLEY, O.W. Cancer screening in the United States, 2009: a review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening. **CA Cancer J. Clin.**, v. 59, n.1, p. 27-41, 2009.

SNYDER, L. A.; WALLERSTEDT, D.B.; LAHL, L.L.; NEHREBECKY, M.E.; SOBALLE, P.W.; KLEIN, P.M. Development of the breast cancer education and risk assessment program. **Oncol. Nurs. Forum**, v. 30, n. 5, p. 803-808, 2003.

SUNDQUIST, M.; THORSTENSON, S.; BRUDIN, L.; WINGREN, S.; NORDENSKJÖLD, B. Incidence and prognosis in early onset breast cancer. **Breast**, v. 11, n. 1, p. 30-35, 2002.

TAVARES, C. M. A.; PRADO, M. L. Pesquisando a prevenção do câncer ginecológico em Santa Catarina. **Texto Contexto Enferm.**, v. 15, n. 4, out./dez. 2006.

TESSARO, S.; BERIA, J.U.; TOMASI, E.; BARROS, A.J.D. Contraceptivos orais e câncer de mama: estudo de casos e controles. **Rev. Saude Publica**, v.35, n.1, p. 35-38, 2001.

THOMAS, D.B.; GAO, D.L.; RAY, R.M., et al. Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results. **J. Natl. Cancer Inst.**, v.94, p. 1445-1457, 2002.

THULER, L. C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 49, n. 4, p. 227-238, 2003.

TIEZZI, D.G. Epidemiologia do câncer de mama. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.31, n.5, 2009.

TORRES-MEJÍA, G.; ÁNGELES-LLERENAS, A. Factores reproductivos y cáncer de mama: principales hallazgos en América Latina y el mundo. **Salud Pública Méx.**, v.51, supl. 2, 2009.

TRANS- HHS CANCER HEALTH DISPARITIES PROGRESS REVIEW GROUP. **Making cancer health disparities history**. [S.l.]: U.S. Department of Health and Human Services, 2004. Disponível em:<<http://www.hhs.gov/chdprg/pdf/chdprg.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2012.

VERONESI, U.; BOYLE, P.; GOLDBIRSCHE, A.; ORECCHIA, R.; VIALE, G. Breast cancer. **Lancet**, v.365, p. 1727-1741, 2005.

VIACAVA, F.; SOUZA-JUNIOR, P.R.B.; MOREIRA, R.S. Estimativas da cobertura de mamografia segundo inquéritos de saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, Suppl. 2, p. 117-125, 2009.

VIEIRA, S.C.; COELHO, F.R.G.; MOURÃO NETO M. Risco de câncer de mama e endométrio em vigência de reposição hormonal na pós-menopausa: um problema para ginecologista e cancerologistas. **Acta Onco. Bras.**, v.20, p. 32-37, 2000.

WALL, M. L. **Tecnologias educativas**: subsídios para a assistência de enfermagem a grupos. Goiânia: AB, 2001.

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

WALTNER-TOEWS, D. **The end of medicine**: the beginning of health. **Futures**, v. 32, n. 7, p. 665-667, 2000.

WORLD CANCER RESEARCH FUND; AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH. **Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective.** Washington, DC: American Institute for Cancer Research, 2007.

WHITEHEAD, D. Health promotion in the practice setting: findings from a review of clinical issues. **Worldviews Evid. Based Nurs.**, v. 3, n. 4, p.165-184, 2006.

WIESNER, C. Determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama en Bogotá, Colombia. **Rev. Col. Cancerol.**, v.11, n.1, p.13-22, 2007.

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

APÊNDICE A

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

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

As enfermeiras Mariza Silva de Oliveira e Ana Fátima Carvalho Fernandes, vêm por meio desta formalizar o consentimento para a utilização e adaptação dos formulários criados e utilizados na dissertação de Mestrado da aluna Mariza Silva de Oliveira intitulada em “Autocuidado da mulher na reabilitação da mastectomia: um estudo de validação de aparência e de conteúdo de uma tecnologia educativa”.

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, 25 de maio de 2010.

Mariza Silva de Oliveira

Ana Fátima Carvalho Fernandes

APÊNDICE B
INQUÉRITO CAP SOBRE OS EXAMES DE DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER
DE MAMA (EXAME CLÍNICO E MAMOGRAFIA)

DIA DA COLETA: ____ / ____ / ____

Dia da Semana _____

Profissional: _____

Endereço: _____

Ponto de referência: _____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Idade: _____

Estado civil: () 1- Com companheiro 2- Sem companheiro

Escolaridade: _____ (tempo de estudo).

Ocupação: _____

Renda familiar: _____ (reais)

Religião: _____

2. HISTÓRICO PESSOAL E FAMILIAR

Idade da Menarca: _____

Idade da Menopausa: _____

J á ficou grávida:

Não () Sim ()

Quantas vezes ficou grávida? _____

Se positivo, Idade da 1ª gestação _____

Amamentou? Sim () Não ()

Se positivo, Tempo de amamentação (MESES) _____

Uso de anticoncepcional oral: sim () não ()

Se positivo, Tempo de uso (MESES) _____

Você já teve alguma doença benigna da mama?

