

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TANIELLY PAULA SOUSA

**FATORES ENVOLVIDOS NA ADESÃO AO RASTREAMENTO DO
CÂNCER DE MAMA**

GOIÂNIA, 2017

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZARAS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Nome completo do autor: Tanielly Paula Sousa

Título do trabalho: Fatores envolvidos na adesão ao rastreamento do câncer de Mama

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

Tanielly Paula Sousa
Assinatura do(a) autor(a)

Data: 06 / 03 / 2017

¹Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

TANIELLY PAULA SOUSA

**FATORES ENVOLVIDOS NA ADESÃO AO RASTREAMENTO DO
CÂNCER DE MAMA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Assistência à saúde da mulher, com ênfase na prevenção de patologias mamárias e cérvico-vaginais.

Linha de pesquisa: Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica para o cuidar em saúde e enfermagem.

Orientador(a): Dra. Janaína Valadares Guimarães.

Co-orientador(a): Dra. Ana Karina Marques Salge.

GOIÂNIA, 2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Paula Sousa, Tanielly

Fatores envolvidos na adesão ao rastreamento do câncer de mama [manuscrito] / Tanielly Paula Sousa. - 2017.
86 f.

Orientador: Profa. Dra. Janáina Valadares Guimarães; co orientadora Dra. Ana Karina Marques Salge.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem (FEN), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Goiânia, 2017.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, abreviaturas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Câncer de mama. 2. Programas de rastreamento. 3. Atenção primária à saúde. 4. Profissional de saúde. 5. Saúde da mulher. I. Valadares Guimarães, Janáina, orient. II. Título.

CDU 616-083

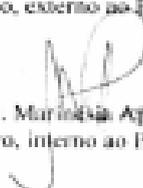
ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE TANIELLY PAULA SOUSA. Aos sete dias do mês de fevereiro de dois mil e dezessete (07/02/2017), às 14h00 min, reuniram-se os componentes da Banca Examinadora: Profa. Dra. Janaina Valadares Guimarães, Profa. Dra. Flávia Vieira e Profa. Dra. Marinésia Aparecida do Prado, sob a presidência da primeira, em sessão pública realizada no Auditório da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, para procederem à avaliação da defesa de Dissertação intitulada: **FATORES ENVOLVIDOS NA ADESÃO AO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA** em nível de Mestrado, área de concentração em **A ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE HUMANA**, de autoria de Tanielly Paula Sousa, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. A sessão foi aberta pela presidente da Banca Examinadora: Profa. Dra. Janaina Valadares Guimarães, que fez a apresentação formal dos membros da Banca. A seguir, a palavra foi concedida à autora da Dissertação que, em 40 minutos, fez a apresentação de seu trabalho. Logo em seguida, cada membro da Banca arguiu a examinada, tendo-se adotado o sistema de diálogo sequencial. Terminada a fase de arguição, procedeu-se à avaliação da defesa. Tendo em vista o que consta no Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, a Dissertação foi **APROVADA**, por unanimidade, considerando-se integralmente cumprido este requisito para fins de obtenção do título de **MESTRE EM ENFERMAGEM**, área de concentração em **A ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE HUMANA** pela Universidade Federal de Goiás. A conclusão do curso dar-se-á quando da entrega, na secretaria do programa, da versão definitiva da dissertação, com as correções solicitadas pela Banca e com o comprovante de envio de artigo científico, oriundo desta Dissertação para publicação em periódicos de circulação nacional e ou internacional. Cumpridas as formalidades de pauta, a presidência da mesa encerrou esta sessão de defesa de Dissertação de Mestrado e, para constar eu, Mayara Paula de Souza Santos, secretária do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, lavrei esta ata que depois de lida e aprovada, será assinada pelos membros da Banca Examinadora em quatro vias de igual teor.



Profa. Dra. Janaina Valadares Guimarães
Presidente da Banca e Orientadora – FEN-UFG



Profa. Dra. Flávia Vieira
Membro efetivo, externo ao Programa – FEN-UFG



Profa. Dra. Marinésia Aparecida do Prado
Membro efetivo, interno ao Programa – FEN-UFG

DEDICATÓRIA

"Consagre ao Senhor tudo o que você faz,
e os seus planos serão bem sucedidos"
(Provérbios 16:3).

AGRADECIMENTOS

Primeiro a Deus, a quem devo tudo que sou e tudo que já alcancei e a quem confio meu futuro. Devo agradecer por me ajudar a atravessar todas as dificuldades, por sua misericórdia infinita e fidelidade em todos os momentos.

À toda a minha família e amigos pelo apoio, confiança e pelo carinho com que sempre me acolheram. Em especial, minha mãe que tem sido um apoio fundamental para que eu possa cumprir meus objetivos e metas.

Gostaria de expressar minha mais profunda gratidão a minha orientadora, Profa. Dra. Janaína Valadares, pela sua excelente orientação, cuidado, apoio, paciência e por proporcionar-me, desde a graduação, um ambiente favorável ao meu crescimento e desenvolvimento.

À todos os profissionais da Faculdade de Enfermagem/UFG, em especial o corpo docente, por me proporcionarem nesses 7 anos um ambiente favorável ao meu desenvolvimento, além da disponibilidade e dedicação em transmitir o conhecimento.

Aos membros da banca examinadora, por aceitar o convite para participar e pelas contribuições na intenção de melhorar o trabalho.

Às mulheres que aceitaram participar do estudo, pela colaboração e disponibilidade dispensada.

E finalmente, o meu agradecimento a todos que de certa maneira contribuíram na conquista do mestrado.

SUMÁRIO

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES.....	7
LISTA DE TABELAS.....	8
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	9
RESUMO.....	10
ABSTRACT.....	11
RESUMEN.....	12
1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo geral.....	15
2.2 Objetivos específicos.....	15
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	16
3.1 Epidemiologia do câncer de mama.....	16
3.2 Métodos de detecção precoce do câncer de mama.....	18
3.3 Políticas e programas de rastreamento.....	23
3.4 Aspectos limitadores ao rastreamento do câncer de mama.....	26
4. METODOLOGIA	31
4.1 Desenho do estudo.....	31
4.2 Local da pesquisa.....	31
4.3 Sujeitos do estudo.....	31
4.4 Amostra.....	31
4.5 Critérios de elegibilidade.....	31
4.6 Critérios de exclusão.....	32
4.7 Coleta de dados.....	32
4.8 Instrumentos de coleta.....	32
4.9 Operacionalização/análise dos dados.....	33
4.10 Procedimentos ético-legais.....	34
4.11 Conflitos de interesse.....	34
5. RESULTADOS.....	35
5.1 Artigo 1.....	36
5.2 Artigo 2.....	54

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
REFERÊNCIAS.....	69
APÊNDICES.....	76
ANEXOS.....	82

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes, no Brasil, estimados para 2016 por sexo (exceto pele não melanoma).....	16
--	----

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1.1 Distribuição dos antecedentes ginecológicos, obstétricos e antecedentes de câncer das mulheres (n=320) usuárias da Estratégia de Saúde da Família em Goiânia-GO, 2016.....	40
Tabela 1.2 Associação entre faixa etária, filhos e antecedente familiar de câncer de mama e a realização dos exames de rastreamento do câncer de mama em mulheres usuárias da Estratégia de Saúde da Família em Goiânia-GO, 2016.....	41
Tabela 1.3 Distribuição das variáveis sobre comportamento de saúde das mulheres (n=320) usuárias da Estratégia de Saúde da Família em Goiânia-GO, Brasil, 2016.....	42
Tabela 1.4 Associação entre variáveis comportamentais de saúde e a realização dos exames de rastreamento do câncer de mama em mulheres usuárias da Estratégia de Saúde da Família em Goiânia-GO, Brasil, 2016.....	43
Tabela 1.5 Variáveis relacionadas ao uso do serviço de saúde e a realização dos exames de rastreamento do câncer de mama em Goiânia - GO, 2016.....	44
Tabela 2.1 Conhecimento das mulheres acerca dos exames de rastreamento do câncer de mama.....	58
Tabela 2.2 Fontes de Informações dos exames de rastreamento do câncer de mama segundo usuárias da ESF.....	59
Tabela 2.3 Conhecimento das mulheres usuárias da ESF acerca dos fatores de risco e dos sinais e sintomas do câncer de mama.....	59
Tabela 2.4 Conhecimento e prática das mulheres usuárias do SUS sobre os exames de rastreamento do câncer de mama.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - American Cancer Society

AEM – Autoexame das mamas

ECM – Exame Clínico das Mamas

ESF – Estratégia de Saúde da Família

INCA - Instituto Nacional do Câncer

MMG – Mamografia

OMS – Organização Mundial da Saúde

SBM- Sociedade Brasileira de Mastologia

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UABSF – Unidade de Atenção Básica de Saúde da Família

UFG – Universidade Federal de Goiás

USG - Ultrassonografia

WHO – World Health Organization

RESUMO

Dentre os tipos de câncer que acometem as mulheres, o de mama é considerado o mais comum, e representa quase 25% do total dos casos. O aumento da mortalidade por esse câncer ocorre principalmente devido à pouca adesão aos exames de rastreamento, que gera diagnóstico tardio e atraso na realização da terapêutica adequada. Este estudo objetivou identificar fatores envolvidos na adesão das mulheres aos exames de rastreamento do câncer de mama. Trata-se de um estudo com delineamento transversal, realizado em cinco Unidades de Atenção Básica de Saúde da Família (UABSF), em Goiânia, GO, Brasil. A amostra constituiu-se por 320 mulheres, na faixa etária entre 40 a 69 anos, não gestantes, que esperavam por atendimento nestas unidades. Para coleta de dados utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado, seguido de um estudo piloto. O teste do Qui-quadrado ou exato de Fisher foram utilizados para verificar a associação entre comportamento de saúde das mulheres, uso do serviço e conhecimento sobre o câncer de mama e a adesão das mulheres aos exames de rastreamentos do câncer de mama, com nível de significância de 5%. Já ter ouvido falar dos exames de rastreamento anteriormente ($p=0,001$), realizar consulta ginecológica anual ($p<0,001$), ter recebido recomendação profissional ($p<0,001$, $p<0,001$ e $p=0,002$) e ter realizado consulta ginecológica a menos de 3 anos ($p<0,001$) associou-se a prática de todos os exames de rastreamento, considerando o exame clínico das mamas (ECM), mamografia (MMG) e ultrassonografia (USG). Mulheres no peso adequado ($p<0,029$) e aquelas que recebem visita de profissional de saúde e/ou agente comunitário de saúde ($p<0,009$) realizaram mais o ECM. Mulheres entre 50 e 69 anos e as que têm filhos realizaram mais o exame de MMG ($p<0,001$). Reconhecer a idade recomendada ($p=0,01$) e frequentar a UABSF há mais de um ano ($p<0,024$) favoreceu a realização da USG. Mulheres que possuíam plano de saúde realizaram mais o ECM ($p<0,018$) e MMG ($p<0,065$) e conhecer os exames ($p=0,020$ e $p=0,021$) e ter antecedente familiar de câncer ($p<0,007$ e $p<0,034$) favoreceu a prática ECM e da USG. Portanto, as causas que levam a não adesão aos exames de rastreamento do câncer de mama são multifatoriais, mas o profissional de saúde merece destaque, pois ele é a principal fonte de informação dessas mulheres, sendo fundamental na desconstrução de limitações socioculturais, de conhecimento e questões organizacionais que envolvem o rastreamento do câncer de mama.

Palavras-chave: Câncer de Mama; Programas de Rastreamento; Atenção Primária à Saúde; Profissional de saúde; Saúde da mulher.

ABSTRACT

Among the types of cancer that affect women, breast cancer is the most common, accounting for nearly 25% of all cases. The increase in mortality from this cancer occurs mainly due to the lack of adherence to the screening tests, which generates late diagnosis and delay in appropriate therapy. This study aimed to identify factors involved in the adherence of women to breast cancer screening tests. It is an study with a cross-sectional design, carried out in five primary health care units/centers, in Goiânia, GO, Brazil. The sample consisted of 320 women, aged 40-69 years, who were not pregnant, who waited for care in these units. For data collection, a semi-structured interview script was used, followed by a pilot study. The Chi-square test or Fisher's exact test were used to verify the association between women's health behavior, use of service and knowledge about breast cancer, and adherence of women to breast cancer screening tests, with significance level of 5%. Have already heard of screening exams ($p = 0.001$), had an annual gynecological visit ($p < 0.001$), received a professional recommendation ($p < 0.001$, $p < 0.001$ and $p = 0.002$) and had a gynecological visit to less than 3 years ($P < 0.001$) was associated with the practice of all screening tests, considering the clinical breast examination (ECM), mammography (MMG) and ultrasound (USG). Women in the appropriate weight ($p < 0.029$) and those who received a visit from a health professional and/or community health agent ($p < 0.009$) performed more ECM. Women between 50 and 69 years of age and those with children had more MMG examination ($p < 0.001$). Recognizing the recommended age ($p = 0.01$) and attending primary health care units for more than one year ($p < 0.024$) favored the performance of USG. Women who had a health insurance performed more ECM ($p < 0.018$) and MMG ($p < 0.065$) and knew the exams ($p = 0.020$ and $p = 0.021$) and had a family history of cancer ($p < 0.007$ and $p < 0.034$) favored ECM and USG practice. Therefore, the causes that lead to non-compliance to recommendations on breast cancer screening exams are multifactorial, but the health professional deserves to be highlighted, since he is the main source of information for these women, being fundamental in the deconstruction of sociocultural, knowledge and organizational issues surrounding the screening of breast cancer.

Keywords: Breast Neoplasm; Mass Screening; Primary Health Care; Health Personnel; Women's Health.

RESUMEN

Entre los tipos de cáncer que acometen a las mujeres, el de mama es considerado el más común, y representa casi el 25% del total de los casos. El aumento de la mortalidad por ese cáncer ocurre principalmente debido a la poca adhesión a los exámenes de rastreo, que genera diagnóstico tardío y atraso en la realización de la terapéutica adecuada. Este estudio objetivó identificar factores involucrados en la adhesión de las mujeres a los exámenes de rastreo del cáncer de mama. Se trata de un estudio con delineamiento transversal, realizado en cinco Unidades de Atención Básica de Salud de la Familia (UABSF), en Goiânia, GO, Brasil. La muestra se constituye por 320 mujeres entre 40 a 69 años, no gestantes, que esperaban por atendimento en estas unidades. Para la recogida de datos se utilizó un guion de entrevista semi-estructurado, seguido de un estudio piloto. El test del Qui-cuadrado o exacto de Fisher fueron utilizados para verificar la asociación entre comportamiento de salud de las mujeres, uso del servicio y conocimiento sobre el cáncer de mama y la adhesión de las mujeres a los exámenes de rastreos del cáncer de mama, con nivel de significancia de 5%. La práctica de los exámenes de rastreo se asoció a ya haber oído hablar de los exámenes ($p=0,001$), conocer los exámenes favoreció la práctica del examen clínico de las mamas (ECM) ($p=0,020$) y de la ultrasonografía (USG) ($p=0,021$), y reconocer la edad recomendada a la realización USG ($p=0,01$). Mujeres entre 50 y 69 años y las que tienen hijos realizaron más el examen de mamografía (MMG) ($p<0,001$), tener antecedente familiar de cáncer de mama se asoció a la mayor realización ECM ($p<0,007$) y USG ($p<0,034$). Mujeres con peso adecuado realizaron más el ECM ($p<0,029$). La consulta ginecológica anual favoreció la realización de todos los exámenes de rastreo ($p<0,001$); haber recibido recomendación profesional y realizado consulta ginecológica a menos de 3 años favorecieron la realización de todos estos exámenes, mujeres que poseen plan de salud realizaron más el ECM ($p<0,018$) y MMG ($p<0,065$), recibir visita de profesional de salud y/o agente comunitario de salud favoreció la realización del ECM ($p<0,009$) y frecuentar la UABSF hace más de un año la USG ($p<0,024$). Por lo tanto, las causas que conducen a la no adhesión a las pruebas de detección de cáncer de mama son multifactoriales, pero el trabajador de la salud merece atención porque es la principal fuente de información para estas mujeres, siendo fundamental en la deconstrucción de limitaciones.

Palabras-claves: Neoplasias de la Mama; Tamizaje Masivo; Atención Primaria de Salud; Personal de Salud; Salud de La Mujer.

INTRODUÇÃO

Estimativas evidenciam mudanças no perfil demográfico brasileiro, denominado envelhecimento da população, que somadas a alterações na relação entre pessoas e seu ambiente provocaram uma modificação no perfil de morbimortalidade, com redução da ocorrência das doenças infectocontagiosas e inclusão das doenças crônico-degenerativas como o principal problema de adoecimento e morte da população brasileira (INCA, 2014a).

Dentre as doenças crônico-degenerativas, o câncer é apontado como um problema de saúde pública e, por isso, estratégias para seu controle e prevenção são amplamente estudadas. A prevenção do câncer primário associa-se à redução da exposição a agentes cancerígenos reconhecidos e/ou o aumento da promoção da saúde, ao passo que a prevenção secundária pode ser exemplificada pelo rastreamento, a detecção precoce e quimioprevenção (STEWART et al., 2016). Alguns tipos de câncer podem ser evitados pela eliminação da exposição aos fatores determinantes, entretanto, até o momento, não existe prevenção primária efetiva para a patologia (INCA, 2011).

O câncer de mama, desta forma, apresenta uma fase subclínica longa, variando entre 2 e 4 anos, assim a diminuição da mortalidade depende diretamente da detecção precoce, sendo que a sobrevivência da doença em estágios iniciais pode alcançar 98% em 5 anos (WARNER, 2011). Deste modo, se o câncer for detectado numa fase inicial da doença, o tratamento pode ser muito mais eficaz e com grandes chances de cura (INCA, 2011).

Nesse sentido, o enfermeiro no âmbito de suas ações atua como facilitador capaz de promover modificações na dimensão da doença por meio de estratégias que visem: criação, desenvolvimento e divulgação de estratégias com vistas ao diagnóstico precoce da doença, além da avaliação clínica da mulher. Além disso, oferta e concretização de práticas de rastreamento recomendadas, atuam na formação de profissionais e fornecem contribuições para o avanço da ciência no campo de pesquisa (MELO; SOUZA, 2012). Os programas de rastreamento vêm justamente com a finalidade de impactar as taxas de mortalidade, a partir do diagnóstico precoce, e assim, diminuir prejuízos físicos, mentais e sociais advindos de terapêuticas/tratamentos mais agressivos (OSHIRO et al., 2014).

Pesquisadores tem se dedicado em analisar a dinâmica do rastreamento do câncer de mama nas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que atuam nas Unidades de Atenção Básica de Saúde da Família (UABSF) do Brasil, e identificaram a necessidade de investimentos em práticas educativas sobre os métodos de rastreamento direcionados a comunidade e ao profissional de saúde. Com isso, a adesão da mulher aos cuidados preventivos será efetiva (SOUSA, 2014).

A preocupação em estudar a temática vai além, já que as ações do enfermeiro no rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de mama no Brasil ainda são frágeis devido ao conhecimento teórico e técnico limitado sobre essa problemática, acrescido da pouca importância dada por esses profissionais em planejar de forma estruturada essas ações. Percebe-se assim, que a inclusão de saberes técnico-científicos é imprescindível tanto em cursos de graduação quanto nos processos de educação permanente, de modo a valorizar as ações propostas pelo Ministério da Saúde para o controle dessa doença (CAVALCANTE et al., 2013).

Neste contexto, infere-se que algumas questões necessitam ser melhor investigadas: Fatores comportamentais podem interferir na procura da mulher para realização dos exames de rastreamento? O conhecimento das mulheres acerca desta temática pode interferir na realização destes exames? O serviço de saúde e profissionais podem influenciar as mulheres na realização dos exames de rastreamento? A hipótese do estudo é que múltiplos fatores relacionados a mulher, aos profissionais de saúde e organizacionais (serviço) interferem na realização dos exames de rastreamento para o câncer de mama.

Dessa forma, o desenvolvimento deste estudo poderá contribuir na identificação dos fatores que impedem ou facilitem o rastreamento do câncer de mama seja realizado de forma precoce. Certamente apenas a implementação de programas realmente efetivos de detecção precoce poderão diminuir o grande número de mortes causadas pelo diagnóstico tardio do câncer de mama nas mulheres brasileiras (OUÉDRAOGO et al., 2014).

Os resultados deste estudo contribuirão também para a melhoria da qualidade da assistência, no sentido de permitir a elaboração de estratégias adequadas, capazes de aumentar a detecção precoce da doença por meio da definição da necessidade de adoção ou alteração de condutas dos profissionais de saúde na atenção à saúde da mulher, ou ainda como promotor de uma percepção

da necessidade de mudanças voltadas ao sistema de rastreamento utilizado no Brasil. Assim, um projeto de rastreamento, baseado em política que envolva os diferentes níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), e confira à atenção básica papel primordial na busca ativa das mulheres visando a detecção precoce, parece ser o cenário ideal para a redução da morbimortalidade do câncer de mama.

Pesquisas neste sentido são importantes para o aprimoramento das intervenções propostas nas consultas clínicas, realizadas por médicos e enfermeiros, aumentando o enfoque a atenção integral a saúde da mulher, além de consolidar as atividades destes profissionais em nível científico. Dessa forma, espera-se que os achados que integram essa pesquisa possam contribuir na melhoria da adesão das mulheres ao exame de rastreamento precoce do câncer de mama, tornando-as sujeitos ativos no processo de prevenção a sua saúde, permitindo-as o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, bem como a possibilidade de melhorias relacionada ao acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde, advindos do conhecimento promovido pelo reconhecimento da importância das ações de rastreamento pelos órgãos competentes.

Para compreensão do tema proposto é apresentada a seguir uma revisão dos aspectos relacionados ao câncer de mama: epidemiologia do câncer, métodos de detecção precoce, políticas e programas de rastreamento e barreiras aos exames de rastreamento para o câncer de mama.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar os fatores envolvidos na adesão das mulheres aos exames de rastreamento do câncer de mama.

2.2 Objetivos Específicos

- 1) Investigar a associação entre o comportamento de saúde das mulheres e uso do serviço com sua adesão aos exames de rastreamento do câncer de mama.
- 2) Investigar a associação entre o conhecimento e a prática dos exames de rastreamento do câncer de mama em usuárias da Estratégia de Saúde da Família.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Epidemiologia do câncer de mama

Em âmbito mundial estima-se em 21,4 milhões de casos novos de câncer para o ano de 2030 e 13,2 milhões de mortes pela doença, em decorrência do crescimento e do envelhecimento da população (INCA, 2014a). No Brasil, estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA), indicam que o país deverá registrar nos anos de 2016/2017 596 mil casos de câncer, sendo esperados 295.200 casos entre homens, e 300.800 entre mulheres (INCA, 2015a). A distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes, no Brasil, estimados para 2016 por sexo (exceto pele não melanoma) é apresentada na figura 1.

Figura 1 - Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes, no Brasil, estimados para 2016 por sexo (exceto pele não melanoma).

Localização Primária	Casos	%			Localização Primária	Casos	%
Próstata	61.200	28,6%	Homens		Mama feminina	57.960	28,1%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.330	8,1%			Cólon e Reto	17.620	8,6%
Cólon e Reto	16.660	7,8%			Colo do útero	16.340	7,9%
Estômago	12.920	6,0%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.890	5,3%
Cavidade Oral	11.140	5,2%			Estômago	7.600	3,7%
Esôfago	7.950	3,7%			Corpo do útero	6.950	3,4%
Bexiga	7.200	3,4%			Ovário	6.150	3,0%
Laringe	6.360	3,0%			Glândula Tireoide	5.870	2,9%
Leucemias	5.540	2,6%			Linfoma não Hodgkin	5.030	2,4%
Sistema Nervoso Central	5.440	2,5%			Sistema Nervoso Central	4.830	2,3%

*Números arredondados para múltiplos de 10.

Fonte: INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.

Dentre os tipos de câncer que acometem as mulheres, o de mama é considerado o mais comum, e representa quase 25% do total dos casos de câncer (INCA, 2014b). Expectativas mostram que uma em cada oito (12%) mulheres desenvolverá câncer de mama invasivo no decorrer da vida e estimou-se para o ano de 2016 que o câncer de mama ocupe a primeira posição (56,2%) em mulheres em todas as regiões do Brasil, exceto na região Norte, onde o câncer de colo de útero ocuparia o primeiro lugar (INCA, 2015a). Nas mulheres norte-americanas estimou-se para o ano de 2016 aproximadamente 246.660 casos novos e de 40.450 mortes pelo

câncer de mama (ACS, 2015), sendo a média de idade de diagnóstico aos 61 anos e a média de idade no momento da morte aos 68 anos (considerando mulheres brancas e negras) (HOWLADER et al., 2015).

Globalmente, o câncer de mama foi considerado a quinta causa de morte por câncer em 2012, com 522.000 casos, sendo a principal causa de morte por câncer em regiões pouco desenvolvidas com 324 mil casos (14,3% do total), e segunda causa de morte por câncer em regiões mais desenvolvidas com 198 mil casos (15,4% do total) (WHO, 2012). Estatísticas dos Estados Unidos constatou que o câncer de mama é responsável por aproximadamente um em cada três tipos de câncer em mulheres, e prevalece como a segunda causa de mortes, após somente pelo câncer de pulmão (DESANTIS et al., 2016). No Brasil as taxas de mortalidade por câncer de mama são superiores ao padrão mundial, com 13,6 comparado aos 12,7 por 100 mil mulheres. A taxa de Goiânia, capital de Goiás, é preocupante quando comparada a taxa brasileira e mundial apresentando-se em 18,11 por 100 mil mulheres (INCA, 2013). Para o ano de 2016 estimou-se 57.960 casos novos no Brasil, que representam uma taxa de incidência de 56,2 casos por 100.000 mulheres (INCA, 2015a). No ano de 2014, em Goiás, esperou-se 1.500 casos novos de câncer de mama (47,5%), sendo 210 casos somente na capital goiana (65,7%) (INCA, 2014a).

Importante salientar as mudanças quanto à incidência do câncer de mama, entre as raças, pois durante 2008 a 2012 (os mais recentes 5 anos de dados disponíveis), as taxas globais de incidência de câncer de mama aumentaram 0,4% por ano entre as mulheres negras e não alterou significativamente entre as mulheres brancas, resultando em 2012 em convergência nas taxas de câncer de mama entre mulheres negras e brancas, embora as mulheres brancas, historicamente, apresentem maiores taxas de incidência (DESANTIS et al., 2016).

A distribuição proporcional do total de mortes por câncer de mama, segundo localização primária, nas mulheres brasileiras no período entre 2009 a 2013 foi de 15,9; o que representa um pequeno aumento comparado ao período entre 2004-2008 que foi de 15,7. Somente no ano de 2013 a taxa bruta de mortalidade por câncer de mama foi de 14,4 por 100 mil habitantes na população feminina, o que representa 14.206 óbitos, sendo o número total de óbitos femininos para esse ano de 523.195. Importante destacar que a taxa específica de óbitos era superior de

acordo com o aumento da faixa etária, sendo assim a população com mais de 70 anos foi consideravelmente mais atingida (INCA, 2013).

Atualmente há um aumento na incidência e mortalidade por câncer de mama, devido principalmente ao diagnóstico tardio e atraso na realização da terapêutica adequada, diminuindo assim as chances de cura, que está diretamente relacionada ao diagnóstico precoce da doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Com isso, estudos sobre o câncer de mama revestem-se de relevância, por ser um dos cânceres mais frequentes entre mulheres, tanto no Brasil quanto no mundo (INCA, 2015a). Esse contexto alia-se ao fato de ser considerado um câncer de bom prognóstico se diagnosticado e tratado oportunamente (INCA, 2011; LOURENÇO, MAUAD, VIEIRA, 2013; SCHNEIDER et al., 2014).

3.2 Métodos de detecção precoce do câncer de mama

A detecção precoce do câncer de mama é viabilizada por meio de ações de rastreamento que consistem em realizar sistematicamente testes ou exames em pessoas saudáveis (sem sintomas aparentes), enquanto que as ações de diagnóstico precoce consistem em captar precocemente indivíduos que já têm sintomas ou alterações no exame físico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). O rastreamento do câncer permite uma detecção precoce, antes do aparecimento de sintomas, o que resulta em melhores resultados, além de reduzir a mortalidade e, em alguns casos, a incidência de câncer (SUH et al., 2016).

Nas recomendações do rastreamento deve-se considerar os dados de registro populacional de cada região, entre elas as características raciais, uma vez que, ao se comparar a população feminina de um estado norte americano (representativo do quadro nacional) pôde-se concluir um risco maior de câncer de mama em estágio avançado e de taxas de incidência de câncer triplo negativo entre mulheres afro-americanas em comparação com mulheres americanas e hispano-americanas brancas, principalmente entre aquelas com idade inferior a 50 anos, mostrando a necessidade em atenção e recomendações voltados para a detecção precoce principalmente daquelas mulheres com padrões biológicos mais propensos ao desenvolvimento do câncer mais agressivo (AMIRIKIA et al., 2011).

Entre as intervenções avaliadas para a detecção precoce do câncer de mama, estão as ações de rastreamento, dentro delas estão incluídas o Auto Exame das Mamas (AEM), o Exame Clínico das mamas (ECM), a Mamografia (MMG) e a

Ultrassonografia (USG), apesar de existirem ressalvas na utilização de alguns desses exames como métodos de rastreamento (INCA, 2015b).

Entretanto, é importante evidenciar que existe controvérsia e incoerência nas diretrizes para o rastreamento do câncer de mama, uma vez que diferentes orientações são emitidas por diferentes organizações altamente respeitadas (SMITH et al., 2003; ACR, 2008; AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2011; INCA, 2015a; AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY PRACTICE GUIDELINES, 2016; SIU, 2016), principalmente, tratando-se da idade para o início do rastreamento, assim como os exames recomendados.

O AEM, por definição, trata-se do procedimento onde a mulher observa e apalpa as próprias mamas e as estruturas anatômicas acessórias, visando detectar mudanças ou anormalidades que possam indicar a presença de um câncer. Em geral, recomenda-se que a periodicidade do AEM seja uma vez por mês e uma semana após o término da menstruação, caso a mulher esteja no período reprodutivo (MEDICAL DICTIONARY, 2016). Necessita assim, treinamento para a realização de técnica padronizada e específica. Contudo, nos últimos 10 anos, devido a inconsistência dos resultados dos grandes ensaios clínicos e das revisões sistemáticas sobre o tema, o ensino do AEM deixa de ser recomendado no meio acadêmico e pelos programas de rastreamento na maior parte do mundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Além disso, acredita-se que o AEM pode provocar efeitos negativos, como aumento do número de biópsias de lesões benignas e a falsa segurança, não levando a busca por cuidados de saúde (LEAL; ALMEIDA; LIMA, 2014; OSHIRO et al., 2014). Assim, no Brasil, não há o estímulo do AEM como método isolado de detecção precoce do câncer de mama. A recomendação é que o AEM faça parte das ações de educação para a saúde e que contemplem uma ação de conhecimento do próprio corpo (INCA, 2014b).

O ECM é usado tanto como método diagnóstico como de rastreamento. Como método diagnóstico, é realizado pelo médico para diagnóstico diferencial de lesões palpáveis da mama, considerado um complemento essencial na investigação diagnóstica de doenças mamárias e o método de avaliação diagnóstica na atenção básica. Como método de rastreamento, é um exame de rotina realizado por profissional de saúde treinado – geralmente enfermeiro ou médico – destinado a mulheres sem sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Apesar de seu papel consagrado como método diagnóstico, o

rastreamento por meio do exame clínico é alvo de controvérsia na literatura científica (KÖSTERS, GOTZSCHE, 2003; SIU, 2016). Os riscos associados ao rastreamento com ECM incluem danos associados a resultados falso-positivos, falso-negativos, sobrediagnóstico e sobretratamento (INCA, 2015b). Apesar disso, o ECM representa um importante papel relacionado a prevenção secundária, principalmente dentro da atenção primária, devido seu fácil acesso e baixo custo e por ser uma medida mais efetiva do que o AEM. Além disso, durante a realização do exame, os profissionais da saúde têm a possibilidade de informar às mulheres sobre os fatores de risco para o câncer de mama, as alterações que ocorrem na mama com o passar dos anos, os possíveis sinais e sintomas relacionados ao câncer e os exames de rastreamento. Situações pertinentes para a implementação da educação em saúde (OHL et al., 2016).

Recomenda-se que mulheres com fatores de risco para o câncer de mama realizem o ECM anualmente a partir dos 35 anos e as demais a partir dos 40 anos, pois a doença possui um aumento do índice de incidência acelerado nessa faixa etária, com diminuição a partir dos 50 anos (INCA, 2014b). Assim, entre algumas ações que favorecem a detecção precoce da doença estão o ECM e a MMG de rastreamento na rotina da atenção integral à saúde da mulher (OHL et al., 2016).

A MMG desempenha um papel importante na detecção do câncer de mama quando está ainda em sua fase inicial. Ela é conhecida por ser um método eficaz e uma prática atual, considerada “padrão ouro” para o diagnóstico precoce do câncer de mama. Estima-se que por meio dela possa se detectar o câncer 1,7 anos antes que uma mulher consiga sentir uma protuberância em seu seio (CDC, 2013).

A MMG é considerada o único exame de rastreamento que tem capacidade de detectar lesões não palpáveis e causar impacto na mortalidade por câncer de mama. No Brasil este é o exame recomendado para o rastreamento do câncer de mama no Brasil. Sendo assim, o Ministério da Saúde (MS) recomenda a MMG de rastreamento anual para mulheres entre 50 e 69 anos e a partir dos 35 para mulheres com risco elevado. A MMG consegue identificar melhor as lesões em mulheres após a menopausa, justificando o porquê do benefício, redução da mortalidade, ser maior nessa faixa etária. Antes disso, as mamas são mais densas, o que torna a MMG um exame limitado para identificar alterações, provocando um número elevado de resultados falso-negativos (INCA, 2014b). As diretrizes de rastreamento de câncer de mama da American Cancer Society (ACS) atualizadas

incorporaram grandes mudanças que agora se alinham com as diretrizes da USPSTF (US Preventive Services Task Force), incluindo: não mais recomendar ECM em qualquer idade; MMG de rastreamento bienal para mulheres a partir dos 50 anos de idade; e não recomendando MMG de rastreamento a partir dos 40 anos de idade, entretanto segundo as diretrizes da USPSTF a decisão de iniciar a MMG em mulheres antes dos 50 anos de idade deve ser individual, assim, mulheres que apresentem potencialmente um resultado onde os benefícios são maiores do que os danos potenciais podem optar por iniciar o rastreio bienal entre as idades de 40 e 49 anos (OEFFINGER et al., 2015; SIU, 2016).

A MMG anual antes do diagnóstico de câncer de mama é um preditivo de maior sobrevida global (ENGEL et al., 2015), assim a Lei nº11.664 de 29 de abril de 2008 e entidades científicas, como a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) defendem a recomendação anual da MMG para mulheres a partir de 40 anos de idade, uma vez que, com esta recomendação haveria uma redução do risco de morte por câncer de mama, assim como cirurgias e terapias adjuvantes menos agressivas, devido ao diagnóstico precoce das lesões (ACS, 2010). Sendo assim, mulheres brasileiras estão respaldadas por lei para iniciar o rastreamento para o câncer de mama a partir dos 40 anos, e não somente a partir dos 50 anos, como aponta a recomendação do MS. Além disso, o rastreamento mamográfico não deve ser interrompido em uma determinada idade, mas deve acontecer enquanto a mulher apresentar condições de saúde favoráveis a um tratamento de câncer de mama (SMITH; COKKINIDES; BRAWLEY, 2012). Em Goiânia a realização de MMG por faixa etária demonstrou que, do total, 7,4% dos exames foram realizados na faixa etária abaixo de 40 anos, 43,3% na faixa de 40 a 49 anos, 31,6% na faixa de 50 a 59 anos, 13,2% na faixa de 60 a 69 anos, e 4,5% em mulheres de 70 anos ou mais, sendo que a faixa etária não teve associação com o tipo de rede (conveniada ou particular) em que foi realizada a MMG (RODRIGUES et al., 2013). Estudo mostrou que o rastreamento mamográfico para mulheres nas idades entre 40 a 49 anos foi eficiente em reduzir a mortalidade por câncer de mama. Constatou-se uma redução de 17% entre as mulheres de 40 a 44 anos e de 32% entre as mulheres de 45 a 49 anos que foram convidadas a realizar o rastreamento do câncer de mama (em comparação com aquelas que não foram). Estas reduções relativas de mortalidade por câncer de mama traduzem-se em uma redução de 3 mortes evitadas por 100.000 pessoas-ano (HELLQUIST; DUFFY; ABD SALEH, 2011).

Outro fator que merece atenção são aqueles relacionados ao controle de qualidade da MMG. Apesar de em Goiás, os serviços classificados como inaceitáveis em relação aos critérios técnicos avaliados tenham diminuído (de 77,1% em 2007 para 40,0% em 2009 na última avaliação), os médicos interpretadores dos exames permaneciam a dispor de MMG de qualidade inferior e eram mais predispostos a diagnósticos incorretos. Assim, é necessário dar seguimento às ações de controle de qualidade, inclusive nos serviços que não atendem ao SUS (CORRÊA et al., 2012).

A ultrassonografia (USG) é um método amplamente difundido, sendo muito empregado associado à MMG em situações de achado clínico ou mamográfico anormal, ou como primeira escolha em casos especiais, como em gestantes, lactantes, mulheres jovens e mulheres com inflamação mamária. Na presença de lesões nas mamas, a USG ajuda não apenas na caracterização e coleta de biópsias, mas também proporciona a identificação de lesões adicionais em 14% das mulheres com mamas densas (NASTRI et al., 2011). Sendo assim, tanto a USG como a ressonância magnética mamária são recomendadas como exames complementares à MMG ou em casos selecionados (WARNER, 2011).

A USG é uma importante modalidade de imagem para a detecção e caracterização das lesões nas mamas. Recomendações da *American College of Radiology Practice Guidelines* (2016) indicam a USG nas mamas para: avaliação e caracterização de massas palpáveis e outros sinais e/ou sintomas relacionados com as mamas, avaliação de anomalias detectadas na MMG ou ressonância magnética das mamas, determinar o método de orientação para biópsia percutânea e rastreamento suplementar à mamografia em certas populações. As vantagens da USG incluem: ser uma modalidade rápida, amplamente disponível, de baixo custo e que não envolve a compressão da mama ou radiação ionizante. Entretanto, tal como acontece com todas as modalidades de imagem, sua capacidade na detecção e caracterização de lesões da mama depende da qualidade das imagens. Assim, ela é altamente dependente do operador, e conclusões errôneas podem ser causada por técnicas ou má aplicação de algoritmos de processamento de imagem (SUNG, 2014).

A adição de USG ou ressonância magnética no rastreamento mamográfico em mulheres com risco aumentado de câncer de mama resultam em um rendimento de detecção de câncer superior, apesar de ser associado também ao aumento nos

resultados falso-positivos (BERG et al., 2012). Assim, a MMG e USG são modalidades de diagnóstico individualmente eficazes para a detecção de patologias mamárias, e em comparação à MMG, a USG é a melhor modalidade para a detecção de lesões em mamas mamograficamente densas e quando combinadas apresentam sensibilidade e valor preditivo significativamente mais elevados do que os observados para uma única modalidade na detecção das lesões benignas e malignas da mama (TIWARI; SUVENDU GHOSH; AGRAWAL, 2017).

Diante disso, nessa pesquisa consideramos três tipos de rastreamento de câncer de mama, sendo eles: ECM, MMG e USG. Em alguns casos, a autopalpação foi analisada.

Para o campo da detecção precoce no país, a expectativa atual é ampliar o diagnóstico precoce visando a diminuição da problemática da apresentação tardia do câncer de mama, responsável pelo aumento da mortalidade, e programar o rastreamento de base populacional em regiões onde a alta incidência e mortalidade da doença justifiquem essa iniciativa (INCA, 2015b).

3.3 Políticas e programas de rastreamento

No Brasil os primeiros programas de rastreamento surgiram na década de 80, utilizando-se da MMG. A eficácia desses programas foi avaliada por ensaios clínicos randomizados, o que permitiu a elaboração de diretrizes quanto recomendações de periodicidade e definição de população alvo para a realização do exame mamográfico (INCA, 2012).

Quanto à forma de organização, o rastreamento pode ser classificado como populacional ou oportunístico. O rastreamento populacional, também conhecido como organizado, baseia-se na criação de programas estruturados por meio dos quais a população-alvo é solicitada/convocada a participar das ações de rastreamento na periodicidade recomendada por cada programa, com monitoramento e avaliação da execução de todas as etapas do processo. Já o rastreamento oportunístico ocorre quando as ações de rastreamento são realizadas de forma não sistemática, ou seja, é realizada de forma aleatória, sem uma convocação ativa dos indivíduos. Sendo assim, em geral, utilizasse da presença da pessoa que está no serviço de saúde por outro motivo, para realizar os testes de rastreamento ou solicitar os exames (INCA, 2015b).

Não existem evidências de que o programa de rastreamento oportunístico seja efetivo (TIEZZI, 2010), pois geralmente não ocorre um acompanhamento dos casos suspeitos, uma das premissas nos rastreamentos organizados (SMITH, 2011). O rastreamento no Brasil sempre foi caracterizado como oportunístico (TIEZZI, 2010), pois apesar de se valorizar o papel do profissional de saúde na recomendação e realização dos exames de rastreamento para o câncer de mama, a solicitação do exame dependerá do interesse da mulher em procurar o serviço de saúde (SMITH, 2011). Dessa forma, no Brasil, embora sejam realizados investimentos e melhoria dos esforços na saúde, tendo o controle do câncer de mama entre as políticas de saúde, o que é realizado baseia-se no rastreamento mamográfico oportunista limitado, por problemas logísticos e econômicos, bem como por barreiras socioculturais (AZEVEDO; CANELLA; DJAHJAH, 2012; LEE; LIEDKE; BARRIOS, 2012; URBAN; SCHAEFER; DUARTE, 2012).

Alguns autores afirmam que o programa de rastreamento do câncer de mama no Brasil é ineficaz, por se tratar de um programa de rastreamento desorganizado, baseado no diagnóstico oportunístico e com uma abrangência insatisfatória (MAUAD et al., 2009; MAUAD et al., 2011; TIEZZI, 2013). As altas taxas de diagnóstico em estádios avançados sugerem que deve-se investir de forma imediata na informação à população, o que leva a reflexão que as barreiras possam estar associadas desde o acesso ao serviço até aspectos relacionados a própria mulher.

Para o rastreamento do câncer de mama é preciso uma rede assistencial organizada em torno da ESF, modelo orientado para a Atenção Primária à Saúde. Além disso, o município deve possuir em seu serviço, capacidade instalada para realização dos exames de MMG necessários, estando disponíveis a todas as mulheres na faixa etária recomendada (FERNANDES et al., 2010).

Além da problemática envolvendo o sistema de rastreamento realizado no Brasil, pesquisa realizada em Goiânia mostrou desigualdade no desempenho dos centros de diagnóstico, no que se refere à classificação dos laudos dos exames de MMG reportados ao Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (SISMAMA) do rastreamento oportunista realizado pelo SUS, o que sugere a necessidade de ações para treinamento dos profissionais que alimentam o SISMAMA, bem como dos profissionais responsáveis pelos laudos em MMG (RODRIGUES et al., 2013).

A implantação de programas de rastreamento ou rastreamento “organizado” deve priorizar os critérios técnicos, econômicos, sociais e éticos em relação ao critério político, uma vez que, as barreiras ao rastreamento vão além das políticas públicas. A falta de observância desses princípios pode acarretar em problemas na sua implantação, não alcance dos resultados esperados, insatisfação dos usuários e desperdício de recursos (SILVA; HORTALE, 2012). É importante salientar que o Brasil apresenta valores intermediários no padrão de incidência e mortalidade por câncer de mama, uma vez que, proporcionalmente, as diferenças entre as taxas de incidência e mortalidade nos países desenvolvidos são maiores, indicando maior alcance das ações de rastreamento em diagnosticar precocemente a doença e acesso aos avanços no tratamento, resultado de programas organizados ou populacionais (WHO, 2012; DATASUS, 2014).

Na Coreia do Sul, o sistema de rastreamento de câncer disponível é oportunístico e organizado, sendo fornecido pelo governo, de modo que tanto as taxas de rastreamento, como as de triagem para vários tipos de câncer (estômago, fígado, colo-retal, mama e colo do útero) aumentaram entre os anos de 2004 a 2013 (SUH et al., 2016), o que demonstra o potencial de influência do rastreamento sobre as pessoas do país.

Pode-se ainda analisar o impacto direto na redução do índice de mortalidade, associada à presença de um programa de rastreamento, como o realizado na Noruega, onde a taxa bruta de mortalidade para o câncer de mama entre as mulheres rastreadas foi de 20,7/100.000 mulheres-ano e 39,7/100.000 entre aquelas que não utilizaram o programa de rastreamento, assim, a redução da mortalidade associada com a presença do programa foi de 43% após ajustes de viés da pesquisa (HOFVIND et al., 2013).

Ao analisar o rastreamento do câncer de mama nos Estados Unidos, pesquisadores verificaram um aumento substancial da realização dos exames entre as décadas de 80 e 90, entretanto, a introdução de rastreio mamográfico no país foi associado, com o passar dos tempos, com a duplicação do número de casos de câncer de mama em estágio inicial, ou seja, verificou-se um aumento concomitante nas taxas de incidência de câncer de mama em estágio inicial (entre as mulheres a partir dos 40 anos), com diminuição do câncer em estágio avançado (8%), com pouca alteração da incidência do câncer entre aquelas mulheres que já não realizavam o rastreamento. O programa tem sido de certa forma eficaz, uma vez

que, entre as mulheres de 40 anos de idade ou mais, as mortes por câncer de mama diminuíram de 71 para 51 mortes por 100.000 mulheres - uma diminuição de 28%. Esta redução na mortalidade é provavelmente devido a uma combinação dos efeitos do rastreamento mamográfico e o tratamento eficaz (BLEYER; WELCH, 2012).

Apesar do aumento substancial do número de casos de câncer diagnosticados no estágio inicial, os programas de rastreamento ainda poderiam provocar um excesso de detecção desnecessária (“overdiagnosis”) atribuíveis a MMG, representando quase um terço de todos os diagnósticos de câncer de mama, atingindo mais de 1,3 milhões de mulheres nos últimos 30 anos somente nos Estados Unidos (BLEYER; WELCH, 2012). Entretanto, existe a incerteza quanto à magnitude do “overdiagnosis” e essa problemática é discutida em revisão sistemática que associa o rastreamento a uma redução na mortalidade de câncer de mama de aproximadamente 20% quando a mulher realiza a MMG, não existindo evidências quando realizada juntamente ao ECM, além disso, existe uma incerteza da magnitude dessa redução quando comparado ao rastreamento anual e bianual. Essas descobertas e incertezas relacionadas ao rastreamento devem ser consideradas nos julgamentos para as recomendações sobre os benefícios do rastreamento (MYERS et al., 2015).

3.4 Aspectos limitadores ao rastreamento do câncer de mama

Estudos anteriores mostram a existência de inúmeras razões relacionadas com a não realização dos exames de rastreamento, sendo sinteticamente divididas em três tipos de barreiras: relacionadas ao sistema de saúde, à educação/conhecimento e à atitudes/comportamentos da mulher e/ou do profissional (WOMEODU; BAILEY, 1996; GEORGE, 2000; LOURENÇO; MAUAD; VIEIRA, 2013). Na busca por cuidados, as mulheres enfrentam barreiras geográficas, organizacionais ou do serviço de saúde, socioculturais ou econômicas, que se mantêm mesmo após a descoberta de sinais e sintomas, como na dificuldade de acesso a consultas com especialistas, exames para diagnóstico e tratamento (GONÇALVES et al., 2014).

Recente revisão integrativa, ao analisar os fatores que influenciam a participação das mulheres no rastreamento do câncer de mama, categorizaram quatro aspectos relacionados: os problemas psicológicos e práticos, a questões de

etnia, a situação socioeconômica e as questões relacionadas com programas de rastreamento (EDGAR et al., 2013).

Fatores psicológicos, como ansiedade, preocupação e angústia apresentarem efeito diverso sobre o rastreamento e a adesão. Fatores cognitivos e psicológicos influenciaram as taxas de participação independentemente das características demográficas, o que é positivo, uma vez que, dificilmente consegue-se mudar características demográficas, tais como cultura e classe socioeconômica, por outro lado fatores cognitivos e psicológicos podem ser trabalhados por meio de iniciativas para melhorar o conhecimento da câncer de mama e educar a população sobre os benefícios do rastreamento e detecção precoce (ANTILL et al., 2006; EDGAR et al., 2013).

O conhecimento limitado dos fatores de risco do câncer e subestimação do risco pessoal estão associados a uma pior adesão ao rastreamento, entretanto, as percepções imprecisas de risco não promoveram um comportamento de proteção da saúde (MARMOT et al., 2013; EDGAR et al., 2013).

As taxas de captação de rastreamento ainda são significativamente piores entre mulheres provenientes de contextos socioeconômicos mais baixos. Assim, um menor nível socioeconômico está associado a níveis mais baixos de educação, estando esta população com um acesso limitado as informações relacionadas ao rastreamento e a doença, e portanto, não se beneficiam da detecção precoce (DAVIS et al., 2005; EDGAR et al., 2013).

Existe ainda uma associação positiva entre recomendações médicas e a aderência ao rastreamento mamográfico (CARNEY; O'NEILL, 2013; MARMOT et al., 2013). Entretanto, alguns profissionais de saúde não parecem apreciar o valor e o impacto de discutir rastreamento, além de não se utilizarem de oportunidades para aumentar a consciência dos fatores de risco e o conhecimento acerca da doença (EDGAR et al., 2013).

Estudo realizado no estado de Goiás avaliou o conhecimento dos ginecologistas quanto ao diagnóstico e rastreamento do câncer de mama. As taxas de respostas corretas foram significativamente relevantes, demonstrando um bom conhecimento sobre a temática (FREITAS JÚNIOR et al., 2003). Outro estudo, realizado com enfermeiros e médicos da ESF da cidade de Mossoró, Rio Grande do Norte, identificou que existe uma valorização do ECM em detrimento à solicitação da MMG na busca do diagnóstico precoce do câncer de mama; que a insuficiência de

profissionais de saúde habilitados e o desconhecimento da população são fatores limitadores ao rastreamento do câncer de mama; e que ocorre solicitação reduzida da MMG em mulheres jovens de alto risco (JÁCOME et al., 2011).

Estudos relacionados às barreiras no rastreamento de câncer de mama ainda são limitados na literatura, principalmente se estes são relacionados a atuação da enfermagem no rastreamento (LOURENÇO; MAUAD; VIEIRA, 2013). Estudo realizado no estado de Virgínia, nos Estados Unidos da América, mostrou que as mulheres que estão mais propensas a baixa prática de rastreamento para o câncer de mama são aquelas com baixa percepção do risco, menor familiaridade com os fatores de risco e recomendações para o câncer de mama. Outro fator interessante, nesse mesmo estudo é que quando questionadas sobre o que seria necessário para modificar essa realidade, a maioria citou a necessidade de maiores recomendações médicas (52,1%) (COHN et al., 2015), demonstrando a importância do profissional de saúde dentro do contexto da atenção primária a saúde, com vista à recomendação do rastreamento mamográfico.

As recomendações atuais para o rastreamento mamográfico assumem que o cumprimento das recomendações são perfeitas, isto é, as mulheres realizam a MMG segundo a recomendação médica. Entretanto, sabe-se que isso muitas vezes não ocorre na realidade. As mulheres deixam de realizar a MMG por várias razões. A probabilidade de adesão aos programas de rastreamento estava diretamente relacionada às características da mulher, como idade, raça, estado civil e percepção de risco do câncer da mama. De maneira geral, os autores desse estudo, concluíram que a qualidade de vida estava diretamente relacionada a adesão das políticas de rastreamento, sendo estas correlacionadas ao risco de mortalidade (MADADI; ZHANG; HENDERSON, 2015).

Os problemas de cobertura da MMG são resultantes da combinação de diferentes situações. Considera-se que há uma diversidade de casos envolvendo à disponibilidade/utilização dos equipamentos de MMG, que abrangem dificuldades na organização do serviço, tais como a falta de equipamentos disponíveis, profissionais habilitados, subutilização de equipamentos e dificuldade de acesso em função das distâncias geográficas (XAVIER et al., 2016).

A participação do médico, a adesão das mulheres e a disponibilidade de infraestrutura fazem parte de aspectos envolvendo a eficácia do rastreamento. O atendimento inicial da paciente com queixa mamária é feito pelo profissional de

saúde, o qual passa a ter um papel fundamental nas etapas para o diagnóstico da neoplasia. Contudo, cabe não somente ao enfermeiro, mas também ao profissional médico exercer atividades de cunho educativo, e não somente assistencial, fornecendo à população informações que lhes sejam úteis na prevenção, controle e combate das enfermidades (FREITAS JÚNIOR et al., 2003; GODINHO; KOCH, 2004).

Ainda relacionando-se ao papel educativo, poder-se-ia pensar no papel do docente de enfermagem, como disseminador da importância do rastreamento, cujo estudo realizado com 20 docentes objetivando verificar as ações de prevenção de câncer de mama revelou que 17 (85%) participantes realizam exames de prevenção contra o câncer de mama, embora apenas 45% realizem o AEM mensalmente. Os resultados apontaram que as docentes não realizavam ações de prevenção do câncer de mama na totalidade, evidenciando uma lacuna entre o que preconizam como profissionais de saúde e o exercido como mulheres (MONTENEGRO et al., 2013).

O SUS garante a toda brasileira o acesso gratuito à MMG. O profissional de saúde indica à paciente se deve ou não realizar o exame, de acordo com seu histórico familiar, sua idade ou a suspeita de alguma alteração. Assim, cabe ao médico solicitar a MMG diagnóstica, na presença de alguma suspeita, independentemente da idade da paciente (MONTEIRO et al., 2015). Além disso, deve-se enfatizar que a solicitação da MMG de rastreamento pelo enfermeiro, segundo o INCA, deve ser avaliada, observando-se o protocolo estabelecido no Consenso para Controle do Câncer de Mama, de modo que cada Conselho Regional de Enfermagem divulgaria um parecer quanto a solicitação desse exame pelo enfermeiro na sua região. No caso de MMG diagnóstica, o enfermeiro deverá encaminhar ao médico as mulheres com lesões suspeitas para investigação e condução terapêutica (INCA, 2004).

Revisão integrativa visando identificar os estudos referentes às ações realizadas pelo enfermeiro na atenção primária para o rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de mama no Brasil, constatou: uma carência de publicações referentes às ações do enfermeiro para o controle do câncer de mama na atenção primária, a existência de lacunas no conhecimento desse profissional para a realização da consulta de enfermagem e do ECM, o que implica na necessidade de desenvolver programas de educação permanente, de formas a promover uma

atenção de qualidade às usuárias dos serviços de saúde (CAVALCANTE et al., 2013).

De maneira geral, a função do enfermeiro no âmbito do rastreamento do câncer de mama é amplo, uma vez que, sua atuação promove um contato direto e quase constante com o paciente. Seu papel está associado justamente com a prevenção, de modo a orientar e informar famílias e pacientes sobre os exames de rastreamento, além de informar quanto à necessidade das consultas ginecológicas (juntamente com a realização do ECM), e o acompanhamento periódico com um ginecologista e um mastologista, para que assim, diante de alterações mamárias, a mulher possa ser diagnosticada e tratada o mais cedo possível, além de proporcionar o bem estar psicossocial da paciente diante de possíveis diagnósticos positivos para a patologia (SILVA et al., 2013). Diante disso, para que as medidas de rastreamento sejam desenvolvidas de forma adequada, além da previsão e disponibilidade de recursos, é preciso que a mulher tenha conhecimento dos objetivos da ação para se dispor e aderir às práticas preventivas recomendadas (MELO; SOUZA, 2012).

4. METODOLOGIA

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa.

4.2 Local da pesquisa

O estudo foi realizado em cinco Unidades de Atenção Básicas de Saúde da Família (UABSF), na cidade de Goiânia, estado de Goiás, que são campos de atuação de docentes e alunos da Faculdade de Enfermagem (FEN) da Universidade Federal de Goiás (UFG), a saber: Setor Leste Universitário, Recanto das Minas Gerais, Santo Hilário, Jardim Dom Fernando e Vila Pedroso.

A atenção primária compreende uma estratégia para alcançar o aumento da cobertura das ações de saúde na população. Ela é ofertada pelas Unidades Básicas de Saúde ou Centros de Saúde, as quais correspondem a porta de entrada do usuário ao sistema, destinadas a um determinado grupo populacional, que mora ou trabalha na área geográfica de sua abrangência. Sendo assim, existe a necessidade de discussão e análise dos serviços locais de saúde, onde os problemas de saúde podem ser identificados, priorizados e atendidos pela equipe de saúde, sendo que o serviço pode definir mudanças no modo de organizar o processo em saúde (BERTUSE; ALMEIDA, 2003).

4.3 Sujeitos do estudo

A população do estudo foi constituída por mulheres entre 40 a 69 anos de idade, que esperavam por atendimento nas UABSF.

4.4 Amostra

O cálculo da amostra foi de 320 mulheres, baseando-se no número de atendimentos realizados nas UABSF no ano de 2015, que foram aproximadamente 1.880 atendimentos, somando-se as cinco UABSF. Para o cálculo amostral utilizou-se um nível de confiança de 95%, e um erro α aceitável de 5%.

4.5 Critérios de elegibilidade

Mulheres, não gestantes, dentro da faixa etária entre os 40 e 69 anos e que sejam atendidas na UABSF.

4.6 Critérios de exclusão

Ser incapaz de responder as perguntas do questionário (Diagnóstico de transtornos mentais registrado em prontuário).

4.7 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada de segunda a sábado, no horário entre 8 e 18 horas, compreendendo o período de funcionamento das UABSF, durante os meses de maio a julho de 2016. As informações foram obtidas por entrevistadores treinados no preenchimento/aplicação do instrumento de coleta de dados garantindo uniformidade adequada das informações.

Nas UABSF a seleção das mulheres foi realizada por meio de lista emitida por sistema de agendamento diário contendo nomes das mulheres e o respectivo profissional que iria atendê-la. Depois de confirmado em prontuário se a mulher atendia aos critérios de inclusão, a pesquisadora se dirigia as mulheres que aguardavam em sala de espera para consulta, e então fazia o convite para participarem como sujeitos da pesquisa, explicando os objetivos da mesma. O caráter voluntário da pesquisa foi enfatizado e esclarecido que a não participação não influenciaria no atendimento e/ou tratamentos realizados na UABSF.

Após o aceite para participação, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1), as mulheres foram entrevistadas, utilizando um roteiro de entrevista (Apêndice 2), com tempo estimado para aplicação de aproximadamente 15 minutos. O instrumento para entrevista foi um roteiro semiestruturado em blocos temáticos, com a maioria das questões fechadas, construído pela própria pesquisadora baseado na literatura. As entrevistas aconteceram em sala de espera respeitando-se a privacidade da participante.

4.8 Instrumento de coleta de dados

A construção do roteiro foi baseada a partir de estudos que pesquisaram temática semelhante, visando ficar em conformidade com evidências da literatura sobre a temática (LOURENÇO, 2009; PATEL et al., 2014; ROTA; FRONZA; GOMES, 2015; MORAES et al., 2016). Para refinamento do instrumento, previamente à coleta de dados, foi realizado um estudo-piloto para ajustes do instrumento e à operacionalização para a fase da coleta. O instrumento foi aplicado durante três dias às mulheres que apresentavam as mesmas características das que

participariam do estudo (totalizando 20 mulheres) em uma das UABSF que era campo da pesquisa. Ao final foram realizados ajustes necessários relacionados à formatação e estruturação do instrumento, por meio de modificações na disposição de perguntas e respostas, visando agilizar a realização da entrevista. Os questionários referentes ao teste piloto não foram incluídos na população amostral da pesquisa.

O instrumento de pesquisa semiestruturado para entrevista foi elaborado buscando-se destacar aspectos relativos à identificação, à comportamentos relacionados a saúde, ao uso dos serviços de saúde, conhecimento/educação e prática dos exames de rastreamento do câncer de mama (ECM, MMG e USG), incluindo questões relativas aos fatores envolvidos na realização ou não dos exames.

A variável dependente analisada foi ter realizado algum exame de rastreamento para o câncer de mama (ECM, MMG e USG) em algum momento da vida. As variáveis independentes analisadas foram: a) Comportamentos relacionados à saúde: prática de atividade física em contexto de lazer, pelo menos uma vez por semana; tabagismo (fumante, não fumante e ex-fumante); frequência semanal de consumo de álcool; b) Uso de serviços de saúde: consultas no ano que antecedeu a entrevista, sua periodicidade, se uso de serviço público ou particular; e realização de algum tipo de exame de rastreamento para o câncer de mama e sua periodicidade; d) Conhecimento/educação e prática dos exames de detecção precoce, que contemplam questões relacionadas ao câncer de mama como sinais e sintomas, fatores de risco e métodos de rastreamento, além da prática na realização do ECM, MMG e USG.

4.9 Operacionalização e análise dos dados

Para a operacionalização dos dados foi elaborado um formulário eletrônico com as perguntas do instrumento de coleta de dados através do aplicativo Google Drive. Este consiste em serviço eletrônico de armazenamento e sincronização de arquivos. Assim, apenas a equipe executora da pesquisa teve acesso online ao *link* do formulário, o qual é disponibilizado via e-mail.

Após a coleta dos dados no instrumento em papel, a pesquisadora preencheu os dados em formulário eletrônico e estes foram transferidos automaticamente e em tempo real para planilha específica, a qual apenas a

pesquisadora responsável teve acesso para análise e edições. Após digitação de todos os dados na planilha, do Google Drive, esta foi transportada para planilha do programa Microsoft Office Excel 2007 para elaboração de tabelas dinâmicas e melhor visualização dos dados.

Os dados foram descritos por meio de distribuição de frequências e médias. A análise de dados foi realizada por meio do programa eletrônico *Sigma stat* 3.5. Para verificar a associação entre o conhecimento das mulheres acerca do câncer de mama e realização dos exames de rastreamento e entre os fatores comportamentais das mulheres e a realização dos exames de rastreamento utilizou-se o teste do Qui-quadrado ou Exato de Fischer. Foram consideradas estatisticamente significantes as diferenças em que p foi menor que 5% ($p < 0,05$).

4.10 Procedimentos Ético-legais

Este estudo atendeu as condições estabelecidas pela resolução MS/CNS 466/2012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás-CEP/HC/UFG, sob Parecer nº 1.545.520 (ANEXO A). Para a realização da pesquisa obteve-se a anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (ANEXO B).

Os participantes foram esclarecidos acerca do estudo e dos seus objetivos, de modo a tornarem-se cientes do sigilo conferido às suas informações e às suas identidades. Além disso, foram orientadas quanto à ausência de qualquer risco para si mesmas e foram cientificadas dos benefícios de suas informações. A coleta foi iniciada após assinaturas do TCLE (Apêndice 1).

4.11 Conflitos de interesse

Os pesquisadores envolvidos neste estudo não tiveram envolvimento financeiro ou empregatício com nenhuma organização ou entidade com interesse financeiro sobre o assunto estudado ou materiais utilizados.

5. RESULTADOS

Os dados gerados nessa investigação foram organizados para divulgação nos meios acadêmicos, na forma de dois artigos científicos.

Artigo 1: Rastreamento do câncer de mama: comportamento de saúde das mulheres.

Autores: Tanielly Paula Sousa, Janaína Valadares Guimarães, Ana Karina Marques Salge.

Revista: ROL de enfermería

Situação: Em elaboração

Artigo 2: Conhecimento e prática dos exames de rastreamento do câncer de mama por mulheres usuárias da Atenção Primária à Saúde.

Autores: Tanielly Paula Sousa, Janaína Valadares Guimarães, Ana Karina Marques Salge.

Revista: Cubana de Enfermería

Situação: Em elaboração

5.1 Artigo 1

RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA: COMPORTAMENTO DE SAÚDE DAS MULHERES

RESUMO:

Objetivo: Investigar a associação entre o comportamento de saúde das mulheres e sua adesão aos exames de rastreamento do câncer de mama. Metodologia: Estudo transversal, realizado com 320 mulheres entre 40 a 69 anos, usuárias da Estratégia de Saúde da Família, Brasil. Variáveis relacionadas ao comportamento de saúde, uso do serviço de saúde, antecedentes ginecológicos e obstétricos pessoais/familiares de câncer foram avaliados. Resultado: Estar dentro do peso adequado ($p=0,029$) e receber visita de profissional de Saúde e/ou de Agente Comunitário de Saúde favoreceu a realização do ECM (Exame Clínico das mamas) ($p=0,009$); aquelas dentro da faixa etária entre os 50-69 anos ($p<0,001$) e que têm filhos ($p=0,042$) realizam mais a mamografia (MMG) e aquelas que frequentam a unidade há mais de um ano realizam mais a ultrassonografia (USG) ($p=0,024$). Mulheres com antecedentes familiares de câncer de mama realizam mais o ECM ($p=0,007$) e USG ($p=0,034$) e aquelas que possuem plano de saúde realizam mais o ECM ($p=0,018$) e a MMG ($p=0,065$). Ter recebido em algum momento da vida recomendação profissional ($p<0,001$, $p<0,001$, $p=0,002$), ter realizado uma última consulta ginecológica a menos de 3 anos ($p<0,001$) e realizar consulta ginecológica anual ($p<0,001$) favorece a realização de todos os exames. Conclusão: A adesão ao rastreamento do câncer de mama associa-se a comportamentos de saúde. Estes comportamentos são influenciados pelo peso, idade da mulher, presença de plano de saúde, antecedentes pessoais e familiares de câncer, ter filhos, ir anualmente à consultas médicas e receber recomendação de profissional de saúde.

Palavras-chave: neoplasias da mama, programas de rastreamento, sistemas de saúde, comportamento, Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é um dos mais frequentes entre as mulheres em todo mundo, se diagnosticado e tratado oportunamente é considerado de bom prognóstico (CDC, 2013). Entretanto, fatores relacionados ao atraso no diagnóstico e na implementação terapêutica podem dificultar a busca das mulheres por atenção em saúde (SHARMA et al., 2012). Alguns desses fatores podem estar relacionados ao próprio comportamento de saúde da mulher, e com isso refletir em maior risco de adoecimento (LEE; STANGE; AHLUWALIA, 2015).

É consenso que modelos de estilo de vida das mulheres estão associados aos fatores de risco para o câncer de mama, principalmente referente à vida reprodutiva da mulher e exposição prolongada aos estrogênios (menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade ou maternidade após os 30 anos de idade e utilização da terapia de reposição hormonal por mais de cinco anos), e riscos referentes aos maus hábitos de vida (sedentarismo, má alimentação, obesidade, tabagismo e consumo de álcool em excesso). Além desses, fatores que independem da mulher, como histórico familiar de câncer e idade são relacionados ao risco de desenvolvimento da doença (CGHFBC, 2012; RODRIGUES; CRUZ; PAIXÃO, 2015).

O risco de câncer de mama acumula-se, desde a infância, adolescência, mas em particular no período entre a menarca e primeira gravidez, quando as mulheres estão mais susceptíveis a diferenciação das células, tornando-se mais vulneráveis a carcinogênese. Além disso, o excesso de álcool e tabaco no início da vida adulta podem aumentar o risco para o câncer de mama (EMAUS et al., 2014) e alguns estudos ainda ressaltam que o excesso de gordura corporal contribua na incidência do câncer de mama, principalmente entre mulheres em pós menopausa (CHAN et al., 2014). Diante disso, especialistas estimam que as mudanças de estilo de vida bem-sucedidas poderiam evitar 25% a 30% dos casos de câncer de mama (PARKIN; BOYD; WALKER, 2011; INCA, 2014).

A utilização dos serviços de saúde pode ser essencial para a melhoria do rastreamento do câncer mamário, mas políticas e programas nacionais consistentes e organizados devem ser implementados visando aumentar a informação e reduzir a exposição aos fatores de risco do câncer, garantindo que sejam fornecidas às pessoas as informações e o apoio que precisam para adotar estilos de vidas saudáveis (HARVIE; HOWELL; EVANS, 2015).

Sabe-se que os fatores acima mencionados apresentam risco para o desenvolvimento do câncer de mama, entretanto, ainda limita-se na literatura um melhor esclarecimento entre a relação desses fatores e a realização dos exames de rastreamento (KWOK; TRANBERG; LEE, 2015; LEE; STANGE; AHLUWALIA, 2015). Este estudo pode contribuir na compreensão de comportamentos de saúde das mulheres, bem como o uso do serviço de saúde, que podem influenciar as ações direcionadas aos profissionais de saúde, pesquisadores e gestores de políticas públicas na detecção precoce do câncer de mama. Assim, o objetivo foi investigar a associação entre o comportamento de saúde das mulheres e o uso do serviço com a sua adesão aos exames de rastreamento do câncer de mama.

METODOLOGIA

Estudo com delineamento transversal, realizado em Unidades de Atenção Básicas de Saúde da Família (UABSF), na cidade de Goiânia, estado de Goiás, região Centro-Oeste do Brasil.

A população do estudo foi constituída por mulheres que aguardavam por atendimento dentro das UABSF. Foram convidadas a participar mulheres, não gestantes, que estivessem dentro da faixa etária de 40 a 69 anos, considerando a Lei nº11.664 de 29 de abril de 2008 e a recomendação de entidades científicas, como a *American Cancer Society* e a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) que defendem a realização anual da mamografia (MMG) para mulheres a partir de 40 anos de idade (ACS, 2010). Como critério de exclusão foi considerado a incapacidade da mulher em responder as perguntas do questionário (Diagnóstico de transtornos mentais registrado em prontuário).

O cálculo amostral considerou 1.880 atendimentos realizados às mulheres nas UABSF, somando-se cinco unidades, no ano de 2015, erro amostral de 5% e nível de significância de 95%. A amostra final foi estabelecida em 320 mulheres.

A coleta de dados foi realizada todos os dias, com exceção dos domingos, durante o horário de funcionamento das UABSF. Os dados foram coletados durante os meses de maio a julho de 2016. Nas UABSF, foi obtida uma lista pelo sistema de agendamento diário contendo nomes das mulheres, estas eram convidadas a participar da pesquisa, com explicação dos objetivos, do caráter voluntário e que a não participação não influenciaria no atendimento e/ou tratamentos realizados na UABSF.

Após o aceite para participação, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as mulheres foram entrevistadas, utilizando um roteiro, com tempo estimado de aplicação de 15 minutos. As entrevistas aconteceram em sala de espera respeitando-se a privacidade da participante.

A construção do roteiro foi baseada em conformidade com as evidências na literatura sobre a temática (LOURENÇO, 2009; PATEL et al, 2014; ROTA; FRONZA; GOMES, 2015). Para o refinamento do instrumento, previamente à coleta de dados, foi realizado um estudo-piloto para ajuste do instrumento e à operacionalização para a fase da coleta. O instrumento foi aplicado durante três dias, com sujeitos apresentando as mesmas características das mulheres que participariam do estudo (totalizando 20 mulheres) e ao final foram realizados ajustes necessários, relacionados a estrutura e organização do instrumento, de forma a sistematizar a entrevista. O teste piloto não foi incluído na amostra de estudo.

A variável dependente foi: ter realizado algum exame de rastreamento para o câncer de mama (exame clínico das mamas, mamografia e ultrassonografia) em algum momento da vida. As variáveis independentes analisadas foram: a) Variáveis ginecológicas e obstétricas relacionadas aos antecedentes pessoais e familiares de câncer; b) Comportamentos relacionados à saúde; c) Uso de serviços de saúde: consultas no ano que antecedeu a entrevista, sua periodicidade, se uso de serviço público ou particular, e quanto a periodicidade da realização do exame de rastreamento para o câncer de mama.

As informações foram transcritas para o aplicativo Google Drive e, em seguida, registradas em uma planilha de *Excel*, gerando o banco de dados final, analisados pelo Programa *Sigma Stat 3.5*. Para a análise estatística, as variáveis qualitativas foram apresentadas em frequências absolutas e relativas. Utilizou-se o teste do Qui-quadrado ou Exato de *Fisher* para verificar os fatores envolvidos na não adesão das mulheres aos exames de rastreamentos do câncer de mama. Considerou-se estatisticamente significativo $p < 0,05$. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás-CEP/HC/UFG, e atende às recomendações da Resolução nº466/012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

RESULTADOS

Na tabela 1.1 foram reunidos os dados relacionados a caracterização da amostra, onde demonstra-se o perfil das mulheres do estudo de acordo com os antecedentes ginecológicos e obstétricos.

Tabela 1.1 Distribuição dos antecedentes ginecológicos, obstétricos e antecedentes de câncer das mulheres (n=320) usuárias da Estratégia de Saúde da Família em Goiânia -GO, 2016.

VARIÁVEIS PESSOAIS/FAMILIARES	TOTAL (n)	%
FAIXA ETÁRIA		
40-49	114	35,6
50-59	125	39,1
60-69	81	25,3
IDADE DA MENARCA		
Menarca precoce (8-11)	051	15,9
12-15	239	74,7
16-18	30	9,4
IDADE DA MENOPAUSA		
Não parou ainda	108	33,8
Não lembra	31	9,7
31-40	7	2,2
41-49	93	29,1
50-54	63	19,7
Menopausa tardia (>55)	18	5,6
HISTERECTOMIA	38	11,9
FILHOS		
Não possui	20	6,3
1-2	132	41,3
3-4	120	37,5
>5	48	15,0
ANTECEDENTES DE CÂNCER*		
Com antecedentes pessoais/familiares	170	53,1
Câncer de mama familiar (Mãe)	25	7,8
Câncer de mama familiar (Pai)	15	4,7
Câncer de mama pessoal	2	0,6
Outro câncer familiar	146	45,6
Outro câncer pessoal	5	1,6
Sem antecedentes pessoais/familiares	150	46,9

* Algumas usuárias entraram em mais de uma variável.

Ao associar questões relacionadas a faixa etária, ter filhos e antecedentes familiares de câncer com a realização dos exames de rastreamento do câncer de mama verifica-se, por meio da tabela 1.2, que mulheres que estavam dentro da faixa etária entre os 50-69 anos ($p < 0,001$) e que tinham filhos ($p = 0,042$) realizam mais o exame de mamografia e aquelas com antecedentes familiares de câncer de

mama realizavam mais o exame clínico das mamas ($p=0,007$) e a ultrassonografia ($p=0,034$).

Tabela 1.2 Associação entre faixa etária, filhos e antecedente familiar de câncer de mama e a realização dos exames de rastreamento do câncer de mama em mulheres usuárias da Estratégia de Saúde da Família em Goiânia -GO, 2016.

VARIÁVEIS	ECM			MMG			USG			
	S	N	P	S	N	P	S	N	P	
Faixa etária	40-49	81	33		87	27	<0,001	60	54	0,442
	50-69	148	58	0,983	192	14		119	87	
Filhos	S	217	83	0,353	265	35	0,042	166	134	0,542
	N	12	8		14	6		13	7	
Antecedente familiar de Câncer	S	133	37	0,007	153	17	0,151	105	65	0,034
	N	96	54		126	24		74	76	

p: valor do p; S: Sim; N: Não; ECM: Exame Clínico das Mamas, MMG: Mamografia, USG: Ultrassonografia.

A tabela 1.3 reúne informações relacionadas aos comportamentos que influenciavam a saúde das mulheres.

Tabela 1.3 Distribuição das variáveis sobre comportamento de 7 saúde das mulheres (n=320) usuárias da Estratégia de Saúde da Família em Goiânia/GO, Brasil, 2016.

VARIÁVEIS COMPORTAMENTAIS	TOTAL (n)	%
PESO		
Obesidade e Sobrepeso (IMC > 25)	204	63,8
Peso ideal (18,5 < IMC < 25)	110	34,3
Abaixo do peso (IMC < 18,5)	6	1,9
ATIVIDADE FÍSICA		
Prática	111	34,7
Não prática	209	65,3
TIPO DE ATIVIDADE FÍSICA		
Caminhada	80	72,1
Outros	31	27,9
TABAGISMO		
Fumante	32	10,0
Ex fumante	87	27,2
Não fumante	201	62,8
TEMPO QUE FUMA/FUMOU		
1-9 anos	25	21,0
10-19 anos	36	30,3
20 ou mais	58	48,7
BEBIDA ALCOÓLICA		
Faz uso	35	10,9
Não faz	285	89,1
TEMPO DE USO DE BEBIDA ALCOÓLICA		
1-10	18	51,4
11-20	8	22,9
Mais de 20 anos	9	25,7
PERIODICIDADE EM CONSULTAS GINECOLÓGICAS		
Semestralmente	14	4,4
Anualmente	151	47,2
A cada 2 anos	34	10,6
Não existe periodicidade	121	37,8
AUTOPALPAÇÃO		
Realiza	179	55,9
Não Realiza	141	44,1
FREQUÊNCIA – AUTOPALPAÇÃO		
Diariamente	44	24,6
Semanalmente	60	33,5
Quinzenalmente	10	5,6
Mensalmente	59	32,9
Semestralmente	6	3,4
CONSIDERA A AUTOPALPAÇÃO		
Muito necessária	105	32,8
Necessária	167	52,2
Pouco Necessária	22	6,9
Desnecessária	26	8,1

IMC : Índice de Massa Corporal

As variáveis comportamentais associadas com a realização dos exames de rastreamento foram expressas na tabela 1.4. Os resultados mostraram uma significativa associação entre estar no peso adequado e realizar o exame clínico das mamas ($p=0,029$). As mulheres que realizaram consultas ginecológicas anuais realizam mais todos os exames de rastreamento ($p<0,001$).

Tabela 1.4 Associação entre variáveis comportamentais de saúde e a realização dos exames de rastreamento do câncer de mama em mulheres usuárias da Estratégia de Saúde da Família em Goiânia/GO, Brasil, 2016.

Comportamento de Saúde		ECM			MMG			USG		
		S	N	P	S	N	P	S	N	P
IMC > 25	S	137	67	0,029	180	24	0,569	106	98	0,075
	N	92	24		99	17		73	43	
PAF	S	81	30	0,781	96	15	0,922	67	44	0,297
	N	148	61		183	26		112	97	
Fumo	S	23	9	0,869	25	7	0,181	21	11	0,329
	N	206	82		254	34		158	130	
BA	S	24	11	0,828	28	7	0,280	20	15	0,978
	N	205	80		251	34		159	126	
CGA	S	126	25	<0,001	142	9	<0,001	103	48	<0,001
	N	103	66		137	32		76	93	
TOTAL		229	91		279	41		179	141	

p= valor do p; ECM: Exame Clínico das Mamas, MMG: Mamografia, USG: Ultrassonografia, PAF: Prática Atividade Física; BA: Bebida Alcoólica; CGA: Consultas Ginecológicas Anuais.

Na investigação dos comportamentos de saúde: prática de atividade física, ingestão de bebida alcoólica e fumo, não foram encontrados associações significativas relacionando-se a realização dos exames de rastreamento do câncer de mama.

Em relação ao uso dos serviços de saúde, 207 mulheres (64,7%) relataram ter realizado uma consulta ginecológica pela última vez em 2015/2016, apenas 51 mulheres (15,9%) possuíam plano de saúde e 231 mulheres (72,2%) já receberam recomendação profissional alguma vez na vida para realizar exames de rastreamento do câncer de mama, sendo em sua maioria realizadas pelo profissional

médico (69,3%), e em especial o exame da mamografia (68,5%). A maioria das mulheres (52,8%) relatou que não recebe visita em casa de profissionais de saúde e/ou do agente comunitário de saúde e 113 mulheres (35,3%) relataram que frequentavam a UABSF há mais de 15 anos, seguidas por aquelas que frequentavam a unidade por até 1 ano (24,1%).

A análise da associação das variáveis do uso do serviço de saúde com a realização dos exames de rastreamento foi expressa na tabela 1.5.

Tabela 1.5 Variáveis relacionadas ao uso do serviço de saúde e a realização dos exames de rastreamento do câncer de mama em Goiânia - GO, 2016.

USO DO SERVIÇO DE SAÚDE		ECM			MMG			USG		
		S	N	p	S	N	P	S	N	P
Recomendação Profissional	S	182	49	<0,001	218	13	<0,001	142	89	0,002
	N	47	42		61	28		37	52	
Plano de Saúde	S	44	7	0,018	49	2	0,065	30	21	0,765
	N	185	84		230	39		149	120	
Recebe visita de ACS/PF	S	97	54	0,009	131	20	0,959	82	69	0,658
	N	132	37		148	21		97	72	
CG >3 anos	S	14	26	<0,001	22	18	<0,001	10	30	<0,001
	N	215	65		257	23		169	111	
Frequenta a UABSF a menos de 1 ano	S	48	29	0,056	64	13	0,303	34	43	0,024
	N	181	62		215	28		145	98	

S: Sim; N: Não; p: valor do p; ECM: Exame Clínico das Mamas, MMG: Mamografia, USG: Ultrassonografia, AP: Autopalpação; ACS/PF: Agente Comunitário de Saúde/Profissional de Saúde; CG: Consulta ginecológica; UABSF: Unidade de Atenção Básica de Saúde da Família; NR: nunca realizou.

Os resultados foram significativos relacionados a: ter recebido em algum momento da vida recomendação profissional e realizar qualquer um dos três exames de rastreamento ($p < 0,001$, $p < 0,001$ e $p = 0,002$); possuir plano de saúde e realizar o exame clínico das mamas ($p = 0,018$) e a mamografia ($p = 0,065$); receber visita de profissional de saúde e/ou de agente comunitário de saúde (ACS) e já ter realizado o exame clínico das mamas pelo médico ou enfermeiro ($p = 0,009$); ter realizado uma última consulta ginecológica a menos de 3 anos e já ter realizado qualquer um dos

três exames de rastreamento ($p < 0,001$); e ter frequentado a unidade a mais de um ano e já ter realizado a ultrassonografia ($p = 0,024$).

DISCUSSÃO

Por meio deste estudo constatou-se que o fato de ter algum antecedente pessoal e/ou familiar de câncer faz com que as mulheres realizem o exame clínico de mamas e ultrassonografia com mais frequência, mas não a mamografia. Essa informação corrobora com outros estudos que afirmam que uma história pessoal e/ou familiar de câncer de mama podem definir um elevado risco de câncer e conduzir a uma maior vigilância, fora até mesmo de programas organizados de rastreamento (ANTONIO et al, 2008). Estudo realizado no Brasil concluiu que mulheres que tiveram câncer são mais propensas a realizarem a mamografia com maior frequência, dessa forma, o fato dessas mulheres terem sido diagnosticadas com câncer aumentava em 20,5% a probabilidade de realizar a mamografia todo o ano. Para os autores, isso se deve ao fato dessas mulheres terem experiência com o problema e conhecerem melhor a doença, desse modo, elas preocupam-se e aumentam a postura preventiva (RODRIGUES; CRUZ; PAIXÃO, 2015).

Em nosso estudo, mulheres com filhos demonstraram realizar com mais frequência a MMG que os demais exames. Diferentemente, outros estudos não encontraram relação significativa com a MMG, mas sim na taxa de realização do ECM e da autopalpação em mulheres que possuíam filhos ao comparar com aquelas que não tinham filhos (KHALILI; SHAHNAZI, 2010; KOTEPUI et al, 2015). Resultado diferente foi encontrado em estudo de Enjezab (2016), em que o maior número de filhos das mulheres associou-se a menores taxas de rastreamento do câncer de mama. Assim, a literatura é controversa ao relacionar a presença de filhos e a realização dos exames de rastreamento.

As mulheres que estavam dentro da faixa etária entre os 50-69 realizavam mais a mamografia, quando comparadas ao grupo mais jovem (40-49). Estudo mostra que maiores idades foram preditores na realização da mamografia entre as mulheres (HATEFNIA et al, 2010), assim o rastreamento mamográfico estava positivamente associado com a idade de 50-59 anos (SÖZMEN et al, 2016). Nesse sentido, deve-se dizer que indivíduos mais jovens têm percepções de vulnerabilidade menores em relação aos riscos de saúde em torno deles e, em outras palavras, se consideram “imunes” a riscos e ameaças à saúde e não sentem

a necessidade de adotar comportamentos preventivos (MIRZAEI-ALAVIJEH et al, 2016).

No presente estudo utilizando-se do Índice de Massa Corporal (IMC), pode-se verificar que a maioria das mulheres estava acima do peso, por outro lado, ter peso adequado estava associado significativamente com a realização do exame clínico das mamas para o rastreamento do câncer de mama. Apesar de seu maior risco de câncer de mama, as mulheres com um IMC elevado tendem a participar menos do rastreamento do que mulheres com peso normal, principalmente a mamografia (MARUTHUR et al, 2009; HELLMANN et al, 2015), além de participarem menos do rastreamento oportunístico quando comparado ao organizado, e serem propensas a identificar barreiras para sua realização (CONSTANTINO; DRAY-SPIRA; MENVIELLE, 2016). Lembrando que o rastreamento organizado baseia-se na criação de programas estruturados por meio dos quais a população-alvo é solicitada/convocada, enquanto o rastreamento oportunístico é realizado de forma aleatória, sem uma convocação ativa dos indivíduos (INCA, 2015). A menor adesão as práticas do rastreamento entre mulheres obesas é um fato preocupante, uma vez que, elas já possuem fatores de predisposição ao câncer, assim, mulheres obesas são mais propensas ao câncer de mama avançado em comparação com aquelas não-obesas, além de serem mais propensas a depender do diagnóstico por meio do rastreamento mamográfico organizado (HAAKINSON et al, 2012). Evidências dos EUA sugerem que até 30% de câncer de mama diagnosticados em estágio mais avançado em mulheres afro-americanas em comparação com as mulheres brancas americanas são atribuíveis a taxas mais elevadas de obesidade nas mulheres afro-americanas (JONES et al, 1997).

Nesse sentido, o elevado ganho de peso na meia-idade pode estar associado a um risco aumentado de câncer de mama (EMAUS et al, 2014). Estima-se que mulheres na pós-menopausa com peso ideal e que ganham mais de 5 kg com o passar dos anos, apresentam um risco aumentado de 36% de desenvolver o câncer de mama (NEUHOUSER et al; 2015). Estas informações fornecem uma boa justificativa para apoiar a mudança de estilo de vida, principalmente após a menopausa, visando reduzir o risco do sobrepeso e obesidade e conseqüentemente o risco de desenvolvimento do câncer. No entanto, muitas vezes, esses dados não provocam mudanças no comportamentos de saúde da mulher. A forma que a doença é compreendida ou percebida traz maiores implicações nos comportamentos

de saúde, assim as crenças devem ser consideradas para determinação do comportamento que reduza o risco do câncer (LEVENTHAL, LEVENTHAL, BRELAND, 2011).

Os comportamentos inadequados de saúde das mulheres relacionados a não adesão à prática de atividade física, e presença de tabagismo e alcoolismo, no entanto, não mostraram associação com a realização do exame de rastreamento. Entretanto, estudos já trouxeram que mulheres que possuem o hábito de ingerir bebida alcoólica apresentam 1,88 chances a menos de realizarem a mamografia comparadas àquelas que não fazem uso. Sendo que, o fato de não ingerir álcool aumenta em 1,96 vezes a chance de realizar a mamografia e exame clínico das mamas (PATEL et al, 2014). Quanto ao tabagismo, verifica-se que as fumantes possuem menores possibilidades de realizarem a mamografia além de apresentarem menor probabilidade de cuidado geral de saúde, exibindo uma consciência diminuída de risco (RODRIGUES; CRUZ; PAIXÃO, 2015).

Estima-se que 38% dos cânceres de mama na pós-menopausa podem ser evitados por aumento da atividade física, redução da gordura corporal e diminuição da ingestão de álcool (WCRF, 2016). Acredita-se que há em média uma redução de 20 a 25% no risco de desenvolver câncer de mama entre mulheres fisicamente ativas em comparação as sedentárias independente do status menopausal (LYNCH; NEILSON; FRIEDENREICH, 2011). Estudos recentes apontam para os benefícios da atividade física durante toda a vida e após a menopausa, sobre a resposta terapêutica ao câncer de mama e aumento da sobrevida (LIU et al., 2015; SCHÜZ et al., 2015).

Houve associação significativa entre a realização de consulta ginecológica anual e a prática de todos os exames de rastreamento. Apesar de Patel et al. (2014) não terem encontrado relação significativa entre visitas médicas e a realização dos exames de rastreamento, nossos resultados são consistentes com estudos anteriores que relataram que o acompanhamento médico regular está associado com a participação no rastreio mamográfico (ESTEVA et al, 2008), e com atitudes mais positivas em relação ao rastreamento do câncer (OUÉDRAOGO et al., 2014). Diante disso, percebe-se o possível impacto do uso do serviço de saúde na adoção das práticas de rastreamento, especialmente como resultado do contato profissional. Entretanto, o uso de serviços pode ser uma avaliação de acesso, mas não se explica apenas por ele. Apesar de o acesso ser um determinante do uso, este

resulta de uma variedade de fatores: individuais, contextuais e relativos à qualidade do cuidado que influenciam o uso e a efetividade do cuidado (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Constatou-se que mulheres que recebiam recomendação profissional realizavam mais todos os exames de rastreamento para o câncer de mama. Autores afirmam que as informações sobre o exame clínico de mamas e mamografia fornecidas por profissionais de saúde por meio da mídia e outras oportunidades de educação em saúde aumentam o rastreamento de câncer de mama (TUZCU; BAHAR, 2015). Entretanto, recomendações dadas por meio de outras fontes (mídia, revista, folhetos, simulações, entre outras) apresentam impactos temporários, enquanto informações dadas por profissionais de saúde são efetivas e duradouras (BANNING, 2011), representando novamente a importância do profissional na disseminação das práticas de rastreamento entre a população.

As mulheres poderiam ter na visita domiciliar um meio facilitado ao acesso às recomendações (BANNING, 2011). No presente estudo houve associação entre receber visita domiciliar de profissional de saúde e/ou agente comunitário de saúde e a realização do exame clínico das mamas. Infelizmente o fato das visitas não abrangerem as mulheres no geral, mas apenas grupos específicos, como as puérperas, por exemplo, limitariam o acesso às recomendações e informações disponíveis com o atendimento nas UABSF.

Contudo, mulheres que possuem plano de saúde realizam com mais frequência o exame clínico de mamas e mamografia. Corroborando com esse dado, outro estudo brasileiro demonstra que mulheres com plano de saúde apresentam 18,3% mais probabilidade de realizar mamografia em um ano e 17,7% de realizar o exame clínico de mamas frequentemente (RODRIGUES; CRUZ; PAIXÃO, 2015), e aquelas que fazem a mamografia pelo convênio de saúde ou particular realizam mais vezes o exame do que as que realizam pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (SANTOS; CHUBACI, 2011). Estudo de Novaes e Mattos (2009) observou uma associação significativa entre utilizar somente o SUS e não realizar a mamografia. De modo geral, estas associações podem ser explicadas pela solicitação mais frequente da mamografia e a maior disponibilidade de mamógrafos para a realização do exame entre mulheres que possuem plano de saúde (GADELHA; MARTINS, 2011). A problemática envolvendo a prática da mamografia tem o acesso como elemento principal, uma vez que 68,5% das mulheres afirmam que o SUS não

oferece acesso adequado para a realização desse exame. Neste sentido, 51,8% das mulheres realizaram a última mamografia na rede privada (MENDONÇA, 2013). Deste modo, percebe-se que o acesso das mulheres usuárias do SUS aos exames de rastreamento, em especial a mamografia poderia constituir uma barreira para a não realização dos mesmos.

Em relação a frequência das mulheres nas UABSF, verificou-se que aquelas que frequentavam a unidade há mais de um ano realizam mais a ultrassonografia. Outro estudo demonstrou que não foi possível encontrar uma associação relacionada a diminuição da probabilidade de realizar os exames de rastreamento pelas mulheres que não fizeram uma visita médica nos últimos 12 meses (PATEL et al, 2014). Esta associação encontrada pode ser referente a questões já tratadas anteriormente, onde o fato de frequentar a unidade seria uma possibilidade de maior acesso às informações provenientes dos profissionais e a conscientização ou conhecimento da necessidade, importância e possibilidade de realização dos exames, principalmente a ultrassonografia, considerado complementar, não sendo realizado de forma rotineira pelas mulheres (INCA, 2015), somente com indicação. Além disso, essa associação pode estar envolvida em aspectos individuais, onde mulheres que frequentam mais a unidade de saúde já apresentavam comportamentos melhores de saúde, e por isso realizam outros exames de rastreamento como a ultrassonografia.

Diante disso, este estudo pode contribuir para que os profissionais de saúde da atenção primária intervenham com ações educativas sobre o câncer de mama, afim de controlar os fatores de risco e influenciar positivamente o comportamento de saúde das mulheres. Além de promover a qualificação de professores, de modo a permitir uma modificação no processo de aprendizagem nesse âmbito, enfatizando a necessidade da instituição de projetos na universidade, como os de extensão, que possam impactar toda a rede em saúde, levando em consideração o rastreamento do câncer de mama.

CONCLUSÃO

O estudo apontou que receber visita de ACS/PF e estar no peso adequado favorece a realização do ECM, enquanto ter filhos favorece a realização da MMG e frequentar a unidade há mais de um ano beneficia a realização da USG.

Possuir antecedente familiar de câncer de mama favorece a realização do ECM e USG e estar na faixa etária 50-69 anos e o fato de possuir plano de saúde está associado a já ter realizado o ECM e MMG.

Mulheres que recebem recomendação profissional, quanto a necessidade de realizar os exames de rastreamento do câncer de mama, independentemente do profissional, aquelas que relatam ter realizado uma última consulta ginecológica a menos de 3 anos e aquelas que realizam consultas ginecológicas anualmente realizam todos exames com mais frequência do que as demais.

Entre as limitações do estudo considera-se que a presença do pesquisador poderia provocar alterações das respostas, além disso, a inabilidade ou mesmo incapacidade do entrevistado para responder adequadamente questionamentos que dependiam de sua memória, poderiam gerar o fornecimento de repostas falsas ou retenção de dados importantes.

REFERÊNCIAS

American Cancer Society (ACS). Breast cancer facts & figures 2009-2010. Atlanta: American Cancer Society: 2010.

Antonio CW, Barbara LW, Tal ZZ, Vergilio S, Beryl McC. Cancer of the breast. Abeloff: Abeloff's clinical oncology. Philadelphia, PA: Churchill Livingstone Elsevier; 2008.

Banning M. Perceptions of breast health awareness in Black British women. Eur J Oncol Nurs. 2011 Apr;15 (2): 173-7.

Centers for Disease Control and Prevention. (CDC). Breast cancer; 2013. Disponível em: <http://www.cdc.gov/cancer/breast/>

Chan DS, Vieira AR, Aune D, Bandera EV, Greenwood DC, McTiernan A, et al. Body mass index and survival in women with breast cancer-systematic literature review and meta-analysis of 82 follow-up studies. Ann Oncol. 2014; 25 (10):1901-14

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (CGHFBC). Menarche, menopause, and breast cancer risk: individual participant meta-analysis, including 118 964 women with breast cancer from 117 epidemiological studies. Lancet Oncol. 2012; 13:1141–1151.

Constantinou P, Dray-Spira R, Menvielle G. Cervical and breast cancer screening participation for women with chronic conditions in France: results from a national health survey. BMC Cancer. 2016 Mar 31;16:255.

Emaus MJ, van Gils CH, Bakker MF, Steins Bisschop CN, Monninkhof EM, Bueno-de-Mesquita HB, et al. Weight change in middle adulthood and breast cancer risk in the EPIC-PANACEA study. Int. J. Cancer. 2014; 135: 2887–99.

- Enjezab B. Cancer Screening Practice among Iranian Middle-aged Women. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2016; 4(4): 770-778.
- Esteva M, Ripoll J, Leiva A, Sánchez-Contador C, Collado F. Determinants of non attendance to mammography program in a region with high voluntary health insurance coverage. *BMC Public Health*. 2008 Nov 13; 8: 387.
- Gadelha MIP, Martins SJ. Condicionantes socioeconômicas e geográficas do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008 – comentários interpretativos. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011; 16(9): 3665-70.
- Haakinson DJ, Leeds SG, Dueck AC, Gray RJ, Wasif N, Stucky CC, et al. The impact of obesity on breast cancer: a retrospective review. *Ann Surg Oncol*. 2012; 19 (9): 3012–8.
- Harvie M, Howell A, Evans DG. Can diet and lifestyle prevent breast cancer: what is the evidence? *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2015; e66-73.
- Hatefnia E, Niknami S, Bazargan M, Mahmoodi M, Lamyianm M, Alavi N. Correlates of mammography utilization among working Muslim Iranian women. *Health Care Women Int*. 2010 Jun;31(6):499-514.
- Hellmann SS, Njor SH, Lynge E, von Euler-Chelpin M, Olsen A, Tjønneland A, et al. Body mass index and participation in organized mammographic screening: a prospective cohort study. *BMC Cancer* 2015;15:294.
- INCA- Instituto Nacional De Câncer; Ministério da Saúde. Diretrizes para a detecção precoce do Câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro (Brasil): INCA, 2015.
- INCA- Instituto Nacional do Câncer; Ministério da Saúde. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (Brasil): 2014.
- Jones BA, Kasi SV, Curnen MG, Owens PH, Dubrow R. Severe obesity as an explanatory factor for the black/white difference in stage at diagnosis of breast cancer. *Am J Epidemiol*. 1997; 146 (5):394–404.
- Khalili AF, Shahnazi M. Breast cancer screening (breast self-examination, clinical breast exam, and mammography) in women referred to health centers in Tabriz, Iran. *Indian Journal of Medical Sciences*. 2010; 64: 149–162.
- Kwok C, Tranberg R, Lee FC. Breast cancer knowledge, attitudes and screening behaviors among Indian-Australian women. *European Journal of Oncology Nursing*. 2015; 19 (6): 701-706.
- Lee HY, Stange MJ, Ahluwalia JS. Breast cancer screening behaviors among Korean American immigrant women: findings from the Health Belief Model. *J Transcult Nurs*. 2015 Nov; 26 (5): 450-7.
- Leventhal H, Leventhal E, Breland J. Cognitive Science Speaks to the “Common-Sense” of Chronic Illness Management. *Ann Behav Med*. 2011; 41(2):152–63.
- Liu L, Shi Y, Li T, Qin Q, Yin J, Pang S, et al. Leisure time physical activity and cancer risk: evaluation of the WHO’s recommendation based on 126 high-quality epidemiological studies. *British Journal of Sports Medicine*. 2015; 10: 1-9.
- Lourenço, TS. Primeiro rastreamento organizado regional no Brasil: barreiras relacionadas à realização do exame de mamografia. Botucatu. Dissertação [Mestrado] - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2009.

- Lynch BM, Neilson HK, Friedenreich CM. Physical activity and breast cancer prevention. *Recent Results in Cancer Research*. 2011; 186: 13-42.
- Maruthur NM, Bolen S, Brancati FL, Clark JM. Obesity and mammography: a systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2009;24:665e77.
- Mendonça RS. Conhecimentos, atitudes e práticas na prevenção e detecção precoce do câncer de mama em mulheres da região metropolitana do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado] – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2013.
- Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 466/2012- Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012.
- Mirzaei-Alavijeh M, Heydari ST, Ahmadi-Jouybar T, Jalilian F, Gharibnavaz H, Mahboubi M. Socio-Demographic and Cognitive Determinants of Breast Cancer Screening. *International Journal of Advanced Biotechnology and Research (IJBR)*. 2016; 7 (4): 1684-1690.
- Neuhouser ML, Aragaki AK, Prentice RL, Manson JE, Chlebowski R, Carty CL, et al. Overweight, Obesity, and Postmenopausal Invasive Breast Cancer Risk: A Secondary Analysis of the Women's Health Initiative Randomized Clinical Trials. *JAMA oncology*. 2015; 1(5):611-21.
- Novaes CO, Mattos IE. Prevalência e fatores associados a não utilização de mamografia em mulheres idosas. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(Sup2):2310-20.
- Ouédraogo S, Dabakuyo-Yonli TS, Amiel P, Dancourt V, Dumas A, Arveux P. Breast cancer screening programmes: challenging the coexistence with opportunistic mammography. *Patient Educ Couns*. 2014 Dec;97(3):410-7.
- Parkin DM, Boyd L, Walker LC. The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in the UK in 2010. *Br J Cancer*. 2011;105 Suppl 2:S77-S81.
- Patel K, Kanu M, Liu J, Bond B, Brown E, Williams E, et al. Factors influencing breast cancer screening in low-income African Americans in Tennessee. *J Community Health*. 2014 Oct; 39(5):943-50.
- Rodrigues JD, Cruz MS, Paixão AN. Uma análise da prevenção do câncer de mama no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015 Oct; 20 (10): 3163-3176.
- Rota CB, Fronza D, Gomes DS. Adesão ao rastreamento mamográfico organizado do câncer de mama em uma unidade básica de saúde de Cascavel-PR. *Revista Thêma et Scientia*. 2015 jul/dez; 5(2): 103-107.
- Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 31 (3): 260-8
- Santos GD; Chubaci RYS. O conhecimento sobre câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centro de convivência em São Paulo (SP, Brasil). *Ciênc. e Saúde Colet*. v.16, n. 5, p. 2533-540, 2011.
- Schüz J, Espina C, Villain P, Herrero R, Leon ME, Minozzi S, et al. European Code against Cancer 4th Edition: 12 ways to reduce your cancer risk. *Cancer Epidemiol*. 2015 Dec;39 Suppl 1:S1-10.

Sharma K, Costas A, Shulman LN, Meara J G. A Systematic review of barriers to breast cancer care in developing countries resulting in delayed patient presentation. *J Oncol*. 2012

Sözmen K, Unal B, Sakarya S, Dinc G, Yardim N, Keskinilic B et al. Determinants of Breast and Cervical Cancer Screening Uptake Among Women in Turkey. *Asia Pac J Public Health*. 2016 Sep;28(6):528-38.

Tuzcu A, Bahar Z. Barriers and facilitators to breast cancer screening among migrant women within Turkey. *J Transcult Nurs*. 2015 Jan; 26 (1):47-56.

World Cancer Reserch Fund (WCRF) [Internet]. Cancer preventability statistics; 2016 [Acessado em: Fevereiro 2016].Disponível em: <http://www.wcrf-uk.org/uk/preventing-cancer/cancer-preventability-statistics/breast-cancer>.

5.2 Artigo 2

CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS EXAMES DE RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA POR MULHERES USUÁRIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RESUMO:

Objetivo: Investigar a associação entre o conhecimento e prática dos exames de rastreamento do câncer de mama por usuárias da Atenção Primária à Saúde (APS).
Metodologia: Estudo transversal, realizado com 320 mulheres na faixa etária entre 40 e 69, usuárias da Estratégia de Saúde da Família, em Goiânia, Brasil.
Resultados: Verificou-se que 72,2% das mulheres já tinham ouvido falar do Exame Clínico das Mamas (ECM), 98,4% da Mamografia (MMG) e 77,2% da Ultrassonografia (USG). Apenas 6,9% consideraram o ECM somado a MMG como métodos de rastreamento do câncer de mama para sua idade; 42,8% referiram a MMG como método ouro e somente 35,9% tem conhecimento da idade recomendada para o início do rastreamento. Dentre os fatores de risco para doença, o histórico familiar (28,8%) foi o mais citado, 33,4% das mulheres desconheciam qualquer fator de risco e 19,1% quaisquer sinais/sintomas da doença, sendo apenas o nódulo mamário reconhecido pela grande maioria (70,9%) delas. A prática dos exames de rastreamento associou-se ao fato de já ter ouvido falar dos exames ($p=0,001$). Conhecer os exames favoreceu a prática do ECM ($p=0,020$) e USG ($p=0,021$). A idade recomendada relacionou-se a realização de USG ($p=0,01$).
Conclusão: Mulheres que já ouviram falar sobre os exames de rastreamento tendem a realizá-los com maior frequência. Conhecer os exames de rastreamento promoveu a realização do ECM e da USG em algum momento da vida, sendo que o conhecimento da idade recomendada para o início do rastreamento mamário foi favorável à realização da USG.

Palavras-chave: Neoplasias da mama, programas de rastreamento; sistemas de saúde; Conhecimento; atitudes de práticas em saúde.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é um problema de saúde pública em vários países do mundo, mas países em desenvolvimento como o Brasil, exibem uma problemática ainda maior que é o rastreamento oportunístico, ou seja, para que a realização dos exames de rastreamento ocorra, depende essencialmente da própria mulher. Esta realidade faz com que várias mulheres sejam diagnosticadas em estádios mais avançados da doença, pois somente procuram o atendimento de saúde quando encontram um nódulo mamário. Isso se deve, em grande parte, do fato das mulheres desconhecerem os exames ou não serem orientadas de forma adequada quanto à realização dos mesmos (BIHRMANN et al, 2008).

Baixas taxas de realização de exame clínico das mamas (ECM) e mamografia (MMG) refletem obstáculos que são identificados pelas próprias mulheres, onde inclui a falta de informação suficiente sobre exames, desconhecimento dos locais e rotinas para a realização do rastreamento, além da falta de um plano de saúde (PATEL et al, 2014).

O fato das mulheres não realizarem a MMG por medo, caracteriza-se como uma situação comum e que merece atenção (SOUSA, 2014). Conforme Barreto et al (2012) o conhecimento sobre a importância da MMG e quem deve realizá-lo pode influenciar as mulheres na adesão ao rastreamento e minimizar os medos que são impostos a prática desse exame. Assim, identificar o grau de conhecimento das mulheres em relação à MMG é de fundamental importância para que se aumente a prevalência da realização do exame na periodicidade adequada (WILLIAMS et al., 2011).

Diante disso, é fundamental a presença do profissional de saúde para esclarecer sobre os benefícios, vantagens e opções de rastreamento do câncer de mama, a fim de apoiar e encaminhar as mulheres na determinação das melhores ações de saúde, estimulando a autonomia para que estejam envolvidas no autocuidado de saúde. Entretanto, é necessária a combinação de educação, tecnologia (mídia, internet) e pessoal de apoio para a melhoria na disponibilidade de aconselhamento sobre o rastreamento (BRYAN et al, 2015). Além disso, explorar os meios de comunicação, uma das principais ferramentas apontadas para disseminar informações acerca do câncer de mama (SANTOS; CHUBACI, 2011) é uma medida que promoveria o conhecimento e possivelmente as taxas de

realização dos exames. O conhecimento sobre MMG é um assunto pouco explorado na literatura e, ampliá-lo pode auxiliar nas estratégias de diagnóstico precoce para o câncer de mama (SCHNEIDER et al., 2013).

Dessa forma, este estudo teve por objetivo investigar o conhecimento e a prática sobre os exames de rastreamento do câncer de mama em usuárias da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, realizado em Unidades de Atenção Básica de Saúde da Família (UABSF), no Estado de Goiás, região Centro-Oeste do Brasil.

A população do estudo foi constituída por mulheres que aguardavam por atendimento dentro das UABSF. Foram convidadas a participar as mulheres, não gestantes, que estivessem dentro da faixa etária entre 40 a 69 anos, uma vez que, a Lei nº11.664 de 29 de abril de 2008 e entidades científicas, como a American Cancer Society e a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) defendem a recomendação anual da MMG para mulheres a partir de 40 anos de idade (ACS, 2010). Como critério de exclusão consideramos a incapacidade de responder as perguntas do questionário (Diagnóstico de transtornos mentais registrado em prontuário).

O cálculo amostral considerou 1.880 atendimentos realizados nas UABSF, somando-se as cinco unidades, no ano de 2015, erro amostral de 5% e nível de significância de 95%. A amostra final foi estabelecida em 320 mulheres.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, todos os dias, exceto aos domingos, durante o horário de funcionamento das UABSF. Os dados foram coletados durante os meses de maio a julho de 2016.

Nas UABSF, foi obtida uma lista por sistema de agendamento diário contendo o nome das mulheres, estas eram convidadas a participar da pesquisa, e eram esclarecidas quanto os objetivos da pesquisa, seu caráter voluntário e que a não participação não influenciaria no atendimento e/ou tratamentos realizados na UABSF.

Após o aceite para participação constatada, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as mulheres foram

entrevistadas, utilizando um roteiro de entrevista, com tempo estimado de aplicação de aproximadamente 15 minutos. As entrevistas aconteceram em sala de espera respeitando-se a privacidade da participante.

A construção do roteiro foi baseada em publicações de pesquisas com temática semelhante (LOURENÇO, 2009; PATEL et al, 2014; ROTA; FRONZA; GOMES, 2015). Para o refinamento do instrumento, previamente à coleta de dados, foi realizado um estudo-piloto para ajuste do instrumento e à operacionalização para a fase da coleta. O instrumento-piloto foi aplicado durante três dias, com mulheres que apresentavam as mesmas características das mulheres que participariam do estudo e ao final foram realizados ajustes necessários, referentes a estrutura e organização do instrumento, visando facilitar e sistematizar a realização das entrevistas.

A variável dependente analisada foi ter realizado algum exame de rastreamento para o câncer de mama (exame clínico das mamas, mamografia e ultrassonografia) em algum momento da vida. As variáveis independentes analisadas foram relacionadas ao conhecimento/educação e prática dos exames de detecção precoce, assim as questões contemplavam aspectos relacionados ao câncer de mama como sinais e sintomas, fatores de risco e métodos de rastreamento, além da prática na realização do ECM, MMG e ultrassonografia (USG).

As informações foram transcritas para o aplicativo Google Drive e, em seguida, registradas em uma planilha de *Excel*, gerando o banco de dados final, analisados pelo Programa *Sigma Stat 3.5*. Para a análise estatística, as variáveis qualitativas foram apresentadas em frequências absolutas e relativas. Utilizou-se o teste do Qui-quadrado ou Exato de *Fisher* para verificar os a associação entre o conhecimento e a prática dos exames de rastreamento. Considerou-se estatisticamente significativo $p < 0,05$. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás-CEP/HC/UFG, e atende às recomendações da Resolução nº466/012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

RESULTADOS

As avaliações sobre o conhecimento das mulheres acerca dos exames de rastreamento do câncer de mama foram expostas na tabela 2.1.

Tabela 2.1 Conhecimento das mulheres acerca dos exames de rastreamento do câncer de mama.

CONHECIMENTO		
OUVIU FALAR*	N	%
ECM	231	72,2
MMG	315	98,4
USG	247	77,2
MÉTODOS DE DETECÇÃO (MMG E ECM)		
Conhecem	22	6,9
Não conhecem	298	93,1
DECLARA SEU CONHECIMENTO		
Excelente	20	6,3
Bom	51	15,9
Regular	100	31,3
Ruim	149	46,6
MÉTODO “OURO” / EFICAZ		
Autopalpação	41	12,8
ECM	30	9,3
MMG	137	42,8
USG	112	35,0
IDADE DE RASTREAMENTO – RECOMENDADA		
40	115	35,9
Outros	205	64,1
SINAIS E SINTOMAS		
Conhecem até 2	285	89,1
Conhecer a partir de 3	35	10,9
FATORES DE RISCO		
Conhecem até 2	291	90,9
Conhece a partir de 3	29	9,1

* Algumas usuárias entraram em mais de uma variável.

Importante destacar que das 320 mulheres entrevistadas, 231 (72,2%) relataram já ter ouvido falar do ECM, e destas 218 (68,1%) já o realizaram. Em relação à MMG, das 315 (98,4%) mulheres que já ouviram falar do exame, tiveram 279 (87,2%) que o realizaram em algum momento da vida. E por último, ao verificar a USG, os resultados mostram que das 274 (77,2%) mulheres que já ouviram falar, 179 (65,3%) o realizaram alguma vez.

Ao serem questionadas se já tinham ouvido falar dos exames de rastreamento, verificou-se que 98,4% já tinham ouvido falar da MMG, 77,2% da USG

e 72,2% do ECM, sendo os profissionais de saúde a fonte de informação mais relevante para todos os exames (Tabela 2.2).

Tabela 2.2 Fontes de Informações dos exames de rastreamento do câncer de mama segundo usuárias da ESF.

FONTES DE INFORMAÇÃO	ECM		MMG		USG	
	N	%	N	%	N	%
Profissionais de saúde	194 *	60,6	137 *	42,8	140 *	43,8
Mídia	5	1,6	108	33,8	50	15,6
Conhecidas	17	5,3	52	16,3	42	13,1
Escola/Faculdade	10	3,1	9	2,8	8	2,5
Outros	5	1,6	9	2,8	7	2,2
TOTAL	231	72,2	315	98,4	247	77,2

*Kruskal-Wallis seguido do teste de Tukey (profissional de saúde vs. outros: $p < 0,001$; profissional de saúde vs. escolas: $p < 0,001$; profissional de saúde vs. conhecido: $p = 0,003$; profissional de saúde vs. mídia: $p = 0,009$).

Quando questionadas em relação ao conhecimento acerca dos fatores de risco e sinais e sintomas para o câncer de mama, verificou-se que (tabela 2.3):

Tabela 2.3 Conhecimento das mulheres usuárias da ESF acerca dos fatores de risco e dos sinais e sintomas do câncer de mama

Fatores de Risco	N	%
Não Sabe	107	33,4
Histórico Familiar	92	28,8
Fumo	65	20,3
Consumo De Álcool	45	14,1
Alimentação	43	13,4
Não amamentar	27	8,4
Comportamento de risco – não realizar os exames	26	8,1
Sedentarismo/Obesidade	22	6,9
Emocionais/estresse	17	5,3
“Pancada” nas mamas	7	2,2
Fatores hormonais / hormonioterapia	6	1,9
TOTAL	213	66,6
Sinais e Sintomas	N	%
Não Sabe	61	19,1
Nódulo palpável na mama	227	70,9
Dor na mama	113	35,3
Expressão Papilar positiva	39	12,2
Alterações da Cor da mama/mamilo	26	8,1
Alterações do Aspecto da Pele	18	5,6
Mal Estar / Tontura	9	2,8
Linfonodos palpáveis	4	1,3
Prurido	3	0,9
Emagrecimento	2	0,6
TOTAL	259	80,9

Com intuito de analisar se o conhecimento influenciava a prática dos exames de rastreamento, avaliou-se a realização dos mesmos entre as mulheres, como pode ser visualizado na tabela 2.4.

Tabela 2.4 Conhecimento e prática das mulheres usuárias do SUS sobre os exames de rastreamento do câncer de mama

CONHECIMENTO		PRÁTICA								
		ECM			MMG			USG		
		S	N	P	S	N	P	S	N	P
Ouvir falar sobre os ER	S	218	13	0,001	279	36	0,001	179	68	0,001
	N	-	89		-	5		-	73	
Conhece os ER	S	21	1	0,020	21	1	0,383	18	4	0,021
	N	208	90		258	40		161	137	
Conhece sinais e sintomas	S	28	7	0,330	29	6	0,586	21	14	0,739
	N	201	84		250	35		158	127	
Conhece os fatores de risco	S	20	9	0,913	27	2	0,479	17	12	0,913
	N	209	82		252	39		162	129	
Reconhece a MMG como o método ouro de rastreamento	S	102	35	0,386	120	17	0,986	80	57	0,514
	N	127	56		159	24		99	84	
Conhece a idade recomendada	S	90	25	0,063	104	11	0,260	79	36	0,001
	N	139	66		175	30		100	105	

p= valor do P; ER: Exame de rastreamento; ECM: Exame Clínico das mamas, MMG: mamografia, USG: ultrassonografia; S: Sim; N: Não.

Como visualizado na tabela acima, por meio da análise de dados verificou-se que mulheres que já ouviram falar dos exames de rastreamento para o câncer tendem a realizar todos os exames. Mulheres que conhecem os principais exames de rastreamento recomendados para a sua idade (ECM e MMG) e conhecem a idade para o início do rastreamento do câncer de mama tendem a realizar o ECM e a USG.

DISCUSSÃO

Ao avaliar as respostas das mulheres constatou-se um déficit no conhecimento, principalmente referente aos sinais e sintomas e fatores de risco para

o câncer de mama. Apesar de o histórico familiar ter sido o fator de risco mais citado, poucas mulheres conseguiram identificar ao menos três fatores de risco para o câncer de mama. Isso também foi visualizado entre os sinais e sintomas, uma vez que, apesar do nódulo palpável ter sido o sinal e/ou sintoma mais conhecido, a maioria não sabia citar pelo menos três sinais/sintomas. Verificou-se que não existe associação entre o conhecimento acerca dos fatores de risco ou os sinais e sintomas do câncer de mama e a realização de qualquer exame de rastreamento. Em contrapartida alguns estudos fora do Brasil, mostram bom resultados relacionados ao conhecimento do câncer de mama, como o estudo realizado por Opoku, Benwell e Yarney (2012), onde 78,0% das entrevistadas tinham conhecimento razoável ou bom sobre os fatores de risco para o câncer da mama, sendo que conhecer sobre a doença proporcionou melhores práticas de rastreamento. Em estudo de Younis et al (2016) o conhecimento dos sinais e sintomas foi satisfatório em 53% das mulheres e 90% relatou que o nódulo é um sinal de câncer de mama, além disso, mais de metade (58%) sabia que este é sinal mais comum de apresentação do câncer.

Os fatores de risco mais citados foram: histórico familiar, fumo, consumo de álcool e alimentação não saudável. Apesar de a idade ser um dos principais fatores que aumentam o risco de desenvolver o câncer de mama (BHADORIA et al., 2013), este não foi citado por alguma mulher. Estudo na África mostrou que as participantes apresentavam um déficit de conhecimento sobre o câncer de mama e rastreamento do câncer, isso foi evidente a partir do desconhecimento dos fatores de risco, além do nível de equívocos e falta de informações quanto estes fatores. Esse resultado é reflexo de uma doença ainda associada a mitos e incertezas em torno das suas causas e fatores de risco (OPOKU, BENWELL, YARNEY, 2012). No Rio de Janeiro, somente 25,1% das mulheres avaliadas quanto o conhecimento dos fatores de risco associados ao câncer de mama responderam adequadamente (MENDONÇA, 2013).

Como mencionado anteriormente o déficit de conhecimento foi elevado, uma vez que, as mulheres não conheciam mais que três sinais e sintomas para o câncer de mama, sendo os mais citados: nódulo palpável, dor e expressão mamilar positiva. Tendência diferente foi observada fora do Brasil, cujo, principais sinais e sintomas mencionados foram: mudanças no tamanho e forma da mama, nódulo na mama, secreção mamilar, retração do mamilo e linfonodos axilares palpáveis.

Geralmente, os entrevistados com ensino superior tiveram um desempenho melhor (OPOKU, BENWELL, YARNEY, 2012).

De maneira geral, ao analisar a literatura, verificou-se que o nível de conhecimento das mulheres está associado ao local onde o estudo é realizado e ao tipo de rastreamento utilizado no local, uma vez que, diferentes níveis de conhecimento são encontrados em diferentes países. Este estudo mostrou um nível de conhecimento baixo, quando comparado a países onde o rastreamento é realizado de forma organizada, ou seja, com a busca ativa das mulheres (INCA, 2015). Em estudo realizado nos Emirados Árabes (Ásia) o conhecimento geral das entrevistadas foi de 51% e a maioria (77%) estava na categoria de pontuação média (YOUNIS et al, 2016). Entretanto, ao comparar com estudo de Kuruppu et al (2015), também realizado no continente asiático, especificadamente em Sri Lanka, tem-se outros parâmetros, já que apenas 13,8% das entrevistadas apresentava um "bom" conhecimento global sobre o câncer de mama e menos de 20% tinha conhecimento significativo sobre fatores de risco, sintomas, métodos de rastreamento e diagnóstico e serviços prestados nas Unidades de saúde.

Resultado significativo foi encontrado entre aquelas mulheres que conheciam a idade recomendada para o início do rastreamento mamário (40 anos), uma vez que, elas tendiam a realizar mais a USG. Além disso, o conhecimento acerca dos métodos de detecção para o câncer de mama fazia com que as mulheres tivessem mais chances de realizar o ECM ou a USG em algum momento da vida. Contudo, esses padrões nem sempre são reais em outros estudos. Ao verificar conhecimento sobre os exames de rastreamento e sua prática, constatou-se que em relação a autopalpação, 57% das mulheres à conheciam, mas somente 49% praticavam. Em relação ao ECM os valores são ainda piores, uma vez que, 59% conheciam, mas somente 29% a realizavam e tratando-se da MMG, apenas 44% das mulheres conheciam e somente 18% realizavam (YOUNIS et al, 2016). Neste estudo a relação do conhecimento do exame e sua realização mostrou melhores resultados, uma vez que, a taxa de realização entre aquelas que conheciam foi superior a 65,3% para todos os exames.

Na Líbia, embora 50,7% das mulheres relataram que MMG e USG são usadas para detecção precoce, mais de 60% das mulheres acreditavam que a MMG pode causar câncer. Além disso, os dados demonstravam que o aumento do conhecimento estava associados a realização do autoexame das mamas (TAHER;

SAMUD; BENHUSEIN, 2016). Assim, a problemática vai além, uma vez que, apesar do conhecimento em si, muitas vezes, não estar associado diretamente com a realização dos exames, existem falsas percepções e a falta de esclarecimentos em alguns aspectos que podem ocasionar na diminuição da realização dos exames de rastreamento.

Muitas mulheres são relutantes em realizar os exames de rastreamento, e as causas mais comuns são: à percepção errada do baixo risco ou não conhecer a incidência e fatores de risco do câncer de mama (YOUNIS et al, 2016). Diante disso, percebe-se a necessidade de um acompanhamento e reflexão quanto à falta de conhecimento em saúde das mulheres. Uma investigação realizada no nordeste do Brasil demonstrou que mulheres que não recebem informações sobre o câncer de mama apresentam chances significativamente maiores de serem resistentes a realização dos exames de rastreamento comparadas com as que recebem informações no serviço de saúde. Assim, informações relacionadas ao câncer de mama são fundamentais para que as mulheres melhorem seus comportamentos preventivos em saúde (SOUSA, 2014).

Neste estudo, percebeu-se o papel fundamental do profissional de saúde na disseminação do conhecimento e realização dos exames, já que a principal fonte de informação para o conhecimento da existência de todos os exames de rastreamento foi o profissional de saúde. Nesse sentido, ficou claro que a participação dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) na educação para o câncer de mama é de suma importância, já que pôde-se verificar que mulheres que já ouviram falar alguma vez dos exames de rastreamento para o câncer de mama, tendem a realizá-los. Ao analisar o conhecimento de mulheres, residentes nos Emirados Árabes, sobre o câncer de mama e programas de rastreamento, percebeu-se que ele é suficiente, mas inferior ao nível esperado. Os autores atribuíram isso à insuficiente contribuição das autoridades de saúde e médicos na promoção da conscientização, assim, os profissionais se mostraram menos importantes como fonte de conhecimento para os participantes, sendo necessário reforçar o papel desses profissionais e prepará-los para a educação e atualização quanto à doença e a prevenção, de modo a atingir todas as mulheres que utilizam o serviço de saúde (YOUNIS et al, 2016).

Os meios de comunicação desempenham um papel importante na determinação dos riscos, conhecimento e prática de exames de câncer de mama.

Quando analisa-se a MMG isoladamente, percebe-se que a mídia teve grande impacto (34,3%), se aproximando das 137 mulheres (43,5%) que já ouviram falar da MMG devido os profissionais. Estudos mostram que a maioria das mulheres tem suas informações de médicos (58,5%) e via Internet (47,5%) (KOTEPUI et al, 2015). Outro estudo ainda trouxe que o rádio e a televisão representam 64,2% das fontes de informação sobre o câncer, seguidos pelos materiais impressos e amigos, com taxas de 52,2% e 47%, respectivamente (YOUNIS et al, 2016). Diante disso, deve-se destacar como os meios de comunicação atuam de modo a atender às necessidades da sociedade, repercutindo simultaneamente no desenvolvimento humano e social, na expectativa da promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida das pessoas (GOUVÊA; COUTINHO, 2016). Os meios que facilitam o acesso ao conhecimento, como a mídia, principalmente a televisão, devido seu fácil acesso, audiência elevada e popularidade abrange um número grande de pessoas, sendo crucial como ferramenta de compartilhamento de informações (BANNING, 2011). Estudo realizado na África mostrou que a exposição a informações relacionadas ao câncer são provenientes de fontes múltiplas, mas em todos os aspectos, os meios de comunicação (rádio, televisão e jornais) são as principais fontes, totalizando 65,4% dos casos (OPOKU, BENWELL, YARNEY, 2012).

Embora quase metade das mulheres desse estudo reconheça a MMG como um exame padrão ouro para detecção precoce do câncer de mama, este fato não determina com que elas realizem mais os exames de rastreamento. Curiosamente, um estudo realizado no Irã demonstrou que apenas 3,4% das mulheres Iranianas sabem sobre o uso da MMG, o que afetou a realização da mesma (HEIDARI, MAHMOUDZADEH-SAGHEB, SAKHAVAR, 2008). Associação não constatada nesse estudo.

Uma explicação para a lacuna entre o conhecimento e prática do rastreamento do câncer de mama pode estar relacionada a característica de que a realização dos exames não é uma norma social, ou seja, a participação das pessoas em qualquer programa de rastreamento precisa tanto do conhecimento, como a crença de que o rastreamento é útil. Além disso, entre o conhecimento e a tomada de decisões, outro fator está envolvido, como o nível de escolaridade do indivíduo, assim se a mulher receber informações sobre os métodos de prevenção para o rastreamento, certamente terá conhecimento e discernimento para decidir a melhor maneira para detectar o câncer precocemente, sendo por meio da realização de

exames mamários (ARAÚJO; DAVIM, 2012). Nessa perspectiva, conforme Araújo e Davim (2012) as mulheres com maior renda e nível educacional são as que, comumente, aderem à prática de exames mamários e as que apresentam maiores conhecimentos sobre estes. O bom conhecimento geral sobre o câncer de mama já foi ainda associado àquelas mulheres casadas, com alto nível de escolaridade e empregadas (KURUPPU et al, 2015).

Assim, estudos mostram que populações mais carentes de informação sobre a importância geral dos exames de rastreamento, apresentam conhecimento inadequado sobre os exames, promovendo a não realização, o que provoca uma resistência às ações do rastreamento para detecção precoce do câncer de mama (SOUSA, 2014), necessitando assim da intervenção do profissional de saúde, para determinar a resolução dessas barreiras à realização dos exames. Diante disso, pode-se afirmar que o aumento contínuo da incidência de morte por câncer de mama entre as mulheres deve-se, em parte, ao baixo nível de conhecimento. Assim, um sistema de educação em saúde eficaz é altamente recomendado (TAHER; SAMUD; BENHUSEIN, 2016).

CONCLUSÃO

Mulheres que já ouviram falar alguma vez dos exames de rastreamento tendem a realizar os exames de rastreamento alguma vez na vida, além disso, conhecer os métodos de detecção para o câncer de mama promove a realização do ECM e a USG em algum momento da vida. Conhecer a idade recomendada para o início do rastreamento mamário promove a realização da USG se comparado as mulheres que não sabem a idade recomendada.

A principal fonte de informação sobre o câncer de mama foram os próprios profissionais de saúde para todos os exames, seguido pela mídia no caso da MMG e da USG. Isso demonstra o impacto das intervenções educativas na atenção primária, além do poder da mídia, com ênfase na televisão, como veículos e métodos de conscientização do rastreamento mamográfico, com vistas a detecção precoce e diminuição da mortalidade pela doença.

O conhecimento de boa parte das mulheres ainda é insatisfatório, assim a partir dos dados deste estudo percebe-se a necessidade de melhoria na informação sobre a temática, diante disso, projetos de intervenção podem ser desenvolvidos, levando em conta que o conhecimento é uma das condutas preventivas para o

câncer de mama, já que levaria a realização dos exames de detecção precoce. Diante disso, é necessária uma revisão dos programas de rastreamento, das atitudes profissionais e das instituições de ensino, que possam resultar em mudanças nos comportamentos de saúde da população.

REFERÊNCIAS

- American Cancer Society (ACS). Breast cancer facts & figures 2009-2010. Atlanta: American Cancer Society: 2010.
- Aráujo Junior GF, Davim RMB. Autoexame das mamas por profissionais de enfermagem em unidades de saúde da família. *J Nurs UFPE on line*. 2012 Apr; 6 (4): 759-65.
- Banning M. Perceptions of breast health awareness in Black British women. *Eur J Oncol Nurs*. 2011 Apr;15 (2): 173-7.
- Barreto ASB, Mendes MFM, Thuler LCS. Avaliação de uma estratégia para ampliar a adesão ao rastreamento do câncer de mama no Nordeste brasileiro. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2012 Feb; 34 (2): 86-91.
- Bhadoria AS, Kapil U, Sareen N, Singh P. Reproductive factors and breast cancer: a case-control study in tertiary care hospital of North India. *Indian J Cancer*. 2013 Oct-Dec; 50 (4): 316-21.
- Bihmann K, Jensen A, Olsen AH, Njor S, Schwartz W, Vejborg I et al. Performance of systematic and non-systematic ('opportunistic') screening mammography: a comparative study from Denmark. *Journal of Medical Screening*. 2008; 15 (1): 23-26.
- Bryan TJ, Estrada CA, Castiglioni A, Snyder ED. Impact of an educational intervention on provider knowledge, attitudes, and comfort level regarding counseling women ages 40–49 about breast cancer screening. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2015; 8: 209-216.
- Gouvêa A, Coutinho I. Os sentidos e os efeitos sociais da informação televisiva em saúde: um estudo de recepção com pacientes do câncer de mama. *Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. 2016; 10(1).
- Heidari Z, Mahmoudzadeh-Sagheb HR, Sakhavar N. Breast cancer screening knowledge and practice among women in Southeast of Iran. *Acta Med Iran* 2008; 46: 321-8.
- Kotepui M, Piwkhom D, Chupeerach C, Duangmano S. Knowledge, attitudes and of breast cancer screening among female personnel of Walailak University. *Health Expect*. 2015 Dec; 18 (6): 3069-78.
- Kuruppu DC, Wijeyaratne CN, Gunawardena N, Amarasinghe I. Knowledge on breast cancer: a population - based study in Sri Lanka. *Asian Pac. J. Health Sci*. 2015; 2(4S):41-47.
- Lourenço, TS. Primeiro rastreamento organizado regional no Brasil: barreiras relacionadas à realização do exame de mamografia. Botucatu. Dissertação [Mestrado] - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2009.

- Mendonça RS. Conhecimentos, atitudes e práticas na prevenção e detecção precoce do câncer de mama em mulheres da região metropolitana do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado] – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2013.
- Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 466/2012- Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012.
- Opoku SY, Benwell M, Yarney J. Knowledge, attitudes, beliefs, behaviour and breast cancer screening practices in Ghana, West Africa. *The Pan African Medical Journal*. 2012;11:28.
- Patel K et al. Factors influencing breast cancer screening in low-income African Americans in Tennessee. *J Community Health*. 2014 Oct; 39 (5): 943-50.
- Rota CB, Fronza D, Gomes DS. Adesão ao rastreamento mamográfico organizado do câncer de mama em uma unidade básica de saúde de Cascavel-PR. *Revista Thêma et Scientia*. 2015 jul/dez; 5(2): 103-107.
- Santos GD, Chubaci RYS. O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo (SP, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*. 2011 May; 16 (5): 2533-2540.
- Schneider IJC, Corseuil MW, Boing AF, d'Orsi E. Conhecimento sobre mamografia e fatores associados: inquéritos de base populacional com mulheres adultas e idosas. *Rev. bras. epidemiol*. 2013 Dec; 16 (4): 930-942.
- Sousa CNS. Rastreamento do câncer de mama: conhecimentos, práticas e resistência em mulheres atendidas na estratégia saúde da família [dissertation]. Mossoró: Faculdade de Enfermagem/ UERN; 2014.
- Taher YA, Samud AM, Benhusein GM. Knowledge towards breast cancer among Libyan women in Tripoli. *LIMUJ*. 2016; 1: 58-68.
- Williams KP, Mabiso A, Todem D, Hammad A, Hill-Ashford Y, Hamade H, et al. Differences in knowledge of breast cancer screening among African American, Arab American, and Latina women. *Prev Chronic Dis* 2011; 8 (1): A20.
- Younis M, Al-Rubaye D, Haddad H, Hammad A, Hijazi M. Knowledge and Awareness of Breast Cancer among Young Women in the United Arab Emirates. *Advances in Breast Cancer Research*. 2016; 5(4):163-176.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou compreender os fatores referentes ao rastreamento do câncer de mama, envolvendo atitudes, comportamentos de saúde e conhecimentos das mulheres que poderiam interferir no rastreamento e dessa forma se estabeleceriam como barreiras a realização dos exames.

Os resultados encontrados permitem concluir que os fatores envolvidos no rastreamento do câncer de mama são multifatoriais, entretanto os resultados mostraram que a falta de conhecimento e educação, barreiras socioculturais e até mesmo relacionado a questões organizacionais, envolvendo o profissional de saúde são pontos que merecem destaque.

Diante disso, podemos verificar o papel fundamental do profissional de enfermagem, já que ele atua diretamente com estratégias de rastreamento do câncer de mama na atenção primária, bem como na educação em saúde. Assim, a prestação de cuidados centrados no paciente pode ser reforçada pela educação de toda a equipe de cuidados primários. Dessa forma, uma intervenção educacional preparando estes profissionais para orientar mulheres quanto aos direitos de acesso aos exames, além da utilização do ECM como ferramenta rotineira visando identificar sinais iniciais da doença para identificar casos suspeitos e providenciar o encaminhamento aos serviços de referência fazem parte de intervenções que poderiam mudar a realidade da alta mortalidade do câncer de mama.

A limitação deste estudo foi não ter aplicado o instrumento de coleta de dados em mulheres que frequentam todas as ESF existentes na cidade de Goiânia, mas a amostra foi representativa de todo o Distrito Sanitário Leste.

Os resultados encontrados podem contribuir para a melhora da qualidade da assistência à mulher por meio de estratégias que favoreçam a detecção precoce do câncer de mama. Pesquisas adicionais nesse sentido, são importantes para o aprimoramento das intervenções realizadas na atenção primária à saúde, de modo a aumentar o enfoque na atenção integral à saúde da mulher e promover a disseminação da importância do profissional de enfermagem dentro do ambiente de saúde, com enfoque na atenção primária. Enfim, espera-se desvelar novos olhares e práticas voltadas a esse tema, apontando para uma sistemática de ação a ser desenvolvida/implementada em todo o município.

REFERÊNCIAS

- American Cancer Society (ACS) [Internet]. What are the key statistics about breast cancer?; 2015 [Acessado em: Fevereiro 2016].Disponível em: <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-key-statistics>
- American Cancer Society (ACS). Breast cancer facts & figures 2009-2010. Atlanta: American Cancer Society: 2010.
- American College of Radiology Practice Guidelines [Internet]. Acr practice parameter for the performance of a breast ultrasound examination; 2016 [Acessado em: Janeiro 2017]. Disponível em: https://www.acr.org/~media/ACR/Documents/PGTS/guidelines/US_Breast.pdf.
- American College of Radiology (ACR). ACR practice guideline for the performance of screening and diagnostic mammography. 2008.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin No. 122: breast cancer screening. *Obstet Gynecol.* 2011;118 (2 pt 1):372-382.
- Amirikia KC, Mills P, Bush J, Newman LA. Higher population-based incidence rates of triple-negative breast cancer among young African-American women: Implications for breast cancer screening recommendations. *Fam Cancer.* 2011; 117(12):2747-53.
- Antill YC, Reynolds J, Young MA, Kirk JA, Tucker KM, Bogtstra TL et al. Screening behavior in women at increased familial risk for breast cancer. *Fam Cancer.* 2006; 5 (4):359-68.
- Azevedo AC, Canella EO, Djahjah MCR, Koch HA. Conduta das funcionárias de um hospital na adesão ao programa de prevenção do câncer de mama. *Radiol Bras.* 2012 Aug; 45(4): 215-218.
- Berg WA, Zhang Z, Lehrer D, Jong RA, Pisano ED, Barr RG et al. Detection of breast cancer with addition of annual screening ultrasound or a single screening MRI to mammography in women with elevated breast cancer risk. *JAMA.* 2012; 307 (13): 1394-404.
- Bertussi DC, Almeida MJ. A influência de um projeto de intervenção no campo de recursos humanos em saúde: Projeto Gerus. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.
- Bleyer A, Welch HG. Effect of three decades of screening mammography on breast-cancer incidence. *N Engl J Med.* 2012; 367 (21):1998-2005.
- Carney P, O'Neill S, O'Neill C. Determinants of breast cancer screening uptake in women, evidence from the British Household Panel Survey. *Soc Sci Med.* 2013; 82: 108-14.
- Cavalcante SAM, Silva FB, Marques CAV, Figueiredo EN, Gutiérrez MGR. Ações do Enfermeiro no rastreamento e Diagnóstico do Câncer de Mama no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2013; 59 (3):459-466.

Center for Disease Control and Prevention (CDC) [internet]. Division of Cancer Prevention and Control. The National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program; 2013 [Acessado em: Fevereiro].Disponível em: <http://www.cdc.gov/cancer/breast/>

Cohn W, Novicoff W, DeanMM, Guterbock T, Rexrode D, Eggleston C et al. Are women willing to change breast cancer screening guidelines. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2015; 24 (4): 765.

Corrêa RS, Freitas-Junior R, Peixoto JE, Rodrigues DCN, Lemos MEF, Dias CM et al. Efetividade de programa de controle de qualidade em mamografia para o Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública.* 2012 Oct; 46 (5): 769-776.

Davis C, Emerson JS, Husaini BA. Breast cancer screening among African American women: adherence to current recommendations. *J Health Care Poor Underserved.* 2005; 16 (2): 308–14.

DeSantis CE, Fedewa SA, Goding SA, Kramer JL, Smith RA, Jemal A. Breast cancer statistics, 2015: Convergence of incidence rates between black and white women. *CA Cancer J Clin.* 2016; 66 (1):31-42.

Edgar L, Glackin M, Hughes C, Rogers KM. Factors influencing participation in breast cancer screening. *Br J Nurs.* 2013; 22 (17):1021-6.

Engel JM, Stankowski-Drengler TJ, Stankowski RV, Liang H, Doi SA, Onitilo AA. All-Cause mortality is decreased in women undergoing annual mammography before breast cancer diagnosis. *AJR Am J Roentgenol.* 2015; 204 (4):898-902.

Fernandes DA, Silva SMM, Dapont AMP, Netto RH, Silva LR, Amorim CSV et al. Análise da prevalência de exames monográficos realizados no sistema público de saúde do Estado do Acre, Amazônia, Brasil, utilizando-se a classificação BI-RADS®. *Rev. bras. Mastologia.* 2010; 20 (2): 71-75.

Freitas Júnior R, Oliveira ELC, Marinho ER, Zampronha RAC, Pereira RJ, Soares FA. Conhecimento sobre o diagnóstico e rastreamento do câncer de mama entre os ginecologistas do estado de Goiás (Brasil). *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2003; 49 (3): 312-316.

George SA. Barriers to breast cancer screening: an integrative review. *Health Care Women Int.* 2000; 21(1): 53-65.

Godinho ER, Koch HA. Rastreamento do câncer de mama: aspectos relacionados ao médico. *Radiol Bras.* 2004; 37(2): 91-99.

Gonçalves LLC, Travassos GL, Almeida AM, Guimarães AMDN, Gois CFL. Barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama: percepção de mulheres. *Rev. esc. enferm. USP.* 2014; 48(3): 394-400.

Hellquist BN, Duffy SW, Abdsaleh S, Björneld L, Bordás P, Tabár L et al. Effectiveness of population-based service screening with mammography for women ages 40 to 49 years: evaluation of the Swedish Mammography Screening in Young Women (SCRY) cohort. *Cancer.* 2011;117 (4):714-22.

- Hofvind S, Ursin G, Tretli S, Sebuødegård S, Møller B. Breast cancer mortality in participants of the Norwegian Breast Cancer Screening Program. *Cancer*. 2013; 119 (17): 3106-12.
- Howlader N, Noone AM, Krapcho M, et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2012, based on Nov 2014 SEER data submission. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2015.
- INCA- Instituto Nacional De Câncer; Ministério da Saúde. Estimativa 2016. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro (Brasil): INCA, 2015a.
- INCA- Instituto Nacional De Câncer; Ministério da Saúde. Diretrizes para a detecção precoce do Câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro (Brasil): INCA, 2015b.
- INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Ministério da Saúde. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (Brasil): INCA, 2014a.
- INCA- Instituto Nacional do Câncer; Ministério da Saúde. A mulher e o câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro (Brasil): INCA, 2014b.
- INCA – Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde. Atlas de mortalidade por câncer no Brasil- Registros de base populacional. Rio de Janeiro (Brasil): INCA, 2013. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/>.
- INCA - Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde. Recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil: balanço 2012. Rio de Janeiro (Brasil): INCA, 2012.
- INCA - Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama. Rio de Janeiro (Brasil): INCA, 2011.
- INCA - Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. Controle do Câncer de mama – Documento de Consenso. Rio de Janeiro (Brasil): INCA, 2004.
- Jácome EM, Silva RM, Gonçalves MLC, Collares PMC, Barbosa IL. Detecção do câncer de mama: Conhecimento, atitude e prática dos médicos e enfermeiros da estratégia de saúde da família de Mossoró, RN, Brasil. *Rev. bras. cancerol*. 2011; 57(2): 189-198.
- Kösters JP, Gøtzsche PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003; (2):CD003373.
- Leal EM, Almeida LMN, Lima AGS. Knowledge and practice of breast self examination in users of a health centre. *Rev Enferm UFPI [Internet]*. 2014; 3(3):39-45.
- Lee BL, Liedke PE, Barrios CH, Simon SD, Finkelstein DM, Goss PE. Breast cancer in Brazil: present status and future goals. *Lancet Oncol*. 2012; 13:e95–e102.
- Lourenço TS, Mauad EC, Vieira RAC. Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa. *Rev. bras. enferm*. 2013 Aug; 66 (4): 585-591.

Lourenço, TS. Primeiro rastreamento organizado regional no Brasil: barreiras relacionadas à realização do exame de mamografia. Botucatu. Dissertação [Mestrado] - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2009.

Madadi M, Zhang S, Henderson LM. Evaluation of breast cancer mammography screening policies considering adherence behavior. *European Journal of Operational Research*. 2015; 247(2):630-640.

Marmot MG, Altman DG, Cameron DA, Dewar JA, Thompson SG, Wilcox M. The benefits and harms of breast cancer screening: An independent review. *Br J Cancer*. 2013; 108 (11): 2205–2240.

Mauad EC, Nicolau SM, Moreira LF, Haikel RL Jr, Longatto-Filho A, Baracat EC. Adherence to cervical and breast cancer programs is crucial to improving screening performance. *Rural Remote Health*. 2009; 9(3):1241.

Mauad EC, Silva TB, Haikel RL Jr, Bauab S, Longatto-Filho A. Is community intervention in breast cancer screening in Brazil feasible? *J Med Screen*. 2011; 18 (1): 51.

Medical Dictionary. Breast self-examination [internet]. The Free Dictionary by Farlex; 2016 fev 28. Disponível em: <http://medicaldictionary.thefreedictionary.com/Breast+Self-Examination>.

Melo MCSC, Souza IEO. Ambiguidade – modo de ser da mulher na prevenção secundária do câncer de mama. *Esc. Anna Nery*. 2012; 16(1): 41-8.

Ministério da Saúde (Brasil). Lei nº. 11.664, de 29 de abril de 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*; 2008 Abr 30; Seção 1.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 466/2012- Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012.

Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama 2nd. ed. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2013.

Ministério da Saúde. Diretrizes para a detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2014.

DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (Brasil). Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>. Acesso em: 20/12/2016.

Monteiro AMS, Peres AA, Pieretti J, Gessi L, Assmann S, Valério A et al. A incidência de mamografias realizadas em foz do iguaçu no período de setembro a novembro de 2014. *Revista Orbis Latina*. 2015; 5 (1): 142:158.

- Montenegro SMSL, Costa MBS, Oliveira SHS, Fonseca LC, Ramalho Neto JM, Farias DL. Ações de prevenção de câncer de mama entre docentes de enfermagem. *Cogitare Enferm.* 2013; 18 (1):131-135.
- Moraes DC, Almeida AM, Figueiredo EM, Loyola EAC, Panobianco MS. Rastreamento oportunístico do câncer de mama desenvolvido por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2016; 50(1): 14-21.
- Myers ER, Moorman P, Gierisch JM, Havrilesky LJ, Grimm LJ, Ghatge S, et al. Benefits and Harms of Breast Cancer Screening: A Systematic Review. *JAMA.* 2015 Oct; 314 (15):1615-34.
- Nastri CO, Martins WP, Lenharte RJ. Ultrassonografia no rastreamento do câncer de mama. *Revista Feminina.* 2011; 39 (2): 97-102.
- Oeffinger KC, Fontham ETH, Etzioni R, Herzig A, Michaelson JS, Shih YT et al. Breast Cancer Screening for Women at Average Risk 2015 Guideline Update From the American Cancer Society. *JAMA.* 2015; 314 (15):1599-1614.
- Ohl ICB, Ohl RIB, Chavaglia SRR, Goldman RE. Public actions for control of breast cancer in Brazil: integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2016; 69 (4):746-55.
- Oshiro ML, Bergmann A, Silva RG, Costa KC, Travaim IEB, Silva GB et al. Câncer de Mama Avançado como Evento Sentinela para Avaliação do Programa de Detecção Precoce do Câncer de Mama no Centro-Oeste do Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2014; 60 (1): 15-23.
- Ouédraogo S, Dabakuyo-Yonli TS, Amiel P, Dancourt V, Dumas A, Arveux P. Breast cancer screening programmes: challenging the coexistence with opportunistic mammography. *Patient Educ Couns.* 2014 Dec; 97(3):410-7.
- Patel K et al. Factors influencing breast cancer screening in low-income African Americans in Tennessee. *J Community Health.* 2014 Oct; 39 (5): 943-50.
- Patel K, Kanu M, Liu J, Bond B, Brown E, Williams E, et al. Factors influencing breast cancer screening in low-income African Americans in Tennessee. *J Community Health.* 2014 Oct; 39(5):943-50.
- Rodrigues DCN, Freitas-Junior R, Corrêa RS, Peixoto JE, Tomazelli JG, Rahal RMS. Avaliação do desempenho dos centros de diagnóstico na classificação dos laudos mamográficos em rastreamento oportunista do Sistema Único de Saúde (SUS). *Radiol Bras.* 2013 Mai/ Jun; 46(3):149–155.
- Rota CB, Fronza D, Gomes DS. Adesão ao rastreamento mamográfico organizado do câncer de mama em uma unidade básica de saúde de Cascavel-PR. *Revista Thêma et Scientia.* 2015 jul/dez; 5(2): 103-107.
- Schneider IJC, Giehl MWC, Boing AF, d'Orsi E. Rastreamento mamográfico do câncer de mama no Sul do Brasil e fatores associados: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30(9): 1987-1997.
- Silva RCF, Hortale VA. Rastreamento do Câncer de Mama no Brasil: Quem, Como e Por quê?. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2012; 58(1): 67-71.

- Silva SED, Cunha JO, Marques Neto AC, Costa JG, Trindade FA, Fonseca LG et al. As representações sociais do câncer de mama e no colo do útero no conhecimento da enfermagem brasileira. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. 2013; 4 (3):1130-45.
- Siu AL. Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2016; 164: 279-296.
- Smith RA, Cokkinides V, Brawley OW. Cancer screening in the United States, 2012: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin*. 2012;62(2):129-42.
- Smith RA. International programs for the detection of breast cancer. *Salud Publica Mex*. 2011; 53 (5): 394-404.
- Smith RA, Saslow D, Sawyer KA, Burke W, Costanza ME, Evans WP 3rd, et al. American Cancer Society High-Risk Work Group; American Cancer Society Screening Older Women Work Group; American Cancer Society Mammography Work Group; American Cancer Society Physical Examination Work Group; American Cancer Society New Technologies Work Group; American Cancer Society Breast Cancer Advisory Group. American Cancer Society guidelines for breast cancer screening: update 2003. *CA Cancer J Clin*. 2003; 53 (3): 141-169.
- Sousa CNS. Rastreamento do câncer de mama: conhecimentos, práticas e resistência em mulheres atendidas na estratégia saúde da família [dissertation]. Mossoró: Faculdade de Enfermagem/ UERN; 2014.
- Stewart BW, Bray F, Forman D, Ohgaki H, Straif K, Ullrich A, Wild CP. Cancer prevention as part of precision medicine: 'plenty to be done'. *Carcinogenesis*. 2016 Jan; 37(1):2-9.
- Suh M, Choi KS, Park B, Lee YY, Jun JK, Lee DH et al. Trends in Cancer Screening Rates among Korean Men and Women: Results of the Korean National Cancer Screening Survey, 2004-2013. *Cancer Res Treat*. 2016; 48(1):1-10.
- Sung JS. High-quality ultrasonography. *Radiologic Clinics of North America*. 2014; 52(3): 519-526.
- Tiezzi DG. Câncer de mama: um futuro desafio para o sistema de saúde nos países em desenvolvimento. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010; 32(6):257-9.
- Tiezzi DG. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: ainda há tempo para refletirmos. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2013; 35(9): 385- 387.
- Tiwari PK, Suwendu Ghosh, Agrawal VK. Diagnostic accuracy of mammography and ultrasonography in assessment of breast cancer. *International Journal of Contemporary Medical Research* 2017; 4(1):81-83.
- Urban L ABD, Schaefer MB, Duarte DL, Santos RP, Maranhão NMA, Kefalas AL et al. Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para rastreamento do câncer de mama por métodos de imagem. *Radiol Bras*. 2012 Dec; 45 (6): 334-339.
- Warner E. Breast-Cancer screening. *N Engl J Med*. 2011; 365: 1025–32.

WHO - World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Globocan 2012. Disponível em: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx (acesso em março de 2014).

Womeodu RJ, Bailey JE. Barriers to cancer screening. *Med Clin North Am.* 1996; 80(1): p.115-33.

Xavier DR, Oliveira RAD, Matos VP, Viacava F, Carvalho CC. Cobertura de mamografias, alocação e uso de equipamentos nas Regiões de Saúde. *Saúde debate.* 2016; 40 (110): 20-35.

APÊNDICES

APÊNDICE 1– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada(o) para participar, como voluntário(a), em uma pesquisa. Meu nome é Tanielly Paula Sousa, sou a pesquisadora e minha área de atuação é em Saúde da Mulher.

Após ler com atenção este documento, ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir e aceitar fazer parte do estudo, assine em todas as folhas e ao final deste documento, que está em duas vias. Este documento também será assinado por mim, pesquisadora, em todas as folhas. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis, Tanielly Paula Sousa mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da FEN-UFG ou Dra Janaína Valadares Guimarães, nos telefones: (62) 3209-6280 ramal 217; FAX: (62) 3521-1807 ou e-mail: taniellyps@hotmail.com.

Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, no telefone: (62) 35211215 ou no endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa e Inovação, Universidade Federal de Goiás, Caixa Postal: 131, Prédio da Reitoria, Piso 1, Campus II (Samambaia). CEP: 74001-970, Goiânia, Goiás, Brasil.

O projeto intitulado “Análise dos fatores envolvidos na não realização dos exames de rastreamento do câncer de mama”, tem como objetivos analisar os fatores associados a não realização dos exames de rastreamento para o câncer de mama, bem como caracterizar o conhecimento das mulheres e dos profissionais de saúde acerca desses exames; caracterizar os fatores comportamentais e da Instituição que interferem na não realização desses exames e avaliar a relação entre a não realização dos exames de rastreamento e o conhecimento das mulheres e dos profissionais de saúde acerca do câncer de mama.

A equipe de pesquisadores é constituída por enfermeiros e graduandos do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Você será entrevistado(a) uma única vez e haverá possibilidade de contato por telefone para confirmação de dados referentes ao roteiro de entrevista utilizado.

Pode-se dizer que o estudo não oferece riscos relevantes ao sujeito, podendo entretanto provocar desconforto pelo tempo requerido para a entrevista e dependendo do sujeito um desconforto pelo teor dos questionamentos. A equipe executora se compromete com o sigilo absoluto sobre a identidade dos sujeitos da pesquisa.

Esclarecemos que não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação. Seus dados serão importantes para subsidiar a definição e conhecimento das melhores intervenções para um rastreamento mamográfico eficaz do câncer de mama. Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa e não serão armazenados para estudos futuros.

Garantimos a você a liberdade de não aceitação, bem como de retirar o consentimento, sem qualquer prejuízos.

Assinatura do pesquisador _____

Assinatura da entrevistada: _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, portador do RG _____, concordo em participar do estudo “**Fatores envolvidos no rastreamento do câncer de mama**”, sob a responsabilidade da Dra Janaína Valadares Guimarães, como sujeito voluntário. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade, além do sigilo absoluto sobre a minha identidade.

Local: _____

Data: ____/____/____

Nome e Assinatura da entrevistada ou responsável:

Assinatura Dactiloscópica:



Nome e assinatura do pesquisador:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

• Observações complementares:

APÊNDICE 2 – Instrumento de Coleta de dados

ROTEIRO DE ENTREVISTA			
(MULHERES AGUARDANDO ATENDIMENTO EM AMBULATÓRIO)			
Iniciais nome: _____	RG: _____	Nº prontuário: _____	
Telefone: _____	Data da entrevista: ____/____/____	Coletador de dados: _____	

A) DADOS SOCIOECONÔMICAS/DEMOGRÁFICAS

1. Data de nascimento: ____/____/____

2. Naturalidade: _____

3. Cidade em que reside: _____

4. Escolaridade

Anos completos de estudo: _____ anos

Última série que completou: _____ série

() Não estudou. Sabe ler e escrever?

5. Cor da pele ou raça declarada

a) () Branca

b) () Parda

c) () Preta

d) () Amarela

e) () Indígena

6. Estado Marital

a) () com parceiro

b) () sem parceiro

7. Principal forma de remuneração/ Situação ocupacional

a) () Emprego fixo particular

b) () Emprego fixo municipal/federal/estadual

c) () Autônoma

d) () Aposentadoria

e) () Pensão

f) () Sem remuneração: desempregada

g) () Sem remuneração: do lar

h) () Auxílio doença

i) () Outra. Qual? _____

8. Renda familiar mensal

_____ reais, ou _____ salários

9. Número de pessoas/domicílio: _____

10. Moradia () Própria () Alugada

() Outro: _____

11. Residência situada em área de abrangência de Estratégia de Saúde da Família?

(Tem um PSF perto de sua casa? Não considerar CAIS)

() Sim () Não () Não sabe

12. Recebe visita em casa de profissional de saúde de Estratégia de Saúde da Família? (Recebe em casa visita de profissional de saúde?)

() Sim () Não () Não sabe

13. Antecedentes familiares de câncer

a) Câncer de mama:

() Não

() Sim. Parentesco: _____

b) Outro câncer

() Não

() Sim. Qual? _____

Parentesco: _____

14. Religião

a) () Praticante Qual: _____

b) () Não Praticante

15. Doenças Crônicas

a) () Não

b) () Sim Qual: _____

16. IMC: _____

17. Plano de saúde

() Sim

() Não

18. Filhos

() Sim. Quantos? () Vivos () Não-vivos

() Não

19. Idade da Menarca: _____

20. Idade de menopausa: _____

() Não se aplica

B) COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE

1. Prática de atividade física

Qual tipo: _____

Frequência e Duração/ Semana: _____

2. Tabagismo

a) () Fumante Tempo: _____

b) () Não-Fumante

c) () Ex-fumante Tempo: _____

3. Alcoolismo

a) () Não faz uso de bebida alcoólica

b) () Consume bebida alcoólica

Frequência semanal: _____

C) RELACIONADAS AO USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE:

1. Consultas ginecológicas anteriores: _____
2. Periodicidade de consultas: _____
3. Uso de serviço público/particular: _____
4. Tempo que frequenta o Centro de Saúde: _____
5. Recomendação profissional:
 - a) Sim Profissional de saúde: _____
 - Exame de Rastreamento: _____
 - b) Não

D) CONHECIMENTO/EDUCAÇÃO E PRÁTICA DOS EXAMES DE DETECÇÃO PRECOCE

1. Declara o seu conhecimento quanto o câncer de mama como: Excelente Bom Regular Ruim
2. Métodos de detecção precoce do câncer de mama _____
3. Sinais e sintomas para o câncer de mama:
 - Nódulo Palpável
 - Expressão papilar positiva
 - Alteração do aspecto da pele (retração mamilar, aspecto em casca de laranja)
 - Linfonodos palpáveis
 - Alteração da mamografia
 - Dor Local
 - Emagrecimento
 - Não Sabe
 - Outro(s): _____
4. Quais são os fatores de risco para o câncer de mama?
 - Idade
 - História Familiar
 - Hormonioterapia
 - Biopsia Mamária Prévia
 - História Prévia de Câncer de mama
 - Fatores hormonais
 - Menarca/Menopausa precoce
 - Sedentarismo/Obesidade
 - Consumo de álcool
 - Fumo
 - Outros fatores _____
5. Quanto o AEM, considera:
 - Muito necessário Necessário
 - Pouco necessário Desnecessário
6. Costuma examinar as mamas?
 - Sim Não

7. Com que frequência? _____

8. Idade Recomendada para o início do rastreamento mamário?

9. Exame de rastreamento considerado mais eficaz:

AEM ECM MMG USG

EXAME CLÍNICO DAS MAMAS (ECM)

1. Já ouviu falar no ECM?

sim não

1.1 Se sim, fontes de informação:

- a) mídia
- b) escola ou faculdade
- c) profissionais de saúde
- d) outros. Quais? _____

2. Já realizou alguma vez o ECM?

2.1 Não sabe

2.2 Não. Por que?

- a) Barreiras geográficas
- b) Barreiras organizacionais ou do serviço de saúde
 - Relacionadas ao próprio serviço
 - Relacionados ao profissional de saúde
- c) Barreira sociocultural –
 - falta de informação sobre a patologia
 - Crenças e tabus em torno da doença
 - Medo do diagnóstico e das intervenções
 - Crença de não estar vulnerável
 - Sentimentos de angústia e detecção
 - Vergonha de mostrar o corpo
 - Falta de tempo
- d) Barreira econômica
- e) Outro: _____

2.3 Sim

2.3.1 Foi realizado Anualmente? sim não

2.3.2 Mês e ano do último ECM: _____/_____

Não sabe

2.3.3 Em serviço de saúde

Público

Particular

2.3.4 Qual o motivo para a realização do ECM? *(Não dizer as opções, esperar a resposta da entrevistada. Caso ela não saiba dizer, citar as alternativas abaixo)*

a) Seguir as rotinas de recomendações por conta própria (Rotina de prevenção)

b) Seguir rotinas de recomendações de profissional de saúde. Qual: _____

c) Compareceu a consulta apenas para exame ginecológico (“preventivo”/

“Papanicolau”), mas o profissional de saúde também examinou as mamas.

d) () Paciente detectou alteração e buscou serviço de saúde.

e) () Casos de câncer na família

f) () Outro: _____

MAMOGRAFIA (MMG)

1. Já ouviu falar na MMG? () sim () não

1.1 Se sim, fontes de informação

a) () mídia

b) () escola ou faculdade

c) () profissionais de saúde

d) () outros. Quais?

2. Já realizou MMG alguma vez?

2.1() Não. Por que?

a) () Falta de informação

b) () Falta de acesso

c) () Crença de não estar vulnerável

d) () Outro: _____

a)() Barreiras geográficas

b)() Barreiras organizacionais ou do serviço de saúde

() Relacionadas ao próprio serviço

() Relacionados ao profissional de saúde

c)() Barreira sociocultural –

() falta de informação sobre a patologia

() Crenças e tabus em torno da doença

() Medo do diagnóstico e das intervenções

() Crença de não estar vulnerável

() Sentimentos de angústia e detecção

() Vergonha de mostrar o corpo

() Falta de tempo

d) () Barreira econômica

e) () Outro: _____

2.2() Sim.

3.2.1 Frequência: _____

3.2.2 Mês e ano da última MMG: _____

() Não sabe

3.2.3 Em serviço de saúde

() Público

() Particular

3.2.4 Qual o motivo para a realização?:

(Não dizer as opções, esperar a resposta da entrevistada.

Caso ela não saiba dizer, citar as alternativas abaixo)

a) () Seguir as rotinas de recomendações por conta própria (Rotina de prevenção)

b) () Seguir rotinas de recomendações de profissional de saúde. Qual: _____

c) () Compareceu a consulta apenas para exame ginecológico (“preventivo”/

“Papanicolau”), mas o profissional de saúde também examinou as mamas.

d) () Paciente detectou alteração e buscou serviço de saúde.

e) () Casos de câncer na família

f) () Outro: _____

ULTRASSONOGRRAFIA (USG)

Antes de ter a confirmação do câncer de mama:

1. Já ouviu falar na USG? () sim () não

1.1 Se sim, fontes de informação

a) () mídia

b) () escola ou faculdade

c) () profissionais de saúde

d) () outros. Quais?

2. Já realizou USG alguma vez?

2.1() Não. Por que?

a) () Falta de informação

b) () Falta de acesso

c) () Crença de não estar vulnerável

d) () Outro: _____

a)() Barreiras geográficas

b)() Barreiras organizacionais ou do serviço de saúde

() Relacionadas ao próprio serviço

() Relacionados ao profissional de saúde

c)() Barreira sociocultural –

() falta de informação sobre a patologia

() Crenças e tabus em torno da doença

() Medo do diagnóstico e das intervenções

() Crença de não estar vulnerável

() Sentimentos de angústia e detecção

() Vergonha de mostrar o corpo

() Falta de tempo

d) () Barreira econômica

e) () Outro: _____

2.2() Sim.

3.2.1 Frequência: _____

3.2.2 Mês e ano da última USG: _____

() Não sabe

3.2.3 Em serviço de saúde

() Público

() Particular

3.2.4 Qual o motivo para a realização?:

(Não dizer as opções, esperar a resposta da entrevistada.

Caso ela não saiba dizer, citar as alternativas abaixo)

- a) () Seguir as rotinas de recomendações por conta própria (Rotina de prevenção)
- b) () Seguir rotinas de recomendações de profissional de saúde. Qual: _____
- c) () Compareceu a consulta apenas para exame ginecológico (“preventivo”/ “Papanicolau”), mas o profissional de saúde também examinou as mamas.
- d) () Paciente detectou alteração e buscou serviço de saúde.
- e) () Casos de câncer na família
- f) () Outro: _____

ANEXOS

ANEXO 1. Parecer do Comitê de Ética em pesquisa

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise dos fatores envolvidos na não realização dos exames de rastreamento do câncer de mama

Pesquisador: Tanielly Paula Sousa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54418316.1.0000.5078

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.545.520

Apresentação do Projeto:

Título da Pesquisa: Análise dos fatores envolvidos na não realização dos exames de rastreamento do câncer de mama

Pesquisador responsável: Tanielly Paula Sousa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Nível: Mestrado

Conforme a pesquisadora estudos anteriores mostram a existência de inúmeras razões relacionadas com a não realização do exame rastreamento, sendo sinteticamente divididas em três tipos de barreiras, seriam elas relacionadas ao sistema de saúde, à educação/ conhecimento e à atitudes/comportamentos da mulher e/ou do profissional. Estudos mostram que na busca por cuidados, as mulheres enfrentam barreiras geográficas, organizacionais ou do serviço de saúde, socioculturais ou econômicas, indo até mesmo após a descoberta de sinais e sintomas, como na dificuldade de acesso a consultas com especialistas, exames para diagnóstico e tratamento. O

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: SL Leste Universitário CEP: 74.605-020
UF: GO Município: GOIÂNIA
Telefone: (62)3260-8338 Fax: (62)3260-8428 E-mail: cephufg@ufgo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 1.545.520

rastreamento do câncer de mama pela mamografia é dependente de muitos fatores, entre eles a participação do médico, a adesão das mulheres.

O estudo será do tipo transversal, analítico, com abordagem quantitativa. Neste estudo avaliaremos os determinantes associados a não realização dos exames de rastreamento para o câncer de mama. O cenário para coleta dos dados será voltada à atenção básica (primária) de saúde, sendo assim, as coletas serão realizadas em Unidades de Atenção Básicas de Saúde da Família (UABSF) do distrito sanitário leste de Goiânia. A população do estudo será constituída por mulheres entre 40 a 69 anos de idade não gestantes, que esperam por atendimento nestes serviços, além dos profissionais de saúde responsáveis pelos atendimentos. Será realizado cálculo amostral que represente um número significativo de mulheres não gestantes considerando o número total de atendimentos realizados nas UABSF no ano de 2014. amostra será de 319 mulheres. Serão convidados a participar todos os profissionais de saúde do local da pesquisa que atendem a mulher. Soma-se a esse cálculo amostral 28 profissionais de saúde (14 médicos e 14 enfermeiros) totalizando 347 indivíduos, caso todos os profissionais aceitem participar do estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os fatores associados a não realização dos exames de rastreamento para o câncer de mama.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar o conhecimento das mulheres e dos profissionais de saúde acerca dos exames de rastreamento do câncer de mama;
- Caracterizar os fatores comportamentais e da instituição que interferem na não realização dos exames de rastreamento do câncer de mama;
- Avaliar a relação entre a não realização dos exames de rastreamento e o conhecimento das mulheres e dos profissionais de saúde acerca do câncer de mama.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora relata que o estudo apresenta risco mínimo, já que empregará técnicas e métodos

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020
UF: GO Município: GOIÂNIA
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8406 E-mail: cepfucg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 1.545.520

retrospectivos de pesquisa e não se realizará nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participarão no estudo, já que se utilizará de questionários e entrevistas, nos quais não se identificará o indivíduo e não será invasivo à intimidade do mesmo, e que pode provocar o desconforto pelo tempo requerido para a entrevista e dependendo do sujeito um desconforto pelo teor dos questionamentos.

Benefícios:

Os resultados encontrados neste estudo contribuirão para a qualidade da assistência de enfermagem no sentido de permitir a elaboração de estratégias adequadas, capazes de aumentar a detecção precoce da doença através da definição da necessidade de adoção ou alteração de condutas dos profissionais de saúde na atenção à saúde da mulher.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considera-se a pesquisa bastante relevante e contribuição para a qualidade da assistência de enfermagem no sentido de permitir a elaboração de estratégias adequadas, capazes de aumentar a detecção precoce da doença através da definição da necessidade de adoção ou alteração de condutas dos profissionais de saúde na atenção à saúde da mulher.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora respondeu as pendências solicitadas de acordo com as normas do MS/CNS 466/2012, tais como:

- TCLE Incompleto- esclarecimento quanto aos riscos.
- Acrescentar o endereço do CEP

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considera-se que o projeto não possui nenhum óbice ético e que possui relevância científica, tendo possíveis benefícios para a população estudada. Para tanto, recomendo a aprovação do mesmo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás-CEP/HC/UFG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e na Norma Operacional CNS 001/13, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
 Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.805-020
 UF: GO Município: GOIÂNIA
 Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8428 E-mail: cephufg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 1.545.520

Lembramos que o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/HCI/UFMG, através de Notificação via Plataforma Brasil, os relatórios trimestrais/semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusões e publicações.

O CEP/HCI/UFMG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 466/12 e suas complementares.

Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_569680.pdf	15/04/2016 09:23:17		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/04/2016 09:19:37	Taniely Paula Sousa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao.pdf	13/03/2016 14:18:51	Taniely Paula Sousa	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	12/02/2016 22:51:22	Taniely Paula Sousa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.pdf	11/02/2016 22:24:40	Taniely Paula Sousa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 16 de Maio de 2016

Assinado por:
JOSE MARIO COELHO MORAES
(Coordenador)

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.805-020
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8428 E-mail: cephufg@yahoo.com.br

ANEXO 2. Declaração de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde

 PREFEITURA DE GOIÂNIA		Secretaria Municipal de Saúde Superintendência de Administração e Gestão de Pessoas Diretoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas Escola Municipal de Saúde Pública	
DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA			
Da: Escola Municipal de Saúde Pública			
Ao: COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA			
Protocolo: EMSP/SMS		30.2015	
Título da pesquisa:	ANÁLISE DOS FATORES ENVOLVIDOS NA NÃO REALIZAÇÃO DOS EXAMES DE RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA		
Objetivo geral:	Analisar os fatores associados a não realização dos exames de rastreamento para o câncer de mama.		
Pesquisadora responsável: TANIELLY PAULA SOUSA			
Orientadora: Janaina Valadares Guimarães			
Período de coleta: Janeiro a julho de 2016			
Distrito Sanitário: Campinas-Centro e Leste		Unidades:	
Instituição: Universidade Federal de Goiás		Curso: Enfermagem	
Natureza: Mestrado			
<p>Após análise do projeto de pesquisa acima citado, a Secretaria Municipal de Saúde informa a viabilidade de execução do mesmo junto às unidades de saúde. Esta Instituição está ciente de suas responsabilidades no presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes nela inseridos, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar. Entretanto, a execução deste projeto dependerá da aprovação em um Comitê de Ética em Pesquisa, mediante apresentação do parecer ético consubstanciado junto à Escola Municipal de Saúde Pública. Ressaltamos que os princípios ético-legais devem ser seguidos, conforme a Resolução CNS 466/2012.</p>			
Goiânia, 11 de fevereiro de 2016.			
 Cristiane Oliveira Cavalcanti de Albuquerque Secretária Municipal de Saúde de Goiânia Decreto 7932/2014			
Cristiane Oliveira Cavalcanti de Albuquerque Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia Portaria 027/2014			
Escola Municipal de Saúde Pública Avenida T 10, q. 107, l. 09, s. 1.030, Setor Itumbiara - Goiânia - GO - CEP 74.223-060. Fone: (62) 3524-8268. E-mail: saude@pesquisa.emsp@goi.gov.br			
 www.goiatia.go.gov.br			