

ADRIANE PIRES BATISTON

**DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA: CONHECIMENTO E PRÁTICA  
DE MULHERES E PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
EM DOURADOS/MS**

Campo Grande  
2009

ADRIANE PIRES BATISTON

**DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA: CONHECIMENTO E PRÁTICA  
DE MULHERES E PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
EM DOURADOS/MS**

Tese apresentada ao Programa Multi-Institucional de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Convênio Rede Centro-Oeste, Universidade de Brasília, Universidade Federal de Goiás e Universidade Federal de Mato Grosso Sul, para obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Edson Mamoru  
Tamaki

Campo Grande  
2009

## Catálogo-na-Publicação

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Batiston, Adriane Pires

Detecção precoce do câncer de mama: conhecimento e prática de mulheres e profissionais da Estratégia de Saúde da Família em Dourados/MS/ Adriane Pires Batiston; orientador Edson Mamoru Tamaki - Campo Grande, 2009.

128p.: fig., tab.

Tese (Doutorado – Programa Multi-Institucional de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Convênio Rede Centro – Oeste, Universidade de Brasília, Universidade Federal de Goiás e Universidade Federal de Mato Grosso do Sul).

1. câncer de mama 2. serviços de saúde 3. saúde da mulher

FOLHA DE APROVAÇÃO

ADRIANE PIRES BATISTON

**DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA: CONHECIMENTO E PRÁTICA  
DE MULHERES E PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
EM DOURADOS/MS**

Aprovada em 30 de março de 2009.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Edson Mamoru Tamaki

Instituição: Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

Prof. Dr. Luiz Cláudio Santos Thuler

Instituição: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof<sup>a</sup>. Dra. Silvia Maria Santiago

Instituição: Universidade Estadual de Campinas

Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Lúcia Ivo

Instituição: Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

Prof. Dr. Wilson Ayach

Instituição: Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

*A Deus,*

Por tudo o que me permitiu ser...  
Por cada pessoa,  
Por cada momento,  
Por cada oportunidade;  
Por tua presença em minha vida...  
Minha eterna gratidão.

*Aos meus pais,*

*Ivaní e Batiston,*

Meus primeiros e mais sábios professores,  
Foi com vocês que aprendi as mais importantes lições...  
Por me darem a vida e me ensinaram a vivê-la com fé, amor,  
dignidade e liberdade, dedico-lhes este trabalho e todo o meu  
amor.

## AGRADECIMENTOS

Ao chegar o final de mais esta jornada, eu não poderia deixar de olhar pra trás e lembrar-me de tantas pessoas especiais que estiveram comigo...

Meus sinceros agradecimentos a todos os que contribuíram para a construção deste trabalho, com idéias, críticas e sugestões ou simplesmente por se fazerem presentes em minha vida. Especialmente quero agradecer:

Ao meu orientador Professor *Edson Mamoru Tamaki*, que me acolheu de maneira generosa, transmitindo seus conhecimentos com paciência e atenção, receba minha admiração e gratidão pelo apoio e confiança em mim depositada;

Ao meu irmão *Fernando* por sua amizade, apoio e presença constante em minha vida e por dividir comigo de forma animada nosso “escritório”, espaço físico no qual esse trabalho foi redigido;

Ao meu irmão *Marco* e minha cunhada *Tatiany* pela amizade, pelo carinho, e companhia em todos os meus momentos;

A minha avó *Rosa*, por sua presença frágil e forte ao mesmo tempo... Um exemplo a ser seguido;

A *Mara Lisiane*, minha grande amiga e companheira de barbadas e roubadas, além de colega do curso de Doutorado, com quem vivenciei todas as etapas desta jornada; pela amizade dedicada a mim e minha família;

A *Laís*, que além de grande amiga, me deu a alegria de ser madrinha da Estela, por sua amizade, companheirismo e por sua dedicação na análise qualitativa deste trabalho;

Ao amigo *Albert* pelo apoio constante e pela grande ajuda na elaboração da análise estatística deste trabalho;

A *Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul*, em especial à *Hilda Guimarães*, pelo apoio e disponibilidade com que me recebeu, acreditando na idéia deste trabalho e por ser a alma do Projeto Toque de Vida;

A *Secretaria de Municipal de Saúde de Dourados* que por meio da Coordenação de Atenção Básica me forneceu todo o apoio necessário para a coleta de dados deste trabalho;