Sim () Não ()

Em caso de sim, qual? _____

Existem casos de câncer de mama na família?

Sim () Não ()

Em caso de sim qual o grau de parentesco? _____

Com que idade o parente apresentou o diagnóstico? _____

3. CONHECIMENTO SOBRE OS EXAMES DE DETECÇÃO PRECOCE

1. Você já ouviu falar em:

a) Exame clínico das mamas: 1. () Sim 2. () Não

b) Mamografia: 1. () Sim 2. () Não

2. Como deve ser realizado:

a) Exame clínico das mamas: () 1. Mensal; 2. Semestral; 3. Anual; 4. Outros

b) mamografia: () 1. Mensal; 2. Semestral; 3. Anual; 4. Bianual; 5. Outros

3. Você sabe para que serve estes exames? () 1. Detecção precoce do câncer de mama; 2. Não sabe; 3. Outra finalidade _____

4. ATITUDE SOBRE OS EXAMES DE DETECÇÃO PRECOCE

1. Você acha que deve realizar estes exames?

() 1 – Sim, ir para o item B () 2 – Não

2. B. Por que você acha necessário?

() 1 – Detecção precoce e/ou

() 2 – Prática de autocuidado e/ou

() 3 – Outro finalidade _____ () 4 – Não sabe

5. PRÁTICA EM RELAÇÃO AOS EXAMES DE DETECÇÃO PRECOCE

1. Você já realizou:

a) Exame clínico das mamas: 1. () Sim 2.() Não

Se não, Por que? _____

b) Mamografia:

1.() Sim 2.() Não

Se não, Por que? _____

2. Você realiza os exames com que periodicidade?

a) Exame clínico das mamas: () Semestral () Anual () Outros

b) Mamografia: () Anual () Bianual Outros _____

APÊNDICE C
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

Eu, Anna Paula Sousa da Silva, enfermeira, doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, estou convidando você para participar como voluntária de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

A pesquisa é intitulada: "Efeitos da aplicabilidade de um manual educativo para ações de detecção precoce do câncer de mama" e tem como objetivo analisar os efeitos da aplicação de um manual educativo relacionado aos exames de detecção precoce do câncer de mama. Não há nenhum tipo de risco para você. Será aplicado um formulário para saber seu conhecimento a respeito dos exames de detecção precoce do câncer de mama. Os benefícios desta pesquisa estão voltados para o controle do câncer de mama por meio da detecção precoce.

Você não receberá nenhum pagamento para participar da pesquisa. Asseguro que suas informações serão utilizadas apenas para a realização deste trabalho e que, se desejar, terá acesso às suas informações. Você tem liberdade de desistir do trabalho a qualquer momento, sem que isto acarrete problemas para você. Quando este trabalho for apresentado, seu nome não será exposto, nem será fornecida nenhuma informação que permita sua identificação. As informações mencionadas só serão divulgadas entre os profissionais estudiosos do assunto.

Endereço d(os,as) responsável(is) pela pesquisa:

Nome: Anna Paula Sousa da Silva

Instituição: Universidade Federal do Ceará.

Endereço: Travessa Luis Guimaraes, 42. Alvaro Weyne.

Telefones p/contato:8862.4757

ATENÇÃO: Para informar qualquer questionamento durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará

Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo

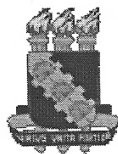
Telefone: 3366.8338

O abaixo-assinado, _____, ____ anos, RG nº _____ declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntária da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Fortaleza, ____/____/____

| | | |
|--|-------------|-------------------|
| | | |
| Nome do voluntário | Data | Assinatura |
| | | |
| Nome do pesquisador | Data | Assinatura |
| | | |
| Nome da Testemunha (se o voluntário não souber ler) | Data | Assinatura |
| | | |
| Nome do profissional que aplicou o TCLE | Data | Assinatura |
| | | |

ANEXO A



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 196/10

Fortaleza, 27 de agosto de 2010

Protocolo COMEPE nº 178/10

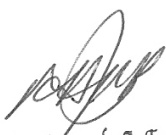
Pesquisador responsável: Ana Paula Sousa da Silva

Título do Projeto: “Efeitos da aplicabilidade de um manual educativo para ações de detecção precoce do câncer de mama”

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 26 de agosto de 2010.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,



Dr. Fernando A. Frota Bezerra
Coordenador do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC

ANEXO B



Prefeitura Municipal de Fortaleza

Processo 164745/2010 PMF
Abertura 15/12/2010 15:06:32
Origem PROT - Protocolo (SMS)
Assunto SOLICITAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA
Interessado UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA -
UFC
Obs ENC.PROJETO DE ANNA PAULA SOUSA DA
SILVA
Destino SMSE - Sistema Municipal de Saúde
Escolar (SMS)
Folha 1