



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

ANNA PAULA SOUSA DA SILVA

**AÇÕES BÁSICAS DE DETECÇÃO PRECOCE E FATORES DE RISCO PARA O
CÂNCER DE MAMA EM MULHERES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE DE FORTALEZA-CEARÁ.**

FORTALEZA

2008

ANNA PAULA SOUSA DA SILVA

AÇÕES BÁSICAS DE DETECÇÃO PRECOCE E FATORES DE RISCO PARA O
CÂNCER DE MAMA EM MULHERES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DE FORTALEZA-CEARÁ

Dissertação submetida ao Programa de Pós-
graduação em Enfermagem, da Universidade
Federal do Ceará, para a obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem

Orientador(a): Prof.(a) Dr. (a) Ana Fátima
Carvalho Fernandes.

FORTALEZA

2008

Ficha Catalográfica

S578a Silva, Anna Paula Sousa da

Ações básicas de detecção precoce e fatores de risco para o câncer de mama em mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde de Fortaleza-Ceará/ Anna Paula Sousa da Silva. – Fortaleza, 2008.

61.f.

Orientador(a): Prof. (a) Dr.(a) Ana Fátima Carvalho Fernandes

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem.

1. Neoplasias mamárias 2. Fatores de risco. 3. Diagnóstico 4. Enfermagem. I. Fernandes, Ana Fátima Carvalho (Orient.). II. Título.

CDD 616.99449

ANNA PAULA SOUSA DA SILVA

AÇÕES BÁSICAS DE DETECÇÃO PRECOCE E FATORES DE RISCO PARA O
CÂNCER DE MAMA EM MULHERES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DE FORTALEZA-CEARÁ

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 16/ 12 /2008.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes (orientador)
Universidade Federal do Ceará-UFC.

Prof. Dr. Francisco José Maia Pinto
Universidade Estadual do Ceará-UECE.

Prof. Dra. Raimunda Magalhães da Silva.
Universidade de Fortaleza-UNIFOR.

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

Aos meus amigos e irmãos, que sempre me
apoiaram e onde quer que estejam, tenho a
certeza de que estão compartilhando comigo esta
alegria.

AGRADECIMENTOS

A gratidão de quem ama não coloca limites para os gestos de ternura. A gratidão com amor não apenas aquece quem recebe, como reconforta quem oferece. Agradecer é uma atitude simples e enriquecedora que se revela na relação estabelecida entre as pessoas.

Sou Grata:

- ❖ 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;
- ❖ À minha mãe, Norma, pela doação de uma vida inteira, com companheirismo e apoio para que hoje eu pudesse chegar até aqui;
- ❖ Ao meu pai, Jaime, que sempre demonstrou admiração pelo meu trabalho, trazendo no brilho de seus olhos o orgulho por cada 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;
- ❖ Ao professor Maia Pinto, por sua simplicidade e companheirismo por ter me acolhido em um momento de muitas dúvidas e dificuldades, por ter doado parte de seu tempo, abrindo as portas do conhecimento estatístico e por ter me oferecido a maior prova de solidariedade nesta fase da minha vida. Serei eternamente grata;
- ❖ À CAPES pela concessão do fomento que possibilitou a realização deste estudo;
- ❖ Ao meu fiel aliado, Fernando, pelo apoio e por ter me feito acreditar que tudo daria certo;
- ❖ Aos meus amigos, em especial, Karla, Juliana, Danielle, Rebeca, Stélio, Mariza e Jaqueline, por terem segurado minha mão nos momentos em que achei que não conseguiria, por todas as vezes que escutaram minhas angústias e nos momentos de dúvidas me fizeram confiar que o melhor iria acontecer.
- ❖ Aos professores, Raimunda Magalhães, Marcos Venícios e Maia Pinto, por aceitarem participar desta banca, pelas críticas e sugestões que contribuíram para a dissertação.

Tenha sempre um sonho, e tente esquecer os dias nublados e sombrios, mas não se esqueça nunca das horas de sol, nem das tuas noites de estrelas...

Esqueça os momentos em que houve derrotas, mas nunca se esqueça das batalhas que já tenha ganhado...

Esqueça os erros que não pode evitar, mas não se esqueça das lições que tenha aprendido com eles, e nem o que eles possam ter lhe ensinado...

Esqueça os dias em que a tristeza lhe tenha batido em sua porta, mas nunca se esqueça dos sorrisos que tenha encontrado, e nem daqueles que ainda encontrará...

Esqueça os planos que lhe falharam, porém jamais deixe de sonhar...

Autor: Roger Martin du Gard

RESUMO

O câncer de mama tem se constituído 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 diagnóstico e tratamento. Objetivou-se neste estudo, avaliar ações de detecção precoce e fatores de risco para câncer de mama, em mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde, Fortaleza, Ceará. Realizou-se um estudo transversal, descritivo e analítico com abordagem quantitativa, sobre ações de detecção precoce e fatores de risco para câncer de mama. A pesquisa foi desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde da Família do município de Fortaleza-Ceará, no período de março a novembro de 2008. A população baseou-se na quantidade anual de atendimentos ginecológicos realizados pelos enfermeiros perfazendo um total de 1920. A amostra obtida foi de 320 mulheres. Utilizou-se como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada e como instrumento o formulário semi-estruturado. Usou-se para a análise, o teste qui-quadrado com o auxílio do SPSS versão 15.0, a fim de medir a associação de variáveis, ao nível de 5% de significância. Obtiveram-se os seguintes resultados: a idade média das mulheres entrevistadas foi de 37 anos; possuíam renda familiar inferior a um salário mínimo 139 (43,44%) delas; apresentaram escolaridade entre 11 e 15 anos de estudo, 192 (60%) do total; relataram primeiro episódio menstrual, com idade acima de doze anos, 206 (64,38%); apenas 64 (20%) haviam entrado na menopausa e 238 (74,38%) tiveram a primeira gestação, na faixa etária abaixo de 30 anos de idade; quanto à amamentação, 210 (65,63%) amamentaram seus filhos; constatou-se que 177 (55,31%) fazem uso anticoncepcional oral; tinham histórico familiar de câncer de mama, 71 (22,19%); declararam o hábito de fumar 62 (19,38%); afirmaram ingerir bebida alcoólica 89 (27,81%). Pôde-se inferir que 252 (78,75%) conhecem o AEM. O exame clínico das mamas é realizado em 246 (76,87%) das entrevistadas. Pode-se observar ainda que 46 (44,23%) relataram realizar o exame mamográfico anualmente. Constatou-se que o tempo de estudo influencia na prática do AEM. Porém, verificou-se a não existência de associação entre o tempo de estudo e a realização do ECM e o conhecimento da mamografia. Quanto à faixa de renda, houve associação desta variável somente com o conhecimento do AEM e com o da mamografia. Vale ressaltar, a partir dos resultados da pesquisa, que mesmo com a tecnologia desenvolvida nas últimas décadas para o controle do câncer de mama, não se podem desconsiderar os múltiplos fatores que compõem a etiologia desta neoplasia. Daí, a necessidade de uma maior efetividade na detecção do câncer de mama e reconhecimento precoce dos seus fatores de risco.

Palavras-chave: Neoplasias mamárias, Fatores de risco, Diagnóstico precoce; Enfermagem.

ABSTRACT

The breast cancer has been established as a serious public health problem, not only by the growing number of cases diagnosed each year, but also by the financial investment that is required for diagnosis and treatment. The objective of this study was to evaluate actions for early detection and risk factors for breast cancer in women at a Basic Health Unit, Fortaleza, Ceará. It was conducted a cross-sectional study, descriptive and analytical, with a quantitative approach, on shares of early detection and risk factors to the breast cancer. The research was developed in a Basic Unit of Family Health, Fortaleza, Ceará, in the period from March to November of 2008. The population was based on the amount of annual gynecological attendances made by nurses, for a total of 1920. The sample was 320 women. It was used as technique for data collection a semi-structured interview and as instrument, the semi-structured form. For the analysis was used the chi-square test with the aid of SPSS version 15.0 in order to measure the association of variables, at 5% level of significance. The following results were obtained: the average age of interviewed women was 37, had family income below a minimum wage 139 (43.44%) of them; studied between 11 and 15 years of study, 192 (60%) of the total; reported first episode menstrual, aged over twelve years, 206 (64.38%); only 64 (20%) had entered the menopause and 238 (74.38%) had their first pregnancy, aged below 30 years of age; on breastfeeding, 210 (65.63%) breastfed their children; it was found that 177 (55.31%) make use contraceptive oral; had family history of breast cancer, 71 (22.19 %); affirm the habit of smoking 62 (19.38%); said drink alcohol 89 (27.81%). It was inferred that 252 (78.75%) know the BSE. The Clinical examination of the breasts is performed by 246 (76.87%) of respondents. It was observed that 46 (44.23%) reported perform mammography annually. It was detected that the years of study influenced on practice of BSE. However, there was a lack of association between the time of study and implementation of BCE and knowledge of mammography. As the range of income, this variable was associated only with the knowledge of the BSE and the mammography. It is noteworthy from the results of the research, that even with the technology developed in recent decades for the control of breast cancer, can not ignore the many factors that make the etiology of this neoplasm. Hence the need for greater effectiveness in detecting breast cancer, and early recognition of its risk factors.

Keywords: Breast cancer, Risk factors, Early diagnosis; Nursing.

LISTA DE TABELAS

1	Características sociodemográficas das mulheres entrevistadas. Fortaleza – CE, 2008.....	24
2	Fatores de risco encontrados nas mulheres entrevistadas. Fortaleza – CE, 2008.....	28
3	Distribuição das entrevistadas de acordo com o conhecimento e realização do auto exame de mama. Fortaleza 2008.....	38
4	Associação do conhecimento do AEM com o tempo de estudo das participantes. Fortaleza 2008.....	41
5	Associação do conhecimento do AEM com a renda familiar das participantes. Fortaleza 2008.....	42
6	Distribuição entre o número de mulheres que realizam o ECM com a frequência de realização. Fortaleza 2008	43
7	Associação entre a realização do ECM com o tempo de estudo das participantes. Fortaleza 2008.....	46
8	Associação entre a realização do ECM com a renda familiar das participantes. Fortaleza 2008.....	47
9	Distribuição das entrevistadas de acordo com o conhecimento e realização da mamografia. Fortaleza 2008.....	48
10	Distribuição das entrevistadas de acordo com realização da mamografia e a frequência de realização. Fortaleza 2008.....	49
11	Associação do conhecimento da mamografia com o tempo de estudo das participantes. Fortaleza 2008.....	51
12	Associação do conhecimento da mamografia com o tempo de estudo das participantes. Fortaleza 2008.....	52

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS.....	14
2.1	Objetivo geral.....	14
2.2	Objetivos específicos.....	14
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
4	METODOLOGIA.....	20
4.1	Tipo de estudo.....	20
4.2	Local e período da pesquisa.....	21
4.3	Variáveis.....	21
4.4	População e amostra.....	22
4.5	Técnica e instrumento de coleta de dados.....	22
4.6	Técnica de análise dos dados.....	23
4.7	Aspectos éticos.....	23
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	24
5.1	Características sociodemográficas.....	24
5.2	Fatores de risco para o câncer de mama.....	27
5.3	Conhecimento e realização dos exames de detecção precoce do câncer de mama	37
6	CONCLUSÃO.....	53
	REFERÊNCIAS.....	56
	APÊNDICES.....	63

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, 2001).

O câncer, no Brasil, tem se constituído 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 (BRASIL, 2008).

Um dos problemas que mais abalam a mulher em todos os aspectos de sua vida é o diagnóstico de câncer de mama, sendo 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).

O câncer de mama assume atualmente a posição de principal tipo de neoplasia em incidência entre as mulheres em termos mundiais com chances em torno de 12,5% de desenvolvê-lo ao longo da vida.

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).

Estudo feito por Caplan e Haynes (1996) nos EUA 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. 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.

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 para o Brasil em 2008 é de 49.400, com um risco estimado de 51 casos a cada 100 mil mulheres. Para o Ceará, há uma estimativa de 1540 novos casos, sendo 640 destes para a capital, o que equivale às taxas brutas de 35,65/100.000 e 49,64/100.000, respectivamente (BRASIL, 2008).

Até o momento, o câncer de mama não tem uma causa conhecida. Segundo o INCA (2008) o que podemos considerar são alguns fatores que predis põem seu aparecimento, tais como: história familiar, especialmente de mãe e irmã acometidas antes da pré-menopausa; a idade, que constitui um 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 controvertido.

Estudos anteriores como o de Mendonça; Silva e Caula (2004) mostram que o número de casos novos aumenta cada vez mais e que a projeção desta incidência é ainda maior nos países em desenvolvimento, em relação aos países desenvolvidos. Isto é explicado, principalmente, devido à falta de programas de rastreamento adequados nestes países.

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).

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 precoce da doença (MOLINA; DALBEN & LUCA, 2003).

Entre as propostas de ação do Ministério da Saúde, o INCA tem implementado 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.

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).

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).

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.

Estudos demonstram que a detecção precoce, efetivamente, leva a uma maior sobrevivência das mulheres com câncer de mama (BRASIL, 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.

Segundo o documento de consenso atual, o auto-exame 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, 2006).

Isto, em termos de Brasil, é preocupante, tendo em vista que a grande maioria da população brasileira é formada por pessoas de nível socioeconômico, educacional e cultural extremamente baixo que, além da dificuldade em ter acesso a atendimento público, geralmente chegam a procurar ajuda especializada em estágios tardios da doença.

Diante da realidade em que se encontra o nosso município, 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, julgou-se necessário realizar uma pesquisa que avaliasse ações de detecção precoce e fatores de risco para câncer de mama, em mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar ações de detecção precoce e fatores de risco para câncer de mama, em mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde, Fortaleza, Ceará.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar sociodemograficamente as mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde.
- Identificar fatores de risco para o câncer de mama presentes nestas mulheres.
- Relacionar o conhecimento da existência dos exames de detecção precoce com a prática dos mesmos;
- Associar a frequência de realização dos exames de detecção precoce com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde.
- Relacionar o conhecimento dos exames de detecção precoce com renda e tempo de estudo.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A importância das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no perfil atual de saúde das populações é extremamente relevante. Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que as DCNT já são responsáveis por 58,5% de todas as mortes e por 45,9% da carga total global de doenças expressa por anos perdidos de vida saudável (WHO, 2006).

Estudos epidemiológicos transversais e prospectivos, como o realizado pela World Health Organization-WHO em 2003, têm comprovado a forte e comum associação de que várias das principais DCNT mantêm com um conjunto relativamente pequeno de fatores de risco, em que se destacam tabagismo, consumo excessivo de álcool, excesso de peso, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, baixo consumo de frutas e hortaliças e inatividade física.

Monteiro et al (2005), ressaltam em seu trabalho que estes fatores de risco para DCNT, embora passíveis de prevenção, não vêm sendo monitorados adequadamente na população brasileira. Dentre as DCNT, o câncer se destaca atualmente como a de maior evolução dentro do quadro geral, tornando-se assim objeto de estudo de muitas pesquisas.

Estratégias de prevenção primária, secundária e terciária têm sido utilizadas com o objetivo de prevenir enfermidades, diagnosticá-las e tratá-las precocemente e minimizar seus efeitos na população, assegurando, a cada indivíduo, um padrão de vida adequado à manutenção da sua saúde (THULER, 2003).

Nas últimas décadas, o câncer de mama tem se configurado e se consolidado, cada vez mais, como um problema de saúde pública. Ele é um processo comum pertencente a um grupo heterogêneo de doenças que diferem em sua etiologia, frequência, manifestações clínicas e prognóstico. A sua incidência cresce progressivamente e muitos óbitos poderiam ser evitados com ações de prevenção secundária como a detecção precoce (TAVARES & PRADO, 2006).

Convém ressaltar que o controle do câncer apresenta singularidades quando comparado com outras doenças. São ações que vão desde a eliminação de exposições a fatores cancerígenos, de alta complexidade e com resultados nem sempre satisfatórios até o tratamento da doença, às vezes discutível.

As ações de prevenção primária objetivam diminuir a incidência de uma doença numa população, reduzindo o risco de surgimento de casos novos, ao prevenir a exposição aos fatores que levam ao seu desenvolvimento, interromper seus efeitos ou alterar as respostas do

hospedeiro a essa exposição, impedindo que ocorra seu início biológico. 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 (THULER, 2003).

Dentre os fatores associados às condutas preventivas do câncer de mama, estão: melhor nível socioeconômico, história familiar de câncer de mama e história pessoal de biópsia mamária com resultado benigno. Esses fatores estão relacionados com maiores prevalências de práticas preventivas e, conseqüentemente, com tumores mamários diagnosticados mais precocemente (SCLOWITZ et al, 2005).

Segundo Thuler e Mendonça (2005), a avaliação do desempenho dos programas de controle do câncer de mama deve ser feita por meio de indicadores, entre os quais está a descrição da evolução temporal dos percentuais de casos identificados em estágio avançado, em que não ocorreu um devido rastreamento precoce dos casos.

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. Os benefícios em termos de redução da mortalidade por câncer de mama começam a ser notados cerca de quatro anos após o início do rastreamento e continuam a crescer por cerca de 10 anos, mantendo-se por todo o período de observação (FLETCHER, 2003).

Estratégia comprovada pelos estudos atuais sobre a temática, como forma de reduzir a mortalidade do câncer de mama, é a realização da prevenção secundária, isto é, da detecção precoce do tumor. Para isso, três métodos são propostos: exame de mamografia, exame clínico das mamas (ECM) e auto-exame das mamas (AEM), sendo que a credibilidade deste último tem sido alvo de constantes questionamentos atualmente.

Contudo, em um país emergente como o Brasil, onde os recursos para a saúde são precários, com um número inadequado de mamógrafos para atender à massa de mulheres acima de 40 anos e na impossibilidade de destinar profissionais treinados aos vários rincões do país para realizar o exame físico, o auto-exame da mama pode representar uma importante forma, talvez a única, para detecção precoce do câncer de mama.

Apesar dos vários estudos não terem demonstrado, até o momento, que o auto-exame das mamas pode reduzir as taxas de mortalidade, este método tem sido exaustivamente comentado na literatura e mundialmente ensinado às pacientes na esperança de que possa trazer algum benefício na detecção do câncer de mama (ABREU & KOIFMAN, 2002; MARINHO et al, 2003; MOLINA, DALBEN & LUCA, 2003; JUNIOR et al, 2006).

Apesar de não haver evidência direta de que o AEM efetivamente reduza a mortalidade por câncer de mama, é importante que as mulheres mantenham-se atentas às alterações em suas mamas e reportem qualquer alteração ao profissional de saúde, reconhecendo-se, desta forma, a efetividade potencial do estímulo à sua prática como estratégia complementar.

De uma forma geral, o auto-exame das mamas apresenta grande vantagem por ser um método simples, de custo mínimo, de rápida execução e, principalmente, por não necessitar de aparelho ou aparatos para a sua prática. A palpação das mamas pode ser executada pela própria mulher, mas deve ser enfatizada a importância da realização feita por um profissional treinado da área da saúde.

(JUNIOR et al, 2006).

Segundo Molina, Dalben e Luca (2003), 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.

Em suas recomendações, a Sociedade Americana de Câncer propõe que o Exame Clínico das Mamas seja iniciado aos 20 anos de idade, com uma periodicidade trienal até os 39 anos, quando então deve passar a ser realizado anualmente.

Uma das limitações do uso do exame clínico 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 das mamas (THULER, 2003).

O Ministério da Saúde (2006) recomenda que mulheres entre 40-50 anos realizem o exame de mamografia a cada um ou dois anos e as com idade acima de 50 anos, anualmente; quanto ao exame clínico das mamas, é recomendado às mulheres entre 20-40 anos realizá-lo a cada três anos e acima dos 40 anos, anualmente; a auto-palpação das mamas deve ser realizada mensalmente após os 20 anos de idade.

A mamografia 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 (AZEVEDO, KOCH & CANELLA, 2005).

O sucesso deste procedimento, em bases populacionais, requer forte motivação e o reconhecimento que o câncer de mama é um perigo em potencial. O ensinamento sobre estas técnicas pode contribuir para alertar as mulheres sobre os potenciais riscos do câncer de mama (MOLINA, DALBEN & LUCA, 2003).

Estudos têm demonstrado que mulheres entre 50 e 75 anos são as maiores beneficiárias destes programas de saúde. Testes regulares em mulheres acima de 65 anos podem reduzir a mortalidade pela doença em até 45% (THULER & MENDONÇA, 2005).

A mamografia está indicada para dois grupos distintos: 1) mulheres assintomáticas, sendo utilizada como exame de rastreamento do câncer de mama; 2) mulheres sintomáticas, nas quais os achados clínicos levam à suspeita de câncer de mama. É um método utilizado na detecção e no diagnóstico das doenças da mama. Quando utilizada em mulheres sem sinais ou sintomas sugestivos de câncer de mama, tem como propósito a detecção precoce, na fase em que o câncer é uma pequena lesão, sem expressão clínica (AZEVEDO, KOCH & CANELLA, 2005).

Quanto ao intervalo de tempo entre os exames mamográficos, trabalhos têm demonstrado que a sensibilidade da mamografia é a mesma para mulheres entre 40 e 49 anos examinadas anualmente e naquelas com mais de 50 anos avaliadas a cada dois anos (EIRAS, KOCH & PEIXOTO, 2000).

Embora a mamografia persista sendo apontada pelas normas de especialistas como o método diagnóstico de eleição para o câncer de mama em programas populacionais de rastreamento da doença devido a seu impacto na mortalidade, o exame clínico das mamas e o auto-exame constituem componentes importantes das atividades de rotina em países com acesso a mamografia, bem como para uma educação em saúde voltada para o cuidado geral das mamas em todos os países (JUNIOR et al, 2006).

Um dos aspectos levantados por Koch, Peixoto e Neves (2000), em seu trabalho e que merece destaque é que a insuficiência de equipamentos disponíveis no país para realização da mamografia, como garantia de um rastreamento adequado, agrava-se com a procura pelo exame nas cidades de maior porte.

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.

A assistência de enfermagem em oncologia evoluiu muito desde seu aparecimento como especialidade, e a literatura existente aponta e preconiza importante papel da enfermeira no apoio ao cliente oncológico nas várias fases de sua doença. Pensar hoje em oncologia é

pensar em sobrevida com qualidade e na possibilidade de cura da doença. (CAMARGO & SOUZA, 2003).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico com abordagem quantitativa sobre ações de detecção precoce e fatores de risco para câncer de mama, em mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), Fortaleza, Ceará.

Do ponto de vista quantitativo, a análise descritiva envolve o estudo freqüencial e paramétrico dos dados coletados, enquanto, o estudo analítico trata de analisar os dados, por meio de métodos inferenciais estatísticos, envolvendo testes de hipóteses e intervalos de confiança (GIL, 1999).

Para Leopardi,

[...] a abordagem da pesquisa quantitativa é utilizada quando se tem um instrumento de medida utilizável e válido, deseja-se assegurar a objetividade e credibilidade dos achados, os instrumentos não colocam em risco a vida humana; a questão proposta indica a preocupação com quantificação, quando se necessita comparar eventos, ou quando for desejável replicar estudos (2003, p.119).

O estudo descritivo apresenta informações detalhadas das variáveis existentes e utiliza os dados para justificar e avaliar condições e práticas correntes ou elaborar planos coerentes para melhorar as práticas de atenção à saúde (WOOD & HABER, 2001).

Estes estudos são normalmente seguidos ou acompanhados por estudos analíticos que avaliam as associações para descobrir relações de causa-efeito, isto é, identifica-se o tipo de variável envolvida e o tipo de teste estatístico para o qual há uma fórmula disponível. Em seguida, informações, ou seja, hipóteses sobre o que se espera encontrar devem ser apresentadas (MOTTA & WAGNER, 2003).

Um estudo de campo que segue um delineamento transversal apresenta um corte no tempo, sendo, portanto, especialmente apropriado para descrever a situação, status do fenômeno, ou a relação entre os fenômenos em um ponto fixo (POLIT; BECK & HUNGLER, 2004).

4.2 Local e período da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde da Família, localizada no bairro Rodolfo Teófilo do município de Fortaleza-Ceará, pertencente à Secretaria Executiva Regional – SER III, no período de março a maio de 2008.

A escolha desta unidade deu-se por se tratar de uma Unidade Básica de Saúde de referência para o município, sendo sua clientela composta por pessoas de vários bairros. Possui serviços de consultas médicas, de enfermagem e odontológicas. Com disposição de atividades de promoção da saúde e prevenção do câncer ginecológico e mamário, por meio de atendimentos personalizados, palestras educativas, cursos de capacitação profissional, encaminhamentos dentro de uma equipe multidisciplinar e acesso a equipamentos e materiais de diagnósticos.

Atualmente, a unidade dispõe de: quatro equipes de saúde da família, constituídas por: um enfermeiro, um médico, um dentista, quatro auxiliares de Enfermagem e quatro agentes comunitárias de saúde para cada uma das equipes.

4.3 Variáveis

As variáveis que atenderam ao primeiro objetivo do estudo foram: idade das participantes, situação conjugal, ocupação, religião, renda familiar, tempo de estudo.

O segundo objetivo é contemplado com as variáveis: idade da menarca, idade da menopausa, gestação, número de gestações, idade da primeira gestação, amamentação, tempo de amamentação, quantas vezes ficou grávida, uso de anticoncepcional oral, tempo de uso do anticoncepcional oral, caso de câncer de mama na família, parentesco, idade do diagnóstico do parente, fumo e álcool.

O terceiro objetivo envolveu as variáveis: conhecimento dos exames de detecção precoce e a realização dos mesmos.

As variáveis relacionadas ao quarto objetivo foram: realização dos exames de detecção precoce e frequência de realização.

O quinto objetivo foi contemplado com as variáveis: conhecimento dos exames de detecção precoce, renda e tempo de estudo.

4.4 População e amostra

A população deste estudo baseou-se na quantidade anual de atendimento realizado pelos enfermeiros às mulheres que procuram consultas ginecológicas na referida UBS. A pesquisa foi realizada após a marcação de consultas, que possui um número médio de 40 atendimentos ginecológicos por semana, totalizando 1920 atendimentos por ano.

Para o cálculo da amostra, escolheu-se como variável de importância para a pesquisa, “os fatores de risco para o câncer de mama”, com prevalência estimada em 50% das mulheres com fatores de risco.

$$n = \frac{t_{n-1;5\%}^2 \hat{p}\hat{q}N}{\varepsilon^2 (N-1) + t_{n-1;5\%}^2 \hat{p}\hat{q}}$$

Onde,

- α é o nível de significância do teste;
- t é o valor da distribuição *t de Student*, no nível de 5 % ($t = 1,96$);
- \hat{p} é a proporção de mulheres, com fatores de risco para câncer de mama ($\hat{p} = 50\%$);
- \hat{q} é a população de mulheres, sem fatores de risco para câncer de mama ($\hat{q} = 50\%$);
- ε é o erro amostral ($\varepsilon = 5\%$);
- n é o valor da amostra.

Após os cálculos estatísticos encontrou-se o tamanho da amostra, como sendo, $n = 320$ mulheres.

O atendimento ginecológico para compor amostra obedeceu aos seguintes critérios de inclusão:

- Estar com consulta marcada para os dias da coleta;
- Possuir idade acima de 18 anos;

Foram excluídas: as menores de 18 anos e as que não estavam com consulta ginecológica marcada.

4.5 Técnica e instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados utilizou-se a técnica de entrevista semi-estruturada com as mulheres que se encontravam na sala de espera, para atendimento ginecológico, conforme o dia programado para realização da coleta.

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).

O instrumento de coleta de dados foi um formulário semi-estruturado contendo informações acerca dos dados relativos à identificação, fatores de risco, grau de conhecimento acerca dos exames de detecção precoce do câncer de mama (Apêndice A).

4.6 Técnica de análise dos dados

O tratamento dos dados quantitativos foi realizado através dos programas: Excel, Word e SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows, versão 16.0, onde foi construído o banco de dados, para análise dos resultados.

Para Gil (1999) os testes estatísticos utilizados para dados onde não há garantia de representação em curva normal devem ser os não paramétricos.

Na análise desta pesquisa foi realizada uma análise exploratória dos dados envolvendo a representação gráfica e valores frequenciais (absolutos e percentuais). Posteriormente, verificou-se a possível existência de fatores de risco para o câncer de mama e a realização dos exames de detecção precoce do câncer de mama usando-se o teste qui-quadrado.

4.7 Aspectos éticos

O presente estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética da Pesquisa Clínica da Universidade Federal do Ceará, conforme é exigido pela Resolução 196/96 sobre pesquisa em seres humanos, respeitando a liberdade de sua participação e conservando o anonimato dos mesmos, com o parecer de número 12/08.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Características sociodemográficas

A amostra está apresentada na Tabela 1, abaixo, sendo caracterizada conforme dados sociodemográficos das mulheres entrevistadas.

TABELA 1 – Características sociodemográficas das mulheres entrevistadas. Fortaleza – CE, 2008.

Variáveis	N=320	100%
Idade das participantes		
≤ 50 anos	267	83,44
> 50 anos	53	16,56
Situação conjugal		
Com companheiro	173	54,06
Sem companheiro	147	45,94
Ocupação		
Sim	177	55,31
Não	143	44,69
Religião		
Católica	231	72,19
Protestante	64	20,00
Sem religião	16	5,00
Outras	9	2,81
Renda familiar		
Menos de 1 salário mínimo	139	43,44
Acima de 1 salário mínimo	181	56,56
Tempo de estudo		
0 -- 5	25	7,81
6 -- 10	85	26,56
Acima de 11 anos	210	65,63

Conforme observado na tabela 1, existem 267 (83,44%) participantes com idade menor ou igual a cinquenta anos. A idade média das mulheres entrevistadas foi de 37 anos, com idade máxima de 80 anos e mínima de 18 anos.

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).

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).

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.

Mais de 80% dos óbitos 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 (MOLINA; DALBEN & LUCA, 2003).

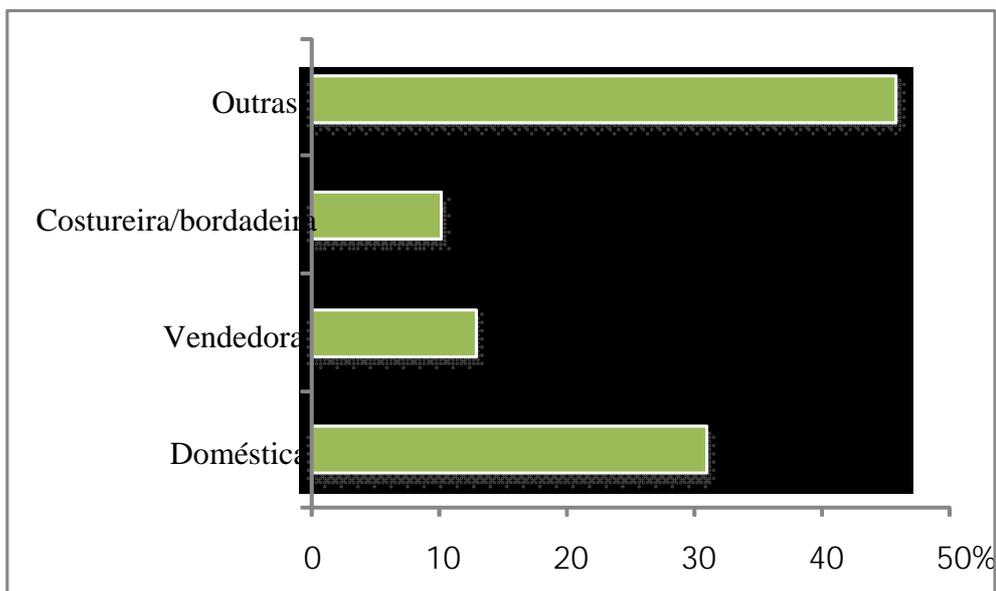
Analisando a variável situação conjugal, foi observado que a maioria das mulheres entrevistadas 173 (54,06%) encontrava-se no grupo das que responderam viver com companheiro. Foram consideradas para este grupo, as casadas ou com união estável; isto é, que moravam junto com o parceiro.

Segundo Ferreira, Franco e Queiroz (2002), uma união bem estruturada fornece apoio social e/ou barra os efeitos do estresse, ao passo que o fato de estar sozinha, pode ter efeitos prejudiciais ao bom funcionamento do organismo.

Em relação ao 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 ocupação, 177 (55,31%) referiram ter uma profissão a qual se dedicavam. Detalhando-se a ocupação pode-se observar tendo por base o gráfico 1 que, 55 (31,07%) eram formados por domésticas, praticantes de atividades do lar, seguidos de 23 (12,99%) representados por vendedoras e 18 (10,17%) costureiras/bordadeiras, enquanto, outras profissões totalizaram um percentual de 81 (45,76%) do total.

Gráfico 1: Distribuição das entrevistadas, segundo a ocupação. Fortaleza – CE, 2008.



Com relação à religião, a maior proporção das mulheres, 231 (72,19%), seguia a doutrina católica, enquanto, 64 (20%) disseram ser protestantes e 16 (5%) caracterizaram-se sem religião.

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).

Analisando-se a variável renda familiar, observou-se que 139 (43,44%) da amostra, possuíam renda menor que um salário mínimo, visto que, os 181 (56,56 %) restantes relataram renda familiar acima de um salário mínimo. O valor médio aproximado, das pessoas que ganham acima de um salário mínimo é de R\$ 720,00.

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 (SCLOWITZ et al, 2005).

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.

Quanto à escolaridade, 210 (65,63%) referiram ter acima de 11 anos de estudo, 85 (26,56%) entre seis e 10 anos, 25 (7,81%) relataram nunca terem estudado ou estudaram por até cinco anos.

Observa-se que a maioria das entrevistadas ficou no intervalo entre 11 e 15 anos de estudo, contudo, ao se fazer uma comparação com os resultados da ocupação pode-se perceber que a maior parte das participantes relatou serem domésticas. O que demonstra um problema típico de países subdesenvolvidos, onde profissionais não conseguem ocupações compatíveis com suas qualificações.

Molina, Dalben e Luca (2003) afirmam em seu estudo que, quanto maior o grau de instrução, maior o conhecimento sobre métodos de prevenção para o câncer de mama, devido ao próprio domínio da leitura e melhores oportunidades de acessar serviços de saúde.

O grau 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.

5.2 Fatores de risco para o câncer de mama

A tabela 2 a seguir, apresenta as variáveis referentes aos fatores de risco: idade da menarca, idade do início da menopausa, gestação, número de gestações, idade da primeira gestação, ocorrência e tempo de amamentação, uso e tempo de uso de anticoncepcional oral, história de câncer de mama na família, parentesco e idade do diagnóstico, fumo e álcool.

TABELA 2 – Fatores de risco encontrados nas mulheres entrevistadas. Fortaleza – CE, 2008.

Variáveis	N	%
Idade da Menarca		
≤ 12 anos	114	35,62
> 12 anos	206	64,38
Idade do início da menopausa		
≤ 50 anos	49	15,31
> 50 anos	15	4,69
Não se aplica	256	80,00
Já engravidou		
Sim	252	78,75
Não	68	21,25
Número de gestações		
Primigesta	64	20,00
Multigesta	188	58,75
Não se aplica	68	21,25
Idade da primeira gestação		
Acima de 30 anos	14	4,38
Menos de 30 anos	238	74,38
Não se aplica	68	21,25
Amamentou		
Sim	210	65,63
Não	42	13,13
Não se aplica	68	21,25
Tempo de amamentação		
1 a 2 meses	24	7,50
3 a 4 meses	30	9,38
5 a 6 meses	36	11,25
Acima de 6 meses	120	37,5
Não se aplica	68	21,25
Não respondeu	42	13,12
Uso de anticoncepcional oral		
Sim	177	55,31
Não	142	44,38
Não respondeu	1	0,31
Tempo de uso de anticoncepcional oral		
Acima de 5 anos	49	15,31
Menos de 5 anos	128	40,00
Não se aplica	143	44,69
Histórico de CA de mama na família		
Sim	71	22,19
Não	249	77,81

Parentesco		
Parente de 1º grau	25	7,81
Parente de 2º grau	46	14,38
Não se aplica	249	77,81
Idade do diagnóstico		
Menos de 50 anos	40	12,50
Acima de 50 anos	31	9,69
Não se aplica	249	77,81
Fumo		
Sim	62	19,38
Não	258	80,63
Alcoolismo		
Sim	89	27,81
Não	231	72,19
Total	320	100,00

Observando-se a tabela 2, vê-se que a maioria das entrevistadas 206 (64,38%) teve seu episódio menstrual com idade acima de doze anos, enquanto 114 (35,62%) menstraram pela primeira vez com doze anos ou menos.

Segundo o INCA (2008), é considerado fator de risco para o desenvolvimento de câncer de mama, mulheres que tiveram sua menarca com idade igual ou inferior a doze anos. Este fato torna-se importante para reflexão, pois, apesar da maioria da amostra, vista acima, ter apresentado o primeiro episódio menstrual, após os doze anos de idade, verificou-se que foi considerável a quantidade de mulheres que apresentou primeira menstruação com doze anos ou menos.

A menarca precoce está intimamente relacionada a um aumento no risco relativo de ter câncer de mama devido ao fato de que nessa situação as mulheres ficam expostas a estrógenos endógenos, por maior período de tempo (CAVALCANTI, 2003).

Alguns estudos como de Pinho (2004) têm mostrado uma tendência de que a menarca seja mais precoce nas gerações mais recentes, sendo justificada pelos estilos de vida diários, como hábitos alimentares.

Segundo Paiva et al (2002) uma atividade cíclica ovariana longa, com uma menarca precoce e/ou menopausa tardia, estão associados a um alto risco de desenvolvimento de câncer de mama.

Lipworth; Bailey & Trichopoulos (2000) estimaram um decréscimo de 4,7% no risco de desenvolvimento de câncer de mama para cada ano de menarca que se atrasa. Um período

fértil de 30 anos ou mais foi relatado como um fator que aumenta em duas vezes mais a chance de desenvolvimento do câncer e que ciclos menstruais irregulares são fatores protetores.

A estimulação ao processo de divisão celular das células mamárias, regida pelos ciclos ovulatórios ao longo da vida reprodutiva da mulher, pode conduzir ao surgimento potencial de células mal-formadas, suscetíveis à ação de substâncias carcinogênicas. Desta maneira, aqueles eventos pautados pela ampliação da estimulação hormonal estrogênica, potencializada pela progesterona durante a fase lútea do ciclo, acarretam um estímulo ao processo de divisão celular das células da mama (LIMA et al, 2001).

Analisando a variável idade da menopausa, pode-se observar na tabela 2, que do total de mulheres entrevistadas, apenas 64 (20%) haviam entrado na menopausa. Dentre estas, 49 (15,31%) apresentaram idade de início da menopausa igual ou inferior a 50 anos.

Embora, a maioria das mulheres não tenha apresentado fator de risco para câncer de mama, na faixa etária da menopausa acima dos 50 anos, é válido comentar que a mulher que entrou na menopausa somente após esta idade, sofreu uma maior exposição aos estrógenos endógenos, o que a fez ficar exposta a mais um fator de risco (MOURA-GALLO et al., 2004).

Quanto mais precoce for a menarca e mais tardia a menopausa, maior será o número de ciclos ovulatórios e, conseqüentemente, maior o risco de desenvolver a doença (INCA, 2008).

A tabela 2 mostrada acima também possibilita a realização de uma análise das variáveis: se já ficou grávida, número de gestações, idade da primeira gestação, ocorrência e tempo de amamentação, uso e tempo de uso de anticoncepcional oral que podem, em determinadas circunstâncias, serem fatores de risco para o desenvolvimento da neoplasia mamária.

Com base nas entrevistas realizadas para este estudo, constatou-se que 68 mulheres (21,25%) nunca engravidaram. Conforme observado na tabela, de um total de 252 mulheres (78,75%) que já engravidaram 238 (74,38%) tiveram a primeira gestação, na faixa etária abaixo de 30 anos de idade. Verificou-se ainda que 14 (4,38%) delas, tiveram a primeira gravidez com pelo menos 30 anos de idade.

O risco de desenvolvimento de câncer de mama em mulheres que tiveram seu primeiro filho após os 30 anos é aproximadamente o dobro do risco das mulheres que o fazem antes dos 20 anos (INCA, 2008).

Em relação ao número de gestações, observou-se que: dentre as mulheres que já engravidaram 64 (20%) eram primíparas, isto é, engravidaram apenas uma vez e 188 (58,75%) eram múltiparas, com o número de gestações acima de dois.

O estudo mostra que apesar da maioria das mulheres entrevistadas já terem engravidado e serem múltiparas, não se pode desconsiderar a porcentagem de mulheres que engravidaram em idade considerada tardia, bem como, aquelas classificadas como primíparas.

Pinho e Coutinho (2007) afirmaram que um discreto aumento no risco para a doença parece estar relacionado a alguns subgrupos de mulheres, como as nulíparas e aquelas que tiveram filhos, mas foram expostas ao fator antes da primeira gestação a termo.

O desenvolvimento da primeira gravidez parece representar um importante evento no processo de maturação das células da mama, tornando-as potencialmente mais protegidas em relação à ação de substâncias cancerígenas. Desta forma, a nuliparidade e o retardo da primiparidade constituem fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama (LIMA et al, 2001).

Smith et al (2002) relatam em seu estudo que durante a gravidez desenvolvem-se uma nova população de células-tronco mamárias que podem ajudar a explicar o motivo da gravidez reduzir o risco de desenvolver câncer de mama, durante a vida.

Segundo Paiva et al (2002), cada aumento de cinco anos na idade da primeira gravidez aumenta o risco de câncer de mama em 13%. Vários estudos concluíram ser a primeira gravidez tardia um fator de risco significativo para câncer de mama.

Rossano et al (2002), reforçam afirmando que mulheres cuja primeira gestação a termo ocorreu antes dos 18 anos de idade, apresentavam um terço do risco daquelas com a primeira gestação após os trinta anos de idade.

Corroborando estes autores Thuler (2003) afirma que quanto mais ciclos ovulatórios vivenciados pela mulher, maior é sua exposição ao estrogênio, conseqüentemente, aumenta o potencial de alterações genéticas que podem levar ao desenvolvimento da neoplasia mamária.

Paiva et al (2002) relatam concordar com o fato de que três ou mais gestações completas é um fator protetor independente para a neoplasia da mama. A gestação é considerada como um fator de proteção para o desenvolvimento de câncer de mama, já que a mulher, neste período, não se encontra exposta ao estrogênio, sendo diretamente proporcional o número de gestações com a diminuição do risco de ter o câncer.

A reduzida paridade, entre outros fatores já citados como: menarca precoce e menopausa tardia constituem eventos marcadores de um processo de estimulação hormonal continuada e que induzem a proliferação das células mamárias (LIMA et al, 2001).

Para Benia & Tellechea (2000) a idade atribuída para a reprodução é adiada nos meios socioeconômicos médios e altos, a fim de adquirir preparação formativa que permita acesso a trabalhos de melhor remuneração e melhores oportunidades sociais. Por outro lado, nos meios socioeconômicos carentes, a maternidade representa uma forma – em alguns casos, a única – de busca de realização pessoal e de marco para a passagem para a vida adulta.

Quanto à variável amamentação, do total de mulheres que já engravidaram, 210 (65,63%) amamentaram seus filhos e 42 (13,13%) nunca amamentaram.

Foi interrogado também o tempo de amamentação e observou-se que a maior parte das mulheres que amamentaram 120 (37,5%) relatou tempo de aleitamento acima de seis meses, seguidas daquelas que amamentaram entre os cinco e seis meses 36 (11,25%) e das 30 (9,38%) que afirmaram ter amamentado durante os três e quatro meses. A menor parcela 24 (7,50%) amamentou dentro de um intervalo de um e dois meses.

Kligerman (2002) afirma em seu estudo a existência de alguma proteção da amamentação, principalmente em mulheres jovens. Molina, Dalben e Luca (2003), acrescentam que a frequência e a duração da amamentação, também significam fator de proteção maior ou menor dependendo da intensidade.

Uma meta-análise publicada anteriormente concluiu que o fator amamentação é protetor para o desenvolvimento do câncer de mama, porém é de pequena magnitude quando comparado aos fatores de risco já estabelecidos. O efeito protetor de um longo período de amamentação parece ser mais forte, ou restrito, às mulheres em pré-menopausa (PAIVA et al, 2002).

Corroborando estes autores, Rea (2004) citou em seu estudo uma revisão de 47 trabalhos realizados em 30 países envolvendo cerca de 50 mil mulheres com câncer de mama e 97 mil controles. Os autores envolvidos sugeriram que o aleitamento materno pode ser responsável por 2/3 da redução estimada no câncer de mama, acrescentando que o risco relativo de ter câncer decresceu 4,3% a cada 12 meses de duração da amamentação.

Um estudo realizado na Islândia, envolvendo 993 casos de câncer de mama e 9.729 controles, mostrou uma relação dose-resposta entre número de meses de amamentação e menos chance de câncer de mama no grupo etário mais jovem (menores de 40 anos), porém não nos demais (TRYGGVADOTTIR, 2001).

Este fato é explicado devido a menor exposição endógena a estrógenos, resultado do aumento da prolactina; ao qual ocasiona o distanciamento dos ciclos ovulatórios, e a maturação precoce das células mamárias, expondo-as menos a mutações genéticas e a contaminantes ambientais com atividade estrogênica (REA, 2004).

No entanto, no estudo realizado por Tessaro et al (2003), não houve associação entre amamentação e câncer de mama. Segundo estes autores esta associação entre a lactação e a redução na incidência de câncer de mama tem sido limitado e inconsistente. Alterações na amamentação e no comportamento mundial afetam não só os padrões de alimentação infantil, mas também a duração e intensidade da amamentação. Esta diversidade pode explicar os diferentes resultados obtidos por diversos estudos.

Quanto ao uso de anticoncepcional oral (ACO), pode-se constatar que do total de mulheres entrevistadas, 177 (55,31%) fazem uso deste método contraceptivo. Dentre estas, 128 (40%) relataram tempo de uso abaixo de cinco anos, enquanto, 49 (15,31%) afirmaram usá-lo em cinco anos ou mais.

O estudo de Schor et al. (2000), realizado em São Paulo/SP, com 1.157 mulheres entre 10 e 49 anos, estimou uma prevalência de 35,3% para o uso de contraceptivos orais. A associação entre estes medicamentos e o câncer de mama ainda não está estabelecida, mas vem ganhando suporte científico. Alguns estudos realizados com mulheres jovens têm demonstrado que o uso prolongado destes medicamentos aumenta o risco da doença em mulheres com menos de 45 anos (MEISTER & MORGAN, 2000).

Considerando o uso de ACO como fator predisponente para o câncer de mama, o aumento do risco parece estar relacionado ao uso prolongado da pílula, principalmente, quando iniciado em idade precoce, e, especialmente antes da primeira gestação a termo (FIGUEIRA et al, 2002). No entanto, o uso de ACO como fator de risco para neoplasia mamária, ainda é de muita controvérsia. Segundo o INCA (2008), para se tornar um risco, considera-se um tempo de uso além de cinco anos.

Embora existam métodos contraceptivos bastante conhecidos como: anticoncepcional oral, preservativo masculino, esterilização feminina, DIU e abstinência periódica, a contracepção se restringe, geralmente nas instituições de saúde, ao uso do anticoncepcional oral e da esterilização feminina. (PANIZ et al, 2005).

Esse panorama evidencia a precariedade da atenção à mulher, que adota procedimentos irreversíveis ante o estreito leque de opções e acesso restrito à informação, especialmente para aquelas que dependem do Sistema Único de Saúde (SUS).

Alguns estudos realizados com mulheres jovens têm demonstrado que o uso prolongado destes medicamentos aumenta o risco da doença em mulheres com menos de 45 anos. A explicação biológica para este efeito é de que os contraceptivos orais aumentam a proliferação de células epiteliais normais e também de células malignas já presentes no tecido mamário (PINHO & COUTINHO, 2005). Por isso, o uso destes medicamentos por grande

número de mulheres em algumas regiões do país, merece uma vigilância mais adequada quanto a um possível aumento no risco, não só para o câncer da mama, como também para outras doenças.

Quanto ao histórico familiar de câncer de mama, 71 mulheres correspondendo a 22,19% relataram casos de câncer de mama na família, dentre estas, 25 (7,81%) afirmaram ser parentesco de primeiro grau (mãe e irmã) e 46 (14,38%) tiveram parentesco de segundo grau (avó, tia e prima).

As mulheres também foram interrogadas a respeito da idade dos familiares quando do descobrimento do diagnóstico, e observou-se que 40 (12,50%) tiveram a doença com uma idade inferior a 50 anos.

Segundo o documento de consenso publicado pelo Ministério da Saúde, fazem parte do grupo de risco, mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade; mulheres com história familiar de diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária e mulheres com história familiar de câncer de mama masculino (BRASIL, 2004).

A história familiar de câncer de mama parece ser o fator de risco de maior impacto na busca aos fatores de risco (SCLOWITZ et al, 2005). Apesar de apenas 7,81%, das mulheres entrevistadas apresentarem familiares de primeiro grau com a doença, este número não deve ser desconsiderado e desencadeia motivo de preocupação para novos estudos na temática.

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 (THULER, 2003).

Corroborando estes autores, Paiva et al (2002) acrescentam que o risco de câncer de mama é duas vezes maior quando há história familiar para câncer em mãe ou irmã, antes dos 40 anos, e continua elevado mesmo em mulheres cujo câncer em mãe foi diagnosticado após os 70 anos de idade.

Apesar da importância deste fator de risco, de acordo com a Associação Americana de Câncer, a maioria das mulheres com câncer de mama (aproximadamente 80%) não têm 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 (TONANI, 2007).

Acredita-se que a participação do antecedente familiar na etiologia do câncer de mama possa estar relacionada a fatores genéticos como as mutações de BRCA1/2. Estes genes produzem proteínas que regulam o mecanismo de multiplicação celular e são conhecidos como supressores de tumores. Mutações implicam em perda deste controle, e estes genes mutados podem ser transmitidos hereditariamente (PINHO & COUTINHO, 2005).

Deve-se levar em consideração que o presente estudo possui como possíveis limitações o viés de memória, já que foram colhidas informações, como a idade do diagnóstico dos familiares, que correspondem a fatos ocorridos no passado com certa distância cronológica.

Em relação à variável fumo (tabagismo), na realização das entrevistas, foram consideradas como fumantes, as mulheres que independentemente da quantidade, faziam uso diário da nicotina, já que na literatura não se tem informação a respeito da quantidade de cigarros suficiente para se tornar um fator de risco. Diante disto, observou-se que 62 (19,38%) das entrevistadas declararam o hábito de fumar, representando, portanto, uma minoria da amostra, o que caracteriza um fato satisfatório para o estudo.

A associação positiva entre o tabagismo e o desenvolvimento de tumor mamário ainda é questionada por alguns autores. Porém autores como Padilha e Pinheiro (2004), defendem a relação entre o hábito de fumar e o câncer de mama.

A exposição ao fumo proporciona aumento no risco relativo de desenvolver câncer de mama, por levar a um aumento considerado nos níveis de estrogênio acarretando a possibilidade de desenvolver a neoplasia (THULER, 2003).

Desde a década de 1970, a exposição ao tabaco tem sido estudada para diversas enfermidades, inclusive o câncer de mama, e tem-se identificado como uma causa prevenível de morbidade e mortalidade no mundo. Estudos como o de Bello et al, (2005) mostram evidências conclusivas dos efeitos nocivos da exposição ao fumo em relação ao câncer de mama, demonstrando um risco médio estimado de 1,40 (IC 95% 1,17-1,68) confirmando uma relação positiva entre fumar e câncer de mama, particularmente em mulheres pré-menopausadas e expostas precocemente ao fumo.

Mulheres fumantes interrogadas no estudo desenvolvido por Martinez & Ribeiro (2008), afirmaram que dentre os efeitos do tabaco, destacam-se: o câncer, em especial o de mama, e o enfisema pulmonar, além disso, sintomas como: dificuldade na respiração e dor no peito.

No estudo realizado por Pinho & Coutinho (2007), o tabagismo esteve presente em 17% do grupo estudado, um valor semelhante ao encontrado no inquérito domiciliar realizado pelo INCA (2004), que foi de 16% para mulheres da cidade do Rio de Janeiro.

Embora exista uma forte ligação entre atividade estrogênica e tabagismo, a revisão de Palmer & Rosemberg (1993) mostrou que a maioria dos estudos não evidenciou uma associação significativa para o câncer de mama; entre aqueles que observaram tal associação, o aumento de risco foi de 20% a 30%. Porém, como existe uma tendência de aumento da prevalência do hábito entre as mulheres, o mesmo deverá ser desencorajado em virtude de seu efeito danoso para a saúde em muitos aspectos.

Ao serem indagadas a respeito do hábito de ingestão de álcool, encontrou-se que dentre as entrevistadas, 89 (27,81%) afirmaram ingerir bebida alcoólica e 231 (72,19%) não fazem uso de álcool.

Estudos desenvolvidos para conhecer os efeitos do álcool no organismo humano e sua relação com a neoplasia mamária, demonstram a ocorrência de associação positiva entre a ingestão de álcool e o câncer de mama (MAKANEN & MUNOZ, 2002; MOLINA, DALBEN & LUCA, 2003.)

Figueira et al (2002) afirmam que a dose necessária para o aumento do risco é aproximadamente igual ou maior que dois drinques/dia.

Segundo Vachon (2001), o consumo de álcool por parentes de primeiro grau de pacientes com câncer, representa um risco relativo (R.R.) de 2,45 a mais de ter a mesma neoplasia se comparadas àquelas que nunca consomem álcool.

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).

Borguesan et al (2003) acrescentam que, além dos fatores endógenos da idade, história familiar e reprodutiva e doença benigna prévia, muitos fatores exógenos são caracterizados como de risco. Dentre estes estão incluídos fatores relacionados à dieta, exposição à radiação ionizante, o consumo moderado de álcool e exposição a inseticidas organoclorados.

Do ponto de vista da saúde das populações os dados aqui apresentados, embora estejam em porcentagens pequenas, precisam ser levados em consideração, uma vez que as complicações decorrentes do hábito de fumo e álcool resultam em ocorrências letais, como o câncer (HORTA, et al, 2007).

Relacionando álcool com tabagismo, Maldonado et al (2008), afirmam que mesmo sendo o fumo considerado um dos principais fatores de risco para o câncer do aparelho respiratório e o álcool relacionado com os cânceres de boca, de faringe, de esôfago e de fígado, existe uma associação ou uma maior potencialidade de ambos como responsáveis pelo desenvolvimento do câncer de mama.

5.3 Conhecimento e realização dos exames de detecção precoce do câncer de mama

Atualmente as tentativas para o controle do câncer de mama estão concentradas nas ações de prevenção e detecção precoce que, para o Instituto Nacional do Câncer, são em número de três: 1) auto-exame das mamas (AEM); 2) exame clínico das mamas (ECM) realizado por profissional de saúde especializado e 3) mamografia realizada regularmente conforme orientação do profissional médico (DUARTE; ANDRADE, 2003).

O presente estudo evidenciou que grande percentual das usuárias estudadas conhece o auto-exame de mama. De acordo com a tabela abaixo, pode-se inferir que 252 (78,75%) das mulheres relataram conhecer AEM.

TABELA 3: Distribuição das entrevistadas de acordo com o conhecimento e realização do auto exame de mama. Fortaleza 2008.

Variaveis	N= 320(*)	%
Conhece o AEM?		
Sim	252	78,8
Não	68	21,2
Realiza o AEM?		
Sim	159	63,1
Não	93	36,9
Frequência de realização		
Mensal	96	60,38
Semestral	9	5,66
Anual	2	1,26
Sem frequência definida	52	32,70

(*) o valor de n varia de acordo com a quantidade de pacientes referentes aos itens: conhecimento (320), realização do auto-exame (252) e frequência de realização (159).

O objetivo fundamental do auto-exame de mama é fazer com que a mulher conheça detalhadamente suas mamas, o que facilita a percepção de quaisquer alterações, promovendo o diagnóstico precoce, com grandes perspectivas de cura em ritmos promissores (ANDRADE et al, 2005).

Por detectar anormalidades, a não-realização deste exame pode levar a um descobrimento do câncer num estágio mais avançado, necessitando, muitas vezes, de uma intervenção mais invasiva como a retirada de um quadrante da mama ou até mesmo de toda a mama (MULLER et al, 2005).

Estudos, como o realizado por Monteiro et al (2003), indicam impacto significativo do AEM na detecção precoce do câncer de mama, registrando-se tumores primários menores e menor número de linfonodos axilares invadidos pelo tumor (ou por células neoplásicas) nas mulheres que fazem o exame regularmente. Nesse estudo, observou-se que quase a totalidade das entrevistadas (96,0%) conhecia o AEM, contudo menos de um terço destas o realizavam corretamente. Dentre as que não o realizavam, o principal motivo foi o desconhecimento da técnica, com 55 mulheres, representando 48,2% do total.

Ainda há muitas controvérsias em relação à eficácia do AEM, porém, estudos comprovam que mulheres, ao praticarem o auto-exame mais frequentemente, tornam mais fácil notar qualquer modificação nas mamas, como também, apresentam um estágio clínico mais favorável da doença do que aquelas que nunca realizam essa prática (DAVIM et al, 2003).

Apesar de não se ter demonstrado que os ensaios com treinamento, na realização do auto-exame das mamas, reduzam a mortalidade por câncer de mama, conforme apresentado por Hackshaw & Paul (2003), há evidências de que as medidas destinadas à redução do estadiamento ao diagnóstico tendem a produzir um grande benefício generalizado em termos da sobrevivência das pacientes e dos custos do tratamento (JÚNIOR et al, 2006).

Vale dizer que, se o auto-exame de mama não demonstrou ser eficaz para diminuir a mortalidade por câncer de mama, em ensaios clínicos, não significa afirmar que não há nada a fazer nessa área. Dados encontrados em pesquisas afirmam que 80% dos tumores de mama são descobertos pela mulher ao se palpar incidentalmente. Contudo, em geral, eles já apresentam um tamanho grande, dificultando o seu tratamento (BRASIL, 2008).

Pode-se observar de acordo com a tabela três, que dentre o total de mulheres que conhecem o auto-exame das mamas, 159 (63,1%) delas realizam o exame, destacando, ainda, que 96 (60,38%) deste total que realizam, utilizam a frequência mensal para realização do exame, conforme é preconizado pelo Ministério da Saúde.

A frequência de realização do auto-exame influencia diretamente a acurácia do mesmo. A realização correta do auto-exame dá-se uma vez ao mês, durante a segunda semana após a menstruação. É importante salientar que a realização fora deste período poderá detectar falsas impressões (MULLER et al, 2005).

Apesar de o auto-exame ser recomendado indistintamente a todas as mulheres, a partir dos 21 anos de idade, entre o 7º e 10º dia do ciclo menstrual, quando as mamas se apresentam mais flácidas e indolores, a sua realização é obrigatória em grupos de mulheres que apresentam fatores de risco. Para aquelas que não menstruam (menopausadas e hysterectomizadas ou as que estão amamentando) deve-se escolher um dia no mês e realizar o auto-exame, sempre com intervalo de 30 dias. (DAVIM, et al, 2003).

Estudos demonstram que a sobrevida em cinco anos tem sido de 75% entre as praticantes do AEM contra 57% entre as não-praticantes (MONTEIRO et al, 2003).

No estudo desenvolvido por Molina, Dalben e Luca (2003), observou-se que a maioria das entrevistadas (80%) foi orientada sobre os métodos de prevenção secundária do câncer de mama e 78,9% realizavam a auto-palpação. Porém, mesmo com a orientação recebida, as mulheres desconheciam o período certo recomendado para o auto-exame das mamas, somente 27% realizavam corretamente, isto pode ser reflexo da inadequação do método educativo utilizado.

Andrade et al (2005) observaram em sua pesquisa que entre as mulheres participantes da Fase 1 do Estudo Pró-Saúde, a frequência de realização do auto-exame das mamas pôde ser considerada alta, pois 43% das participantes relataram sua prática *todo mês* ou *quase todo mês* — em nível semelhante ao observado entre mulheres em países desenvolvidos.

O estudo desenvolvido por Marinho et al (2003), objetivou refletir sobre o uso ou a negligência desse método de diagnóstico precoce, acreditando ser dever da sociedade e dos profissionais da saúde o incentivo à informação, ao combate e à prevenção da doença; visto que o estudo por eles apresentado mostrou que muitas mulheres não realizavam o auto-exame, mesmo sendo este um procedimento bastante simples.

A heterogeneidade entre o conhecimento e a prática do auto-exame das mamas é também relatada em outros países. Na Turquia, investigação longitudinal sobre os fatores preditores da intenção de realizar o auto-exame, em uma amostra de 91 mulheres, apontou que embora 81% referissem realizá-lo, apenas 41% o faziam de forma correta (HACIHASANOGLU & GOZUM, 2008).

Estudo similar ao agora apresentado foi também realizado em Goiânia durante o ano de 2006, mas com uma amostragem mais reduzida. Neste estudo anterior, as distribuições de

frequência observadas foram bem inferiores, sendo que 75% das pacientes conheciam o AEM e somente 51% das mulheres o praticavam regularmente (JUNIOR et al, 2006).

A frequência de realização do auto-exame influencia diretamente a acurácia do mesmo. Embora a maioria das participantes tenha relatado realizar o auto-exame, o principal motivo citado para a não-realização foi o desconhecimento da técnica 65 (20,31%) das entrevistadas, seguido por esquecimento 33 (10,31%) delas. Corroborando com os resultados do estudo de Monteiro et al (2003), que justifica este fato devido à maioria dos serviços que realizam atendimento à saúde da mulher apresentar propostas que não são acompanhadas de treinamento adequado para a prática do AEM.

Outro aspecto relevante a ser comentado quanto à questão do esquecimento é que este é usado como justificativa para a não-realização do auto-exame, evidenciando, talvez mediante uma linguagem corporal, um descuido com o próprio corpo. Esquecer seria uma forma de não ter chances de detectar algo estranho (doença). Contudo, esse esquecimento pode levar a um afastamento dos riscos reais, ao mesmo tempo em que pode servir como uma defesa diante da possibilidade da morte. (MILLER, BAINES, WALL, 2000).

É importante ressaltar que dentre os motivos da não-realização, ainda se fizeram outros tais como: "não achar necessário" e "falta de interesse", relatados por 27 (8,44%) das mulheres, demonstrando que apenas transmitir a informação não é suficiente para a mudança de comportamento, já que a prática do AEM depende da decisão da cliente, a partir da compreensão e interpretação que tem da possibilidade de prevenir e ser responsável pela sua própria saúde.

Ao fazer uma associação entre o conhecimento do AEM e o tempo de estudo das participantes podemos observar que dentre as que estudaram entre seis e dez anos 59 (69,41%) conheciam o exame, já as que apresentaram acima de 11 anos de estudo, 177 (84,29%) relataram conhecer o auto-exame.

TABELA 4: Associação do conhecimento do AEM com o tempo de estudo das participantes. Fortaleza, 2008.

Conhece o AEM?	Tempo de estudo			Total	
	0 - 5 anos	6 - 10 anos	Acima de 11 anos		
Sim	f	16	59	177	252
	%	64,00	69,41	84,29	78,75
Não	f	9	26	33	68
	%	36,00	30,59	15,71	21,25
Total	f	25	85	210	320
	%	100	100	100	100

O estudo demonstrou que o tempo de estudo influencia na prática do AEM ($p = 0,004$), corroborando com o achado de Júnior et al (2006), em que o grupo de mulheres com melhor nível educacional é o que tem maior acesso ao conhecimento do AEM e, por conseguinte, o que mais o pratica.

Molina; Dalben & Luca (2003), em seu estudo, também observaram que a escolaridade, além da idade, estava relacionada com o conhecimento sobre a periodicidade recomendada do auto-exame das mamas, com a solicitação da mamografia e com o exame clínico. Com relação à escolaridade, pode-se dizer que quanto maior foi o grau de estudo, maior foi o conhecimento adquirido sobre métodos de prevenção, devido ao próprio domínio da leitura e melhores oportunidades de acessar serviços de saúde.

Sabe-se que as informações relacionadas à detecção precoce do câncer de mama, existem, porém, parecem não cumprir sua função preventiva, visto que há problemas no conhecimento e posterior execução da prática do auto-exame na população pesquisada.

Nos países em desenvolvimento, como no caso do Brasil, não há política adequada visando o diagnóstico precoce do câncer de mama. Ao mesmo tempo, nesses países, não há investimento em educação pública, o que dificulta o acesso à informação. Desta forma, torna-se de fundamental importância o conhecimento de quais os grupos populacionais que necessitam de maior atenção e, a partir daí, identificar qual seria o melhor método de alcançá-los para a difusão da prática do auto-exame (MONTEIRO et al, 2003).

Dessa forma, pensamos que as campanhas que se propõem a incentivar a realização do auto-exame podem não estar voltadas para as reais necessidades das mulheres. Estes dados fornecem-nos subsídios para traçar novas campanhas informativas e preventivas, de acordo com o conhecimento ou a falta deste nas mulheres desta população.

Em relação à renda familiar, ao associá-la com o conhecimento do AEM, pode-se observar que dentre as que relataram conhecer o exame, 155 (61,51%) apresentam renda de um ou mais salário mínimo (SM), enquanto 97 (38,49%) têm renda menor que um salário.

TABELA 5: Associação do conhecimento do AEM com a renda familiar das participantes. Fortaleza 2008.

Conhece o AEM mama?		Faixa de renda em SM		
		Menos de 1	≥ 1	
Sim	n	97	155	252
	%	38,49	61,51	100,00
Não	n	42	26	68
	%	61,76	38,24	100,00
Total		139	181	320

Os dados mostram também que há uma relação significativa entre o conhecimento do AEM e a faixa de renda familiar ($p = 0,001$). Mulheres com renda acima de um salário mínimo representam a maioria 155 (61,51%) em relação ao conhecimento do AEM.

Pessoas em condições socioeconômicas desfavoráveis têm maior dificuldade de acesso ao sistema de saúde, conseqüentemente estão expostas ao diagnóstico tardio de várias doenças, inclusive o câncer de mama (MARINHO et al, 2003).

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 et al, 2005).

Constatou-se neste estudo que o exame clínico das mamas é realizado em 247 (77,18%) das entrevistadas, indicando que a maioria tem a oportunidade de diagnóstico precoce do câncer de mama, fato este de grande importância, pois qualquer serviço de saúde, sendo público ou privado, pode e deve oferecer o exame durante a consulta.

TABELA 6: distribuição entre o número de mulheres que realizam o ECM com a frequência de realização. Fortaleza 2008.

Frequência de realização do exame clínico	N	%
Semestral	34	13,75
Anual	168	68,01
Bianual	15	6,10
Sem frequência definida	29	11,74
Trienal	1	0,40
Total	247	100

As participantes foram também interrogadas quanto à frequência de realização do exame clínico das mamas, observando-se que dentre as que realizam o ECM a probabilidade de frequência é maior nas que o praticam anualmente 168 (68,01%) delas.

O exame clínico da mama (ECM) é parte fundamental da propedêutica para o diagnóstico de câncer. Deve ser realizado como parte do exame físico e ginecológico, e constitui a base para a solicitação dos exames complementares. Como tal, deve contemplar os seguintes passos para sua adequada realização: inspeção estática e dinâmica, palpação das axilas e palpação da mama com a paciente em decúbito dorsal (BRASIL, 2004).

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 (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 (DIAS-DA-COSTA et al, 2007).

Para Scowitz et al (2005) a conduta do exame clínico das mamas, apesar da tendência de aumento no escore de risco, em mulheres com fatores desencadeantes, é provável que

dependa, em grande parte, do acesso à consulta, ou seja, uma vez que a paciente chegue ao profissional, deverá ter suas mamas examinadas.

No presente estudo, 44 (13,75%) das participantes responderam não realizar o exame, porque não procuram atendimento, seguidas de 27 (8,44%) que afirmaram que o profissional não realizava o exame durante a consulta ginecológica e três (0,94%) alegaram não dispor de tempo para a realização.

A palpação cuidadosa e a inspeção das mamas são partes essenciais do exame com o profissional, mas é necessário treinamento, experiência e motivação para que os exames sejam realizados corretamente. Pesquisas como a de Molina, Dalben e Luca (2003), demonstraram que só o conhecimento das normas preconizadas não é o suficiente, o importante é transformá-las em práticas de rotina.

Para Scowitz et al (2005) há uma tendência de redução na frequência à consulta ginecológica à medida que avança a idade das mulheres, sugerindo uma menor preocupação com cuidados de saúde preventivos por parte das mulheres mais velhas. Daí o fato de mulheres mais idosas apresentarem prevalência mais baixa na realização do exame clínico das mamas.

A demanda de um serviço de saúde por parte do usuário é resultado da combinação de múltiplos fatores, entre eles a disponibilidade e a aceitação do serviço, a percepção da necessidade e da avaliação que o usuário faz da qualidade do mesmo (POBLANO-VERÁSTEGUI; FIGUEROA-PEREA; LÓPEZ-CARRILLO, 2004).

Estes mesmos autores relatam em seu estudo que os profissionais de saúde oferecem pouca ou nenhuma possibilidade de realização do exame clínico. Quando chega a oferecer, o usuário geralmente aceita, apesar de todas as dúvidas e receios que se prendem com a falta de informação, de confiança na instituição e mesmo no profissional.

Gonçalves et al (2008) apontam em seu estudo uma deficiência da assistência médica referente à baixa frequência de realização do exame das mamas entre as gestantes com 30 anos ou mais (45,5%), sabidamente reconhecidas como população de risco para desenvolverem câncer de mama.

Pinho (2004) demonstra preocupação diante dos resultados do seu estudo, já que, na amostra estudada, 15% das mulheres nunca foram submetidas ao exame clínico das mamas e 10% delas nunca fizeram o Papanicolau. Além do mais, um quinto das que foram submetidas a este exame não tiveram as suas mamas examinadas durante o procedimento. Estas, sem dúvida, são deficiências na assistência à saúde que precisam ser corrigidas para que o controle do câncer de mama seja mais adequado.

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).

Na pesquisa realizada por Miller; Baines; Wall (2000), que das 39.405 mulheres incluídas no estudo, metade recebeu exame mamográfico acrescido de ECM enquanto as demais somente o ECM. Após 13 anos de seguimento, não houve diferença significativa no número de casos diagnosticados e na evolução para óbito (107 versus 105), sugerindo que o ECM é tão efetivo quanto a mamografia.

Contraopondo a isto, Thuller (2003) afirma que até o presente momento não há evidências científicas da eficácia do ECM na redução da mortalidade por câncer de mama, acrescentando que dos nove ensaios clínicos realizados para avaliar a eficácia do rastreamento mamográfico, quatro incluíram o ECM apenas como intervenção complementar.

Contudo, no estudo realizado recentemente por Siqueira; Rezende e Barra (2008) observou-se que o ECM mostrou-se superior às técnicas de imagem na determinação do tamanho do tumor residual, o que poderia ser explicado pelo fato de que, por um lado, doença residual mínima poderia não ser detectada por esses métodos e, por outro, fibrose e hialinização poderiam ser interpretadas como doença residual na imagem mamográfica e ecográfica.

Para estes autores, o ECM deve ser valorizado no caso de lesões palpáveis, por se tratar de um exame simples, de rápida realização e praticamente sem custos adicionais. Obviamente, ele apresenta limitações no caso de lesões muito pequenas, que não são palpáveis mesmo por experientes mastologistas, obrigando-nos a recorrer aos métodos de imagem para a determinação do tamanho do tumor.

Ao relacionar a prática do ECM com o tempo de estudo das participantes, observou-se nos dados levantados que do total de mulheres que estudaram de seis a dez anos, 62 (72,94%) realizavam o exame enquanto que as que estudaram mais de 11 anos, 166 (79,05%) relataram praticá-lo. Porém, ao ser realizado o teste estatístico não paramétrico, qui-quadrado, verificou-se a não existência de associação entre estas variáveis, ao nível de significância de 5% ($p = 0,804$).

TABELA 7: Associação entre a realização do ECM com o tempo de estudo das participantes. Fortaleza 2008.

Realiza o exame clínico	Tempo de estudo			Total	
	0 - 5 anos	6 - 10 anos	Acima de 11 anos		
Sim	f	19	62	166	247
	%	76,00	72,94	79,05	77,19
Não	f	6	23	44	73
	%	24,00	27,06	20,95	22,81
Total	f	25	85	210	320
	%	100	100	100	100

Este fato contrapõe o que foi dito por Molina; Dalben & Luca (2003), em seu estudo, no qual afirmaram que a escolaridade estava relacionada com a realização do exame clínico. Eles observaram que quanto maior foi o grau de estudo, maior foi o conhecimento adquirido sobre métodos de prevenção, devido ao próprio domínio da leitura e melhores oportunidades de acessar serviços de saúde. Conseqüentemente, houve uma maior exposição ao exame clínico.

Quanto à renda familiar pode-se observar que também não houve uma associação entre a realização do exame clínico e a faixa de renda das entrevistadas. Através do mesmo verificou-se a um nível de significância de 5% que não existe associação entre as variáveis estudadas ($p=0,091$). Porém, observa-se que dentre as mulheres que realizam o exame clínico, 146 (59,11%) apresentaram renda acima de um salário mínimo.

TABELA 8: Associação entre a realização do ECM com a renda familiar das participantes. Fortaleza 2008.

Realiza o exame clínico	Faixa de renda (em sm)		Total	
	Menos de 1	Acima de 1		
Sim	f	101	146	247
	%	40,89	59,11	100,00
Não	f	38	35	73
	%	52,06	47,94	100,00
Total		139	181	320

Contudo, no estudo realizado por Dias da Costa et al (2007), revelou que o fator determinante para realização do exame clínico foi a classe econômica. As mulheres inseridas nas classes mais baixas apresentaram menor probabilidade de serem examinadas.

Deve-se ressaltar também, que no estudo realizado por Gonçalves et al (2008) as mulheres com renda familiar *per capita* menor que um salário mínimo e com escolaridade igual ou inferior a oito anos apresentaram maior probabilidade de não realizarem o exame clínico das mamas no pré-natal, em relação às demais. Os autores concluem que esse procedimento depende do médico e exige maior tempo de consulta. 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.

As participantes do estudo foram indagadas a respeito do conhecimento e realização da mamografia, sendo constatado que, dentre o total de entrevistadas, 242 (75,62%) relataram conhecer este exame. Destas, 104 (42,98%) já realizaram a mamografia.

TABELA 9: Distribuição das entrevistadas de acordo a realização da mamografia. Fortaleza 2008.

Já fez mamografia?	N	%
Sim	104	42,98
Não	138	57,02
Total	242	100

A mamografia é um método utilizado na detecção e no diagnóstico das doenças da mama e é frequentemente realizada em mulheres saudáveis. Entretanto, este tipo de exame possui suas limitações e o rastreamento pode resultar em consequências adversas (CORRÊA, et al, 2008).

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, o último consenso tirado entre especialistas do Ministério da Saúde definiu que: as mulheres de alto risco com 35 anos ou mais, devem ser acompanhadas

anualmente com um exame clínico e uma radiografia, mesmo sem sinais ou sintomas, e que todas as outras mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, mesmo assintomáticas, realizem uma mamografia pelo menos a cada dois anos (BRASIL, 2004).

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 (MOLINA; DALBEN; LUCA, 2003).

No estudo realizado por Marinho et al (2008) apenas 7,4% das entrevistadas demonstrou conhecimento adequado sobre o exame de mamografia, embora uma atitude frente a este procedimento tenha sido adequada em 97,1% das mulheres e a prática adequada em 35,7% das entrevistadas, mostrando uma adequação baixa na taxa de realização do exame.

Em um estudo semelhante realizado em 1012 mulheres de Hong Kong, 58% nunca tinham ouvido falar da mamografia. Falta de tempo e de custos foram as razões mais freqüentemente relatadas para a relutância em participar de exames clínicos da mama ou mamografia screenings (CHUA et al 2005).

Segundo Scowitz et al (2005), as mulheres entre 50 e 59 anos apresentam maior prevalência de "realização de mamografia na vida" em relação às outras faixas etárias. 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.

Pode-se observar ainda, de acordo com a tabela 10, em uma distribuição da freqüência sobre a realização da mamografia que: 46 (44,23%) das participantes que relataram realizar o exame mamográfico fazem anualmente, seguidas de 36 (34,62%) que o realizam sem uma freqüência definida, 19 (18,27%) de dois em dois anos, duas (1,92%) de três em três anos e uma (0,96%) que referiu seguir uma seqüência semestral.

TABELA 10: Distribuição das entrevistadas de acordo com a frequência de realização da mamografia. Fortaleza 2008.

Frequência de realização da mamografia	N	%
Semestral	1	0,97
Anual	46	44,23
Bianual	19	18,27
Sem frequência definida	35	33,65
Trienal	3	2,88
Total	104	100

Podemos considerar um número relativamente alto de mamografias realizadas, já que o estudo envolveu uma amostra em que a maioria das idades das participantes não fazia parte da idade preconizada pelo Ministério da Saúde para a prática deste exame.

As elevadas prevalências de realização de mamografia aqui encontradas indicam que a prática dessas condutas favorecedoras da prevenção secundária do câncer de mama, na população estudada, é no mínimo, satisfatória.

Estudos têm demonstrado que mulheres entre 50 e 75 anos são as maiores beneficiárias destes programas de saúde. Testes regulares em mulheres acima de 65 anos podem reduzir a mortalidade pela doença em até 45% (MARCHI; GURGEL; FONSECHI-CARVASAN, 2006).

Considerando as 138 entrevistadas (57,02%), que relataram conhecer a mamografia, mas que nunca realizaram o exame, observou-se que: 35 (25,36%) delas alegaram que a não-realização se deu porque o profissional não solicitou; 52 (37,68%) afirmaram não ter idade para o exame; 10 (7,24%) relataram que nunca precisaram; 21 (15,22%) não souberam informar porque nunca realizaram e 20 (14,49%) reclamaram da falta de acesso para realização deste exame.

Os resultados do presente estudo estão de acordo com outro estudo brasileiro que encontrou uma proporção semelhante sem referências de mamografia, tanto no setor de saúde público como no privado (84,3% e 46%, respectivamente). Eles também constataram que cerca de 30% de mulheres atendidas no serviço público não realizaram mamografia, porque os profissionais da saúde a consideraram desnecessária. (GODINHO; KOCH, 2005).

Ensaio randomizado (RCT) controlado têm mostrado a importância da mamografia para o início do diagnóstico de câncer de mama em mulheres assintomáticas. Esta técnica de rastreamento tem sido o mais eficiente dos recursos suficientes para diminuir mortalidade pela doença, especialmente em mulheres com idade entre 50 e 69 anos, com reduções de 20% para 35% (ELMORE et al, 2005; NYSTROM ET AL, 2002).

Embora, mamografia e exame clínico da mama sejam amplamente utilizados na detecção do câncer de mama, seu impacto ainda é controverso. O estudo realizado por Elmore et al (2005) em seis planos de saúde nos Estados Unidos mostrou que a realização da mamografia não estava associada com redução da mortalidade por câncer de mama e sugere que ela possa ser eficaz apenas para as mulheres que estão em maior risco da neoplasia.

Corroborando estes autores, Siqueira; Rezende; Barra (2008), a mamografia pode subestimar o tamanho de uma lesão se o diâmetro máximo do tumor não for captado pelas projeções tradicionais do exame; nos casos de lesões espiculadas e irregulares, com bordas indistintas e pela dificuldade na determinação exata da opacidade da lesão em mamas densas.

Não obstante, os investimentos têm sido feitos para melhorar as técnicas da mamografia (principalmente a mamografia digital) ou outras formas de rastreio (ressonância magnética por imagem), baseado nas crenças de seu real benefício para as mulheres (KOOMEN et al, 2005).

Observou-se também, no presente estudo, que ao se fazer uma associação entre o conhecimento da mamografia e o tempo de estudo das participantes, verificou-se que a um nível de significância de 5% não existe associação entre as mesmas ($p=0,859$). Contudo, os dados levantados mostram dentre as que estudaram entre seis e dez anos, 61 (71,76%) conhecem o exame e entre as que estudaram mais de 11 anos 162 (77,14%) relataram conhece-lo.

TABELA 11: Associação do conhecimento da mamografia com o tempo de estudo das participantes. Fortaleza 2008.

Conhece mamografia?	Tempo de estudo			Total	
	0 - 5 anos	6 - 10 anos	Acima de 11 anos		
Sim	f	19	61	162	242
	%	76,00	71,76	77,14	75,63
Não	f	6	24	48	78
	%	24,00	28,24	22,86	24,38
Total	f	25	85	210	320
	%	100	100	100	100

No estudo realizado por Marinho et al (2008), pode-se constatar que a principal barreira apontada para a realização da mamografia não foi uma solicitação por parte dos médicos dos centros de saúde, e sim, uma adequação da atitude das mulheres que está relacionada à escolaridade igual ou superior a cinco anos.

Já em relação à renda familiar verificou-se ao nível de significância de 5%, a existência de associação entre as variáveis referidas: conhece a mamografia e renda familiar, conforme é apresentado na tabela abaixo ($p=0,033$). Dentre as participantes que possuem renda maior ou igual a um salário mínimo, encontraram-se 145 (80,11%) que relataram conhecer a mamografia, isto é, uma probabilidade superior àquelas que possuem renda abaixo de um salário mínimo.

TABELA 12: Associação do conhecimento da mamografia com faixa de renda das participantes. Fortaleza 2008.

Conhece a mamografia?	Faixa de renda (SM)		Total	
	Menos de 1	Maior ou igual 1		
Sim	f	97	145	242
	%	69,78	80,11	75,63
Não	f	42	36	78
	%	30,22	19,89	24,38
Total		139	181	320

É nítido o fato de que o nível socioeconômico é um dos mais importantes fatores determinantes da maior ou menor realização das condutas preventivas para o câncer de mama.

A associação entre ambos é diretamente proporcional, quanto maior o nível socioeconômico, maior o número de consultas e, conseqüentemente, mais exames são realizados.

A dificuldade de acesso à consulta e aos exames diagnósticos, como a mamografia, são fatores que, de certa forma, podem estar estimulando as mulheres de classe social mais baixa a praticar o auto-exame de mamas, já que este passa a ser a única forma de prevenção acessível (SCLOWITZ et al, 2005).

No estudo de Marinho et al (2008), a prática adequada da mamografia associou-se com o trabalho fora de casa e renda familiar igual ou superior a cinco salários mínimos.

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.

6 CONCLUSÃO

O desenvolvimento deste estudo ofereceu margens à percepção de detalhes do universo das mulheres entrevistadas, pois além de procurar contemplar os objetivos da pesquisa, permitiu a observação de pontos adversos como a falta de programas de educação para a saúde que possibilitem um maior conhecimento dos fatores de risco para câncer de mama e dos exames de detecção precoce, abordando de forma correta as técnicas e frequências preconizadas.

Os dados reunidos neste trabalho visam contribuir para um melhor conhecimento da efetividade das ações de prevenção do câncer de mama feminino. Com base nas informações disponíveis, fica evidente que os principais fatores de risco para o câncer de mama na mulher (idade, história familiar, história reprodutiva, suscetibilidade genética, etc. não são passíveis de intervenção em nível populacional).

Entretanto, um pequeno número de fatores de risco poderá ser alvo das estratégias de prevenção primária para o câncer de mama, entre eles fumo e álcool. Logo, entre as possíveis recomendações para a população em geral está o estímulo a hábitos de vida saudáveis, o que inclui não fumar e ingerir bebidas alcoólicas com moderação.

As transformações pelas quais tem passado a sociedade brasileira contribuem de forma direta e progressiva para a morbidade e mortalidade do câncer de mama, incluindo estilos de vida e descasos com a saúde.

Alguns fatores influenciam diretamente este quadro, incluindo os fatores de risco apresentados no estudo: envelhecimento, menarca precoce, redução do número de gestações e da duração da amamentação, estilos de vida decorrentes das tendências atuais, consumo de fumo e álcool pelas mulheres, uso de anticoncepcionais, além das mutações genéticas.

Por meio dos objetivos buscou-se refletir sobre a existência de fatores de risco nas mulheres estudadas como também o conhecimento e realização dos exames de diagnóstico precoce.

Observa-se que parte das mulheres pesquisadas embora saibam da existência do câncer de mama e apresentem fatores de risco para a neoplasia, no momento de praticar os exames de detecção precoce, não os realizam ou os fazem de maneira inadequada, o que acaba tornando a prática ineficaz quanto a seu objetivo, que é o diagnóstico precoce.

Torna-se necessária uma clara descrição a respeito dos fatores de risco que estão presentes nesta neoplasia, bem como, os principais exames de detecção, direcionando as informações para a maneira adequada de realizá-los.

Constata-se uma falta por parte de profissionais em relação a orientação quanto a existência dos fatores de risco e dos exames de detecção precoce, bem como a existência de uma lacuna devido a não realização de exames por parte destes profissionais.

Uma das maiores barreiras encontradas para o cumprimento das recomendações para o diagnóstico precoce do câncer de mama, como o exame de mamografia, é a falta de solicitação do profissional.

Quanto ao exame clínico, por ser uma técnica de difícil padronização, observa-se variação da reprodutibilidade, na dependência do profissional que a executa. Deve-se encorajar o diagnóstico precoce do câncer de mama por meio deste exame, com ênfase em mulheres que freqüentam serviços de saúde por outras razões (rastreamento oportunista).

As campanhas preventivas podem estar deixando a desejar quanto a sua função de detecção precoce da doença, o que leva-se a pensar em uma necessidade de sua reformulação.

Caso essas campanhas fossem reavaliadas, informando com mais clareza os procedimentos para realização eficaz dos exames, de acordo com as necessidades das mulheres, poder-se-ia ter um número maior delas realizando adequadamente essa prática.

Para que a prática dos exames consiga alcançar seu objetivo de detecção precoce e conseqüente queda da mortalidade, as campanhas sobre o mesmo devem ser realizadas de modo a fornecer informações mais completas sobre a técnica e a importância do autocuidado, concomitantemente ao incentivo na área educativa, para que essas informações se incorporem ao comportamento da mulher.

A divulgação do método deve ser estimulada em todos os níveis assistenciais, por todos os profissionais de saúde, ressaltando-se a sua importância dentro do contexto assistencial ao sexo feminino, para que sejam alcançados os diferentes grupos sociais de forma efetiva.

Os exames abordados no estudo, quando realizados adequadamente, são considerados importantes e eficazes na detecção precoce da neoplasia. Porém, parte das entrevistadas desconhecia a forma correta de realização dos mesmos, o que vem alertar a necessidade de orientação às mulheres.

Observou-se nos dados apresentados que o grau de escolaridade e a renda familiar mostraram-se significantes, apenas em alguns dos exames de detecção precoce, contrapondo estudos realizados anteriormente.

Faz-se necessário a criação e aprimoramento de novos programas de educação em saúde, transformando as salas de espera para consultas em espaços para palestras educativas.

A enfermagem tem papel fundamental no desenvolvimento destas estratégias, já que tem seu trabalho voltado para prevenção e não para a cura das doenças.

Vale ressaltar, a partir dos resultados da pesquisa, que mesmo com a tecnologia desenvolvida nas últimas décadas para o controle do câncer de mama, não se pode desconsiderar os múltiplos fatores que compõem a etiologia desta neoplasia. Daí, a necessidade de uma maior efetividade na detecção do câncer de mama e reconhecimento precoce dos seus fatores de risco.

REFERÊNCIAS

- ABREU, E.; KOIFMAN, S. Fatores prognósticos no câncer de mama feminina. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 48, n. 1, p. 113-131, 2002.
- ANDRADE, C. R.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; GRIEP, R. H.; LOPES, C. S.; FONSECA, M. J. M. Apoio social e auto-exame das mamas no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública** v. 21, n. 2, mar./abr. 2005.
- 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.
- BELLO, S. S.; MICHALLAND, S. H.; SOTO, M. I.; CONTRERAS, C. N.; SALINAS, J. C. Efectos de la exposición al humo de tabaco ambiental em no fumadores. **Rev. Chil. Enf. Respir.**, v. 21, n. 3, sept. 2005.
- 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.
- BENIA, W.; TELLECHEA, G. Estudio de los factores de riesgo para cáncer de mama y cuello uterino em mujeres usuarias de tres policlínicas barriales de Montevideo. **Rev. Med Uruguay**, v. 16, p. 103-113, 1997, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília, DF, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Controle do câncer de mama: documento de consenso. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 50, n. 2, p. 77-90, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. Disponível em: <<http://www.inca.org.br>>. Acesso em: 17 nov. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Plano de ação para o controle dos cânceres do colo do útero e da mama 2005-2007**. Brasília, DF, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata. Carta de Ottawa. Declaração de Adelaide. Declaração de Sunsvall. Declaração de Santa fé de Bogotá. Declaração de Jacarta**. Brasília, DF, 2001.
- CAMARGO, T. C.; SOUZA, I. E. O. Atenção à mulher mastectomizada: discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no Hospital do Câncer III. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v. 11, n. 5, 2003.

CAPLAN L.S; HAYNES S.G. Breast cancer screening in older women. **Public Health Rev** 1996; 24:193-204.

CAVALCANTI, P. P. **Identificando fatores de risco nos familiares de mulheres mastectomizadas.** 2003. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2003.

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.

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.

CORRÊA, R. S.; PEIXOTO, J. E.; SILVER, L. D.; DIAS, C. M.; NOGUEIRA, M. S.; HWANG, S. F; FERREIRA, R. S. Impacto de um programa de avaliação da qualidade da imagem nos serviços de mamografia do Distrito Federal. **Radiol. Bras.**, v. 41, n. 2, p. ?, mar./abr. 2008

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; CABRAL, M. L. N.; LIMA, V. M.; SOUZA, M. A. Auto-exame de mama: conhecimento de usuárias no ambulatório de uma maternidade escola. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v. 11, n. 1, jan./feb. 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

DUARTE, T. P.; ANDRADE, Â. N. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Est. Psicol.**, v. 8, n. 1, p. 155-163, 2003.

EIRAS, A. L.; KOCH, H. A.; PEIXOTO, J. E. Parâmetros envolvidos na qualidade da imagem mamográfica - revisão dos fundamentos teóricos. **Rev. Imagem**, v. 22, p. 143-148, 2000.

ELMORE, J. G.; ARMSTRONG, K.; LEHMAN, C. D.; FLETCHER, S. W. Screening for breast câncer. **JAMA**, v. 293, n.10, p.1245-1256, 2005.

FERNANDES, A. F. C.; MAMEDE, M. V. **Câncer de mama: mulheres que sobreviveram.** Fortaleza: editora UFC, 2003. 93 p.

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.

FERREIRA, M. L.; FRANCO, C. B.; QUEIROZ, F. C. Construindo o significado da mastectomia: experiência de mulheres no pós-operatório. **Rev. Ciênc. Méd.**, v. 11, n. 1, p. 47-54, 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.

FIGUEIRA, A. F.; SANTOS, A. L. G.; ARAUJO, R. F.; BELTRÃO, J. E. N.; FREIRE, A. A. B.; RASQUIN, J. H. Fatores de risco para câncer de mama. **Rev. Latinoam. Mastol.**, v. 3, n. 2, p. 78-82, 2002.

FLETCHER, S. W. **Screening for breast cancer**. Uptodate, 2003. Disponível em:<<http://www.uptodate.com>>. Acesso em 14 Nov. 2008.

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

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GODINHO, E. R.; KOCH, H. A. Fontes utilizadas pelas mulheres para aquisição de conhecimentos sobre câncer de mama. **Radiol. Bras.**, v. 38, n. 3, p. 169-173, 2005.

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.

HACKSHAW, A. K.; PAUL, E. A. Breast self-examination and death from breast cancer: a meta-analysis. **Br. J. Cancer**, v. 88, p.1047-1053, 2003.

HACIHASANOGLU, R.; GOZUM, S. The effect of training on the knowledge levels and beliefs regarding breast self-examination on women attending a public education centre. **Eur. J. Oncol. Nurs.**, v. 12, p. 58-64, 2008.

HORTA, R. L.; HORTA, B. L.; PINHEIRO, R. T.; MORALES, B.; STREY, M. N. Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma perspectiva de gênero. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 4, abr. 2007.

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

KOOMEN, M.; PISANO, E. D.; KUZMIAK, C.; PAVIC, D.; MCLELLAND, R. Future directions in breast imaging. **J. Clin. Oncol.**, v. 23, n. 8, p. 1674-1677, Mar. 2005.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Florianópolis, 2003.

LIMA, M. G.; KOIFMAN, S.; SCAPULATEMPO, I. L.; PEIXOTO, M.; NAOMI, S.; AMARAL, M. C. Fatores de risco para câncer de mama em mulheres indígenas Teréna de área rural, estado do Mato Grosso do Sul, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 6, nov./dez. 2001.

LIPWORTH, L.; BAILEY, L. R.; TRICHOPOULOS, D. History of breast-feeding in relation to breast cancer risk: a review of the epidemiologic literature. **J. Natl. Cancer Inst.**, v. 92, n. 4, p. 302-312, Feb. 2000.

MAKANEN, G.; MUNOZ, G. H. Riesgo y modelos de riesgo para cáncer de mama. In: MUÑOZ, G.H.; BERNADELLO, E. T. L.; PINOTTI, J. A.; BARROS, A. C. S. D. **Tratamiento conservador en cáncer de mama**. Caracas: McGraw Hill, 2002. cap. 4, p. 25-37.

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, abr. 2006

MARINHO, L. A. B; CECATTI, J. G.; OSIS, M. J. D.; GURGEL, M. S. C. Knowledge, attitude and practice of mammography among women users of public health services. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 200-207, 2008.

MARINHO, L. A. B; GURGEL, M. S. C.; CECATTI, J. G.; OSIS, M. J. D. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 576-582, 2003.

MARTINEZ MALDONADO, R.; PEDRÃO, L. J.; ALONSO CASTILLO, M. M.; LOPEZ GARCÍA, K. S.; OLIVA RODRIGUEZ, N. N. Self-esteem, perceived self-efficacy, consumption of tobacco and alcohol in secondary students from urban and rural areas of monterrey, nuevo león, méxico. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v. 16, n. esp., p. 614-620, July/Aug. 2008.

MEISTER, K.; MORGAN, J. **Risk factors for breast cancer**. New York: American Council on Science and Health, 2000. Disponível em: <<http://www.acsh.org>>. Acesso em: 2 Mar. 2008.

MENDONÇA, G. A. S., SILVA, A. M.; CAULA, W.M. Características tumorais e sobrevida de cinco anos em pacientes com câncer de mama admitidas no Instituto Nacional do Câncer, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1232-1239, 2004.

MILLER, A. B.; BAINES, C. J.; WALL, C. Canadian National Breast Screening Study-2: 13-year results of a randomized trial in women aged 50-59 years. **J. Natl. Cancer Inst.**, v. 92, n. 18, p. 1490-1499, Sept. 2000.

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.

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

MONTEIRO, C. A.; MOURA, E. C.; JAIME, P. C.; LUCCA, A.; FLORINDO, A. A.; FIGUEIREDO, I. C. R.; BERNAL, R.; SILVA, N. N. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 47-57, 2005.

MOTTA, V. T.; WAGNER, M. B. **Bioestatística**. Caxias do Sul: Educs; São Paulo: Robe Editorial, 2003.

MOURA-GALLO, C. V.; SIMÃO, T. A.; RIBEIRO, F. S.; SERPA, M. J. A.; CARDOSO, L. E. B.; MENDONÇA, G. A. S. Mutações no gene TP53 em tumores malignos de mama: associação com fatores de risco e características clínico-patológicas, inclusive risco de óbito em pacientes residentes no Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 7, n. 2, p.167-175, jun. 2004.

MÜLLER, M. C.; FRASSON, A.; KIELING, C.; HOFFMANN, F. S.; FLECK, P.; ZOGBI, H.; MATTA, A. Z.; WERRES, J. A prática do auto-exame das mamas em mulheres de uma comunidade universitária. **PsicoUFS**, v. 10, n. 2, dez. 2005.

NYSTRÖM, L.; ANDERSON, I.; BJURSTAM, N.; FRISELL, J.; NORDENSKJÖD ,B.; RUTGYIST, L. E. Long-term effects of mammography screening: updated overview of the Swedish randomized trials. **Lancet**, v. 359, n. 9310, p. 909-919, 2002.

PADILHA, P. C.; PINHEIRO, R. L. O papel dos alimentos funcionais na prevenção e controle do câncer de mama. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 50, n. 3, p. 251-260, 2004.

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.

PALMER, J. R.; ROSENBERG, L. Cigarette smoking and the risk of breast cancer. **Epidemiol. Rev.**, v. 15, p. 145-156, 1993.

PANIZ, V. M. V.; FASSA, A. G.; SILVA, M. C. Conhecimento sobre anticoncepcionais em uma população de 15 anos ou mais de uma cidade do Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 6, nov./dez. 2005.

PINHO, V. F. S. **Perfil de Risco para câncer de mama em uma população-alvo do Programa Viva Mulher**: um inquérito epidemiológico nas Unidades de Saúde da Família do município de Teresópolis/Rio de Janeiro. 2004. 86 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

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. Saúde Pública**, v. 21, n. 2, mar./abr. 2005.

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.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

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

ROSSANO, R. B. A. *et al.* Fatores de risco para o câncer de mama. **Rev. Latinoam. Mastol.**, v. 3, n. 2, p. 103-108, 2002.

SANCHEZ MARTÍNEZ, J. A.; RIBEIRO, C. R. O. The search for equality: representations of the smoking act among adolescent women. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v. 16, n. esp., p. 640-645, July/Aug. 2008.

SCHOR, N.; FERREIRA, A. F.; MACHADO, V. L.; FRANÇA, A. P.; PIROTTA, K. C. M.; ALVARENGA, A.T.; SIQUEIRA, A. A. F. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. **Cad. Saúde Pública**, v.16, n. 2, maio 2000.

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

SIQUEIRA, F. M. P.; REZENDE, C. A. L.; BARRA, A. A. Correlação entre o exame clínico, a mamografia e a ultra-sonografia com o exame anatomopatológico na determinação do tamanho tumoral no câncer de mama. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 30, n. 3, mar. 2008.

SMITH, G. H. *et al.* Células-tronco e redução do risco do câncer de mama. **Rev. Gineconews**, n. 47, p.13, 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.; BÉRIA, J. U.; TOMASI, E.; VICTORA, C. G. Breastfeeding and breast cancer: a case-control study in Southern Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n. 6, nov./dez. 2003.

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

THULER, L. C. S.; MENDONÇA, G. A. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 27, n. 11, nov. 2005.

TONANI, M. **Risco de câncer e comportamentos preventivos: a persuasão como uma estratégia de intervenção**. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

TRYGGVADOTTIR, L.; TULINIUS, H.; EYFJORD, J. E.; SIGURVINSSON, T. Breastfeeding and reduced risk of breast cancer in an Iceland cohort study. **Am. J. Epidemiol.**, v. 154, p. 37-42, 2001.

VACHON, C. M. **Investigation of interaction of alcohol intake and family history on breast cancer risk in the Minnesota.** Disponível em: <<http://www.research.bmn.com/medline/search/record>>. Acesso em: 2 Mar. 2008.

WOOD, G. L.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 330 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life.** Geneva, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases.** Geneva, 2003.

APÊNDICE A
FORMULÁRIO

A) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Data: ____/____/____

Data de Nascimento: ____/____/____ Renda Familiar: _____

Tempo de Estudo (ANOS): _____

Situação conjugal: 1-com companheiro ()
 2-sem comanheiro ()

Tem alguma ocupação?

Não () Sim () Se a resposta for positivo, qual? _____

Religião: _____

B) FATORES DE RISCO

Idade da Menarca: _____ Idade da Menopausa: _____

Já ficou grávida:

Não () Sim ()

Quantas vezes ficou grávida? _____

Se positivo, Idade da 1ªgestação _____ Amamentou? Sim () Não() Se
positivo, Tempo de amamentação (MESES) _____

Uso de anticoncepcional oral: sim() não ()

Se positivo, Tempo de uso (MESES) _____

Existem casos de câncer de mama na família? Sim () Não () Em caso de sim qual o
grau de parentesco? _____

Com que idade apresentou o diagnóstico? _____

Hábitos de uso diário: Fumo: sim() não ()

 Álcool: sim() não ()

C) PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO

Conhece o auto-exame das mamas? sim () não (..)

Realiza o auto- exame das mamas? sim () não (..)

Frequência que é feito este exame: Mensal () Semestral () Anual ()

Outros: _____

Em caso de negativo, por que não o realiza? _____

Realiza o exame clínico (realizado por um profissional da saúde)? sim () não (..)

Frequência que é feito este exame: Semestral () Anual ()

Outros: _____

Em caso de negativo, por que não o realiza? _____

Conhece a mamografia? sim () não (..)

Já fez mamografia? sim () não (..)

Frequência que é feito este exame: Semestral Anual () Bienal ()

Em caso de negativo, por que não o realiza? _____

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, fui convidada a participar como voluntária do estudo “AÇÕES BÁSICAS DE DETECÇÃO PRECOCE E FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER DE MAMA EM MULHERES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE FORTALEZA-CEARA” e recebi da Enfa. Anna Paula Sousa da Silva, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

Que o objetivo da pesquisa é identificar se eu realizo algum exame para detecção precoce do câncer de mama e se apresento algum fator de risco para o câncer de mama, tais como: história familiar de câncer de mama, idade, menstruação precoce, menopausa tardia, ocorrência da primeira gravidez após os 30 anos, ingestão de álcool, consumo de fumo e o uso de contraceptivos orais.

Para isso, responderei um questionário contendo informações sobre os meus dados de identificação, os fatores de risco citados acima e meu grau de conhecimento em relação aos exames realizados para a detecção precoce do câncer de mama.

Que as informações a meu respeito serão utilizadas apenas para a realização desta pesquisa e que, se eu desejar, terei acesso às informações, sendo inclusive possível tirar quaisquer dúvidas que possivelmente surjam, no decorrer do processo.

Terei liberdade de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem que isto acarrete problemas para mim.

As informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADA OU OBRIGADA.

Atenção: Para informar ocorrências irregulares ou danosas 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. Tel: 3366.8338.

Ou pelo tel 88624757 da pesquisadora responsável, em caso de quaisquer dúvidas.

Fortaleza, ____ de _____ de 2008

Assinatura do pesquisador

Assinatura do participante