Aos *Agentes Comunitários* das Equipes de Saúde da Família da cidade de Dourados, que não mediaram esforços para localizarem as mulheres incluídas neste estudo: vocês foram fundamentais;

Ao amigo *Guilherme Cavalcante* por sua dedicação e paciência na elaboração da parte visual deste trabalho;

*Aos colegas do Departamento de Tecnologia de Alimentos e Saúde Pública da UFMS, especialmente ao Prof. Hugo Souza Paes de Barros por todo o apoio e compreensão essenciais na finalização deste trabalho;*

*A querida Vera Nascimento, secretária do Programa Multi-Institucional de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Convênio Rede Centro-Oeste na UFMS, por sua amizade e disponibilidade dispensadas não só a mim, mas a todos os colegas durante o curso;*

*As alunas do curso de Fisioterapia da UCDB: Polly Nina, Jú e Manu pelo carinho e pela ajuda na coleta de dados na primeira etapa desta pesquisa;*

*Aos meus alunos do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, por serem um estímulo constante ao meu crescimento e aprendizado e por compreenderem minha ausência na etapa final deste trabalho;*

*Aos professores Sônia Maria Oliveira de Andrade, Sandra Lúcia Arantes e Wilson Ayach pelas valiosas contribuições dadas no exame de qualificação deste trabalho;*

*Aos professores Silvia Santiago, Luiz Cláudio Thuler, Wilson Ayach e Maria Lúcia Ivo pela disponibilidade com que aceitaram contribuir com este trabalho, participando da banca examinadora;*

*Ao Fundo de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul, que financiou parcialmente a realização deste estudo através de auxílio ao projeto de pesquisa;*

E finalmente...

*Às mulheres que participaram deste estudo, por me permitirem entrar em suas casas e me receberem de forma tão calorosa, meu sincero agradecimento e o desejo de que este trabalho possa de alguma forma contribuir para a melhoria de suas vidas;*

*Aos profissionais médicos (as) e enfermeiros (as) que aceitaram participar desta pesquisa, por sua enorme contribuição e por compartilharem comigo um pouco de sua realidade.*

“Nós não somos o que gostaríamos de ser;  
Nós não somos o que ainda iremos ser;  
Mas, graças a Deus,  
Não somos mais quem nós éramos”

*(Martin Luther King)*

## RESUMO

**Batiston, AP. Detecção precoce do câncer de mama: conhecimento e prática de mulheres e profissionais da Estratégia de Saúde da Família em Dourados/MS.** Campo Grande; 2009. [Tese de Doutorado - Programa Multi-Institucional de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Convênio Rede Centro-Oeste, Universidade de Brasília, Universidade Federal de Goiás e Universidade Federal de Mato Grosso Sul].

O câncer de mama é um grande problema de saúde pública. Diante da impossibilidade de medidas de prevenção primária, que impeçam o desenvolvimento do câncer de mama, esforços vêm sendo direcionados para implementar medidas de prevenção secundária, por meio da detecção precoce. Em Dourados/MS, o programa de detecção precoce do câncer de mama é alicerçado em ações educativas, no exame clínico das mamas anual e seguimento adequado dos casos alterados. Este estudo teve como objetivo analisar o conhecimento e a prática da detecção precoce do câncer de mama das mulheres e dos profissionais médicos e enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família no município de Dourados- MS. Foram estudadas 393 mulheres de 40 a 69 anos, cadastradas na estratégia de saúde da família e 8 profissionais da saúde. Os dados referentes às mulheres foram coletados por meio de um questionário estruturado e os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e dos testes do qui-quadrado e exato de Fisher, com nível de significância de 5%. Os profissionais foram investigados por meio de uma entrevista semi-estruturada e os dados analisados por meio de abordagem qualitativa. Os resultados obtidos neste estudo mostraram que 86,5% das mulheres receberam informações sobre o câncer de mama. O auto-exame é conhecido por 94,4% e 54,2% das mulheres conhecem pelo menos um fator de risco para o CM. A prática dos métodos de detecção como o auto-exame, o exame clínico e a mamografia mostraram-se associadas a algumas variáveis como idade, escolaridade, situação conjugal e realização do Papanicolaou. O exame clínico foi realizado em 60,6% das mulheres e 53,2% das mulheres já realizaram ao menos uma mamografia. Os profissionais demonstraram alta valorização dos sinais e sintomas, vinculação do exame clínico ao Papanicolaou e relataram dificuldades para a operacionalização de ações para detecção do câncer de mama. Notou-se uma fragilidade na relação entre os profissionais e as mulheres e também entre os profissionais de uma mesma equipe de saúde da família, apontando-se para a necessidade de que além de procedimentos técnicos, os profissionais sejam capacitados para atuar de forma mais integralizada, a fim de informar e sensibilizar as mulheres quanto a importância da adoção práticas de detecção precoce do câncer de mama.

Palavras-chave: câncer de mama; serviços de saúde; saúde da mulher.

## ABSTRACT

**Batiston, AP. Early detection of breast cancer: knowledge and practice of women and professionals of the Family Health Strategy in Dourados/ MS.** Campo Grande; 2009. [Tese de Doutorado - Programa Multi-Institucional de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Convênio Rede Centro-Oeste, Universidade de Brasília, Universidade Federal de Goiás e Universidade Federal de Mato Grosso Sul].

The breast cancer is a great public health problem. On account of the impossibility of primary prevention measures, which prevent the development of breast cancer, efforts have been directed to implement measures for secondary prevention through early detection. In Dourados, the breast cancer early detection program is based on education activities, annual breast clinical examination and appropriate attendance for the abnormal findings. This study aimed to examine the knowledge and practice of early detection of breast cancer among women and medical professionals and nurses in the Family Health Strategy in the city of Dourados, MS. Were analyzed 393 women from 40 to 69 years, registered in the family health strategy and 8 health professionals. The women data were collected through a structured questionnaire and statistics tests were used for data analysis, with significance level of 5%. The professionals were investigated using a semi-structured and the data were analyzed using a qualitative approach. The results of this study showed that 86.5% of women received information about breast cancer. Self-examination is known to 94.4% and 54.2% of women know at least a factor of risk for the CM. The practice of detection methods such as self-examination, clinical examination and mammography were associated with some variables such as age, education, marital status and Papanicolaou test. Clinical examination was performed in 60.6% of women and 53.2% of women have had at least one mammogram. The professionals showed high recovery of the signs and symptoms, the relation of the clinical examination and Papanicolaou reported difficulties in the operationalization of actions for detection of breast cancer. There is a fragility in the relationship between professionals and women and also among the professionals of the same team of family health, pointing up the need for that in addition to technical procedures, professionals are trained to act in a more fully to inform and raise awareness among women about the importance of adoption practices of early detection of breast cancer.

Keywords :Breast cancer; health services; woman health.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1 - Características sócio-demográficas das mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, Dourados - 2008.....	46
Tabela 5.2 - Conhecimento sobre o câncer de mama pelas mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, Dourados-2008.....	49
Tabela 5.3 - Quantidade de fatores de risco para o câncer de mama conhecidos pelas mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, Dourados – 2008.....	50
Tabela 5.4 – Fatores de risco para o câncer de mama conhecidos e hábitos preventivos adotados pelas mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, Dourados – 2008.....	52
Tabela 5.5 - Estudos brasileiros sobre o conhecimento e prática do auto-exame da mama.....	57
Tabela 5.6 - Prática do auto-exame das mamas entre mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, Dourados – 2008.....	58
Tabela 5.7 – Prática do auto-exame das mamas, segundo características das mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, Dourados – 2008.....	62
Tabela 5.8 - Prática do exame clínico das mamas entre as mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, Dourados – 2008 .....	64
Tabela 5.9 - Prática do exame clínico das mamas, segundo características das mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, Dourados – 2008.....	67

Tabela 5.10 - Informações referentes ao conhecimento e prática da mamografia, em Dourados – 2008.....	70
Tabela 5.11 - Prática da mamografia, segundo características das mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família em Dourados-2008.....	74
Tabela 5.12 – Utilização dos serviços de saúde e satisfação com o serviço entre mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, Dourados – 2008.....	76

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 2.1 - Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2008, segundo a Unidade da Federação (neoplasia maligna da mama feminina).....21
- Figura 2.2 – Taxas de mortalidade por câncer de mama, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira, por 100.000 mulheres, Brasil, entre 1985 e 2005.....21
- Figura 2.3 - Recomendações para o controle do câncer de mama .....25
- Figura 2.4 – Mapa das cidades do estado de MS que possuem mamógrafos e cidades adjacentes atendidas pelos mamógrafos... .....35
- Figura 5.1 - Frequência relativa de mulheres, em relação à realização do exame clínico das mamas em relação ao fato de ter pedido para realizá-lo .....66
- Figura 5.2 - Fatores determinantes da utilização dos serviços de saúde .....77
- Figura 5.3 – Frequência relativa de mulheres em relação aos achados alterados do ECM e a realização de exames complementares .....79
- Figura 5.4 - Percepção das mulheres cadastradas na ESF sobre a atenção ao câncer de mama em Dourados, 2008.....81

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CM	Câncer de Mama
SUS	Sistema Único de Saúde
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MS	Mato Grosso do Sul
ECM	Exame Clínico da Mama
AEM	Auto-Exame das Mamas
ESF	Estratégia Saúde da Família
SF	Saúde da Família
ACS	Agente Comunitário de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
TRH	Terapia de Reposição Hormonal
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>19</b>
2.1 O Câncer de mama .....	19
2.2 Detecção precoce do câncer de mama.....	23
2.3 Auto-exame das mamas	26
2.4 Exame clínico das mamas.....	28
2.5 Mamografia.....	30
2.6 A atenção ao câncer de mama no município de Dourados.....	32
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>38</b>
<b>4. MATERIAL E MÉTODO.....</b>	<b>38</b>
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>45</b>
5.1 Caracterização das populações estudadas.....	45
5.2 Conhecimento e prática das mulheres sobre o câncer de mama.....	46
5.3 Conhecimento e prática das mulheres sobre o auto-exame das mamas .....	55
5.4 Conhecimento e prática das mulheres sobre o exame clínico das Mamas.....	62
5.5 Conhecimento e prática das mulheres sobre a mamografia.....	68
5.6 Percepção das mulheres sobre os utilização dos serviços de saúde.....	73
5.7 Conhecimento e prática dos profissionais da saúde.....	80
5.7.1 Prática profissional.....	81
5.7.2 Relação entre o profissional e a usuária.....	95
<b>6. Conclusões.....</b>	<b>103</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>107</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>123</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>124</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A despeito dos importantes avanços ocorridos nas últimas décadas em relação ao câncer de mama (CM), a doença apresenta-se ainda como um grande desafio para a saúde pública mundial. No Brasil, é a principal causa de mortalidade na população feminina e, por tratar-se de uma doença que não apresenta uma causa definida, a prevenção primária torna-se dificultada, baseando-se apenas na minimização dos fatores de risco conhecidos para a doença. A prevenção secundária torna-se, portanto prioridade, visando-se o rastreamento e a detecção precoce do CM, de forma a reduzir a morbi-mortalidade pela doença.

A detecção precoce do câncer de mama é fator determinante do prognóstico da doença. No Brasil, a maior parte dos tumores malignos da mama é encontrada pela própria mulher em estágios já avançados, acarretando a necessidade de tratamentos altamente agressivos, além de altas taxas de mortalidade. Vale lembrar que o custo do tratamento de um câncer avançado para o Sistema Único de Saúde (SUS), é significativamente maior se comparado a um câncer diagnosticado precocemente.

O Instituto Nacional de Câncer (INCA), em seu Documento de Consenso para o controle do câncer de mama preconiza que toda mulher a partir dos 40 anos deve ser submetida ao exame clínico das mamas (ECM) anualmente como forma de detecção precoce de lesões sugestivas de câncer. O programa recomenda ainda, a realização de mamografia bianual nas mulheres de 50 a 69 anos, e mamografia anual para mulheres a partir de 35 anos com risco aumentado. A mamografia é reconhecidamente o método de escolha para o rastreamento do CM, contudo, o teto físico para atender às recomendações do consenso é insuficiente, sendo que o número de mamografias autorizadas pelo SUS não cobrem nem 50% da população com indicação para realização do exame.

Diante da impossibilidade de acesso ao exame mamográfico, o ECM torna-se fundamental como estratégia de detecção precoce do CM.

A atenção ao CM no município de Dourados foi organizada a partir do Projeto Toque de Vida implantado no ano de 2004, pela Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul (MS) em parceria com o INCA e com a Prefeitura Municipal de Dourados/MS e apoio do Instituto Avon, com objetivo de estimular a prática do ECM, realizado por profissionais médicos(as) e enfermeiros(as) da Estratégia de Saúde da

Família (ESF), adequadamente treinados para a detecção precoce do CM (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL, 2004).

Inicialmente as ações foram instituídas em 22 equipes de saúde da família (SF), sendo 16 localizadas na área urbana e 6 na área rural. Em relação às equipes urbanas, o projeto capacitou 32 profissionais para a realização do ECM anual em todas as mulheres com idades entre 40 e 69 anos. Além disso, os profissionais foram instrumentalizados para a condução de ações educativas, buscando-se dotar a mulher dos conhecimentos necessários para a redução dos fatores de risco para o CM, bem como para a aderência aos métodos de detecção precoce disponíveis.

A intenção inicial do Toque de Vida era que as ações fossem institucionalizadas e ampliadas em cada um dos municípios nos quais o projeto foi implantado. Os primeiros resultados da intervenção foram bastante positivos, o ECM mostrou-se um método efetivo para a detecção de casos novos de CM, sendo que 80% das mulheres receberam o diagnóstico da doença em estádios I e II (THULER; FREITAS, 2008). Apesar dos bons resultados da utilização do ECM como estratégia de rastreamento, surgiu o interesse em analisar a situação do CM no município de Dourados sob outro prisma: O que sabem e o que fazem os profissionais da saúde atuantes e as mulheres cadastradas na ESF em Dourados?

Atualmente todas as equipes de SF no município de Dourados desempenham ações para a detecção precoce do CM por meio do rastreamento organizado com a realização do ECM anual, entretanto optou-se por investigar as 16 equipes de Saúde da Família (SF) que dispararam as ações para a atenção ao CM no município. Passados 4 anos de seu início, entende-se ser esse um momento apropriado para uma análise sobre a contribuição que o Toque de Vida trouxe para o conhecimento e prática dos profissionais capacitados e das mulheres usuárias dos serviços de saúde, bem como da compreensão de como vem se dando essa relação entre esses dois grupos envolvidos no cuidado do CM.

Este trabalho teve como motivação a pretensão de produzir indicadores sobre o engajamento dos profissionais de saúde e das mulheres no cuidado com o CM, assim como a identificação de barreiras para a incorporação dos conhecimentos geradores de práticas adequadas quanto à prevenção e detecção precoce do CM principalmente por meio do ECM na atenção básica à saúde. Instituído-se uma política de saúde no cuidado do CM, capaz de contribuir para o avanço da

integralidade no cuidado e resultando na melhoria dos indicadores da doença em nosso Estado.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 O Câncer de mama**

O câncer constitui-se como um grupo de doenças caracterizado pelo crescimento e propagação descontrolados de células anormais. Das 58 milhões de mortes ocorridas no mundo no ano de 2005, 7,6 milhões foram atribuídas ao câncer, o que corresponde a 13% de todas as mortes. As estimativas indicam incidência ascendente da doença, acredita-se que nas próximas décadas, a cada ano, 15 milhões de pessoas receberão o diagnóstico de câncer, sendo que, 60% dos novos casos de câncer serão diagnosticados em países em desenvolvimento (BRASIL, 2007; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2008).

Ao longo dos anos, pesquisas experimentais ou de base populacional contribuíram para a elucidação de fatores relacionados a um maior risco de desenvolvimento do câncer, desta forma, os fatores de risco são classificados em fatores externos, como por exemplo, exposição ao fumo, produtos químicos, radiação e agentes infecciosos e internos como mutações genéticas, interações hormonais, condições imunológicas e mutações no metabolismo. Estes fatores de risco podem agir de forma isolada ou combinada, e o tempo decorrido entre a exposição a um desses fatores e o desenvolvimento do câncer pode igual ou superior a 10 anos (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2008).

Dentre os diferentes tipos de câncer, o CM apresenta-se como um grave problema de saúde pública, é o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo e o primeiro na população feminina (BRASIL, 2007).

O CM vem sendo amplamente estudado e, a despeito da grande quantidade de pesquisas já conduzidas sobre a patologia, sua etiologia ainda não está totalmente esclarecida, sendo a mesma atribuída a uma interação de fatores, que de certa forma são considerados determinantes no desenvolvimento da doença (PINHO; COUTINHO, 2007).

Com exceção do sexo feminino, a idade é o fator de risco mais importante para o CM, 77% dos casos de CM diagnosticados nos Estados Unidos entre os anos de 1994 e 1998, ocorreram em mulheres com idade igual ou superior a 50 anos de idade (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2002).

Risco aumentado também é atribuído a fatores como presença dos genes BRCA1 e BRCA2, história familiar ou pessoal de CM, maior densidade do tecido mamário, hiperplasia mamária atípica, exposição a altas doses de radiação, fatores reprodutivos como longos períodos de história menstrual (menarca precoce e menopausa tardia), nuliparidade, primeira gestação a termo após os 30 anos de idade e ausência ou curtos períodos de amamentação (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2008).

Especial interesse recai sobre os fatores de risco passíveis de modificação, como o sobrepeso ou obesidade após a menopausa, o uso de terapia de reposição hormonal (TRH), o sedentarismo, o consumo diário de bebidas alcoólicas e o tabagismo (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2008).

A modificação de fatores de risco relacionados ao desenvolvimento do CM é uma medida capaz de reduzir as chances de seu desenvolvimento, entretanto, diante da dificuldade em avaliarem-se os diferentes fatores de risco isoladamente e sua real contribuição no desenvolvimento do CM, torna-se impossível a adoção de medidas preventivas que impeçam o aparecimento da doença.

No Brasil, estima-se que no ano de 2008, cerca de 49.400 mulheres receberão o diagnóstico do CM, isto representa uma taxa bruta de 50,71 novos casos para cada 100.000 mulheres. O Estado de Mato Grosso do Sul (MS), encontra-se entre aqueles com maiores taxas de incidência da doença (Figura 2.1), e segundo estimativas do Ministério da Saúde, em 2008 serão diagnosticados 560 novos casos de CM no estado. (BRASIL, 2007).

O CM é entre os diversos tipos de câncer, o que apresenta maiores taxas de mortalidade, afetando países com distintos níveis de desenvolvimento (IGENE, 2008). No Brasil, as taxas de mortalidade por CM aumentaram nas últimas décadas, passando de 6,8/100.000 no ano de 1985 para 10,9/100.000 mulheres em 2005 (Figura 2.2) (BRASIL, 2007).

O estado de MS também apresenta uma alta taxa de mortalidade por CM no sexo feminino, entre os anos de 1995 e 1999, esteve entre os dez estados com maiores taxas de mortalidade pela doença, observando-se expressivo crescimento nos três principais municípios do estado (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL, 2008).

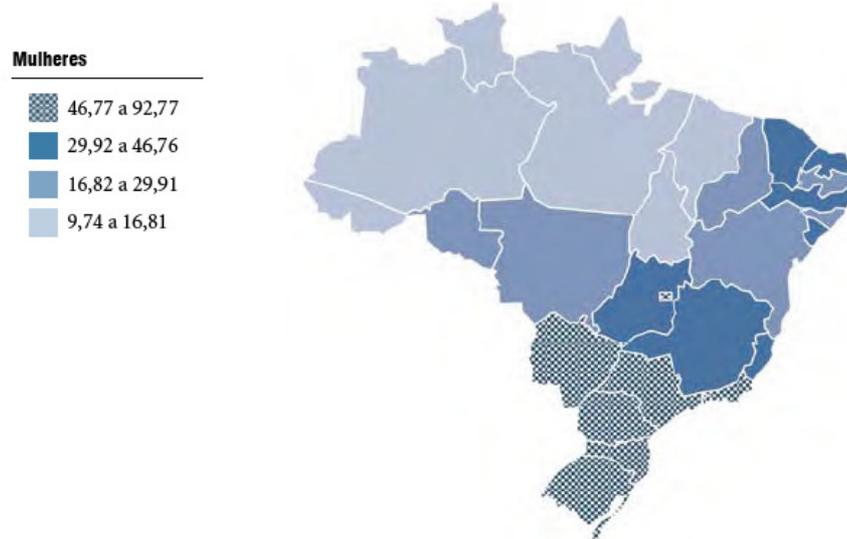


Figura 2.1 - Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2008, segundo a Unidade da Federação (neoplasia maligna da mama feminina).

Fonte: BRASIL, 2007.

O aumento das taxas de incidência e mortalidade por CM no Brasil devem ser interpretadas com cuidado, já que podem refletir a melhoria na oferta de meios de diagnósticos da doença, bem como dos registros de mortalidade e não simplesmente um aumento no número de casos novos (PINHO; COUTINHO, 2007).

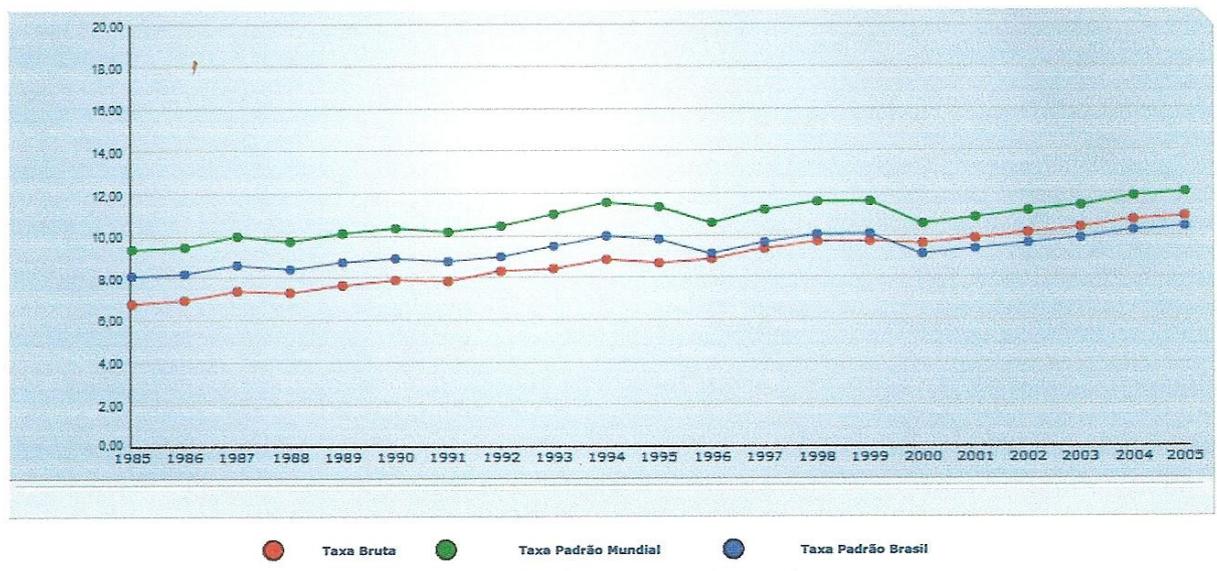


Figura 2.2 - Taxas de mortalidade por câncer de mama brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira, por 100.000 mulheres, Brasil, entre 1985 e 2005.

Fonte: Brasil, 2007.

Contudo, é consensual que países em desenvolvimento apresentem piores indicadores do CM, o que se deve principalmente, à inexistência de programas de rastreamento mamográfico, resultando em excessiva quantidade de diagnósticos realizados em estágios mais avançados da doença (MARINHO et al., 2002; DIAS-DA-COSTA et al., 2003; SMITH et al., 2006).

No Brasil, aproximadamente 60% das mulheres que recebem o diagnóstico do CM, apresentam tumores em estádios III e IV, situação inversa é observada em países como Estados Unidos da América (EUA) e Inglaterra, nos quais 80% das neoplasias malignas da mama são diagnosticadas em estádios I e II (ABREU; KOIFMAN, 2002; PAULINELLI et al., 2003).

O momento do diagnóstico do CM assume papel decisivo em seu prognóstico, devido a sua etiopatogênia complexa e multifatorial, o CM não pode ser prevenido. O termo prevenção em epidemiologia é utilizado tanto para designar medidas capazes de impedir o aparecimento de um agravo à saúde (prevenção primária), como em sentido mais amplo, refere-se a medidas que impeçam o desenvolvimento do estágio seguinte das doenças (prevenção secundária) (PEREIRA, 1995).

Desta forma, os esforços para minimizar a morbi-mortalidade pela doença são direcionados na busca por medidas que antecipem o diagnóstico da doença, minimizando a agressividade do tratamento e reduzindo as taxas de mortalidade, sendo estas medidas classificadas como prevenção secundária (MARINHO et al., 2002; MOLINA; DALBEN; LUCA, 2003).

Usualmente, as barreiras para o diagnóstico precoce do CM são relacionadas à própria mulher, aos profissionais de saúde e ao sistema de saúde de um país ou localidade, embora, a maioria dos estudos já conduzidos sobre o tema focalize de forma mais específica os fatores relacionados à mulher (ANGUS et al., 2007).

O diagnóstico precoce do CM resulta em ganhos para a mulher acometida, já que além de aumentar as chances de cura da doença possibilita tratamentos com menores taxas de co-morbidades (ELMORE et al., 2005; SCLOWITZ et al., 2005; MENKE et al., 2007). O estado também é favorecido com programas que possibilitem a detecção precoce do CM, já que o custo do tratamento de um câncer da mama inicial é aproximadamente 70% menor se comparado ao valor gasto no tratamento de um câncer avançado (KEMP et al., 2005).

Em relação ao CM, observa-se grande disparidade nas taxas de incidência, mortalidade e sobrevida em todo o mundo, tais diferenças são relacionadas a distintos níveis de conhecimento sobre os fatores de risco para a doença, acesso a tratamentos efetivos e principalmente a existência de um programa de rastreamento e detecção precoce organizado (ALTHUIS et al., 2005).

## **2.2 Detecção precoce do câncer de mama**

A detecção precoce do CM é fundamental para a redução das taxas de morbidade e mortalidade associadas à doença (RIM; CHELLMAN-JEFFERS; FANNING, 2008). Dessa forma, o diagnóstico realizado em fases iniciais aumenta as chances de cura e sobrevida, melhora a qualidade de vida das mulheres acometidas pela doença e pode representar melhor relação efetividade/custo do tratamento dessas mulheres (BRASIL, 2006).

São estratégias para a detecção precoce do CM, o rastreamento e o diagnóstico precoce. O rastreamento tem como finalidade identificar lesões pré-cancerígenas ou cancerígenas em estágio inicial em pessoas assintomáticas, enquanto que o diagnóstico precoce procura a identificação de lesões em fases iniciais tendo como base sinais e/ou sintomas clínicos (BRASIL, 2006).

Rose e Baker descreveram em sua série de artigos que a fim de se determinar os benefícios de um programa de rastreamento algumas condições deveriam ser observadas: 1. O tratamento precoce da doença é capaz de melhorar seu prognóstico?; 2. Os testes aplicados no rastreamento são válidos e reprodutíveis?; 3. Qual é o ganho trazido pelo rastreamento?. Durante muitos anos estas perguntas permaneceram sem respostas e, apenas no século 20 as três condições foram consideradas alcançadas (MORABIA; ZHANG, 2004).

No caso específico do CM, o rastreamento em massa teve início na década de 60, quando a mamografia foi disponibilizada como um método de rastreamento (MORABIA; ZHANG, 2004). Embora estivesse estabelecido que a mamografia fosse capaz de detectar as lesões não-palpáveis e, distinguir os tumores malignos das alterações benignas da mama, não existia evidências de que a utilização deste método como rastreamento, fosse capaz de reduzir a mortalidade por CM (MORABIA; ZHANG, 2004). Nos últimos 40 anos, o mundo observou a disseminação dos estudos sobre métodos que possibilitem a detecção precoce do CM. A constante

busca por maior acurácia na detecção de tumores iniciais da mama estimulou a realização de importantes estudos que resultaram em estratégias nas quais estão pautados os programas de detecção precoce do CM existentes em todo o mundo (MENKE et al., 2007).

O objetivo primário desses programas é impactar as taxas de mortalidade pela doença, além de favorecer seu diagnóstico precoce e, conseqüentemente disponibilizar maiores opções terapêuticas, com menores efeitos indesejados nos âmbitos físico, mental e social (FEIG, 2006).

Os grandes organismos mundiais responsáveis pelo controle do câncer como a American Cancer Society e a Canadian Task Force, periodicamente publicam suas recomendações para que sejam adotadas estratégias de detecção precoce do CM. As recomendações de cada país, geralmente baseiam-se em estudos populacionais e nos recursos disponíveis para a implementação das ações recomendadas.

No Brasil, não há grandes estudos de prevenção do câncer na população brasileira, de forma que as medidas recomendadas pelo INCA são baseadas em estudos realizados por entidades internacionais (TUCUNDUVA et al., 2004).

Diante da alta relevância do CM no cenário da saúde pública brasileira e da necessidade de organização das ações de prevenção e controle do CM nos estados e municípios brasileiros, o Ministério da Saúde por meio do INCA, publicou alguns documentos que orientam os programas de detecção precoce do CM no Brasil (BRASIL, 2006). O Documento de Consenso para o controle do CM publicado em 2004 traz as recomendações tanto para o rastreamento como para o diagnóstico precoce do CM no Brasil (Figura 2.3) (BRASIL, 2004).

Em relação ao risco aumentado para o desenvolvimento do CM, consideram-se: 1. história familiar de, pelo menos, um parente em primeiro grau com câncer de mama diagnosticado antes dos 50 anos de idade; 2. história familiar de, pelo menos, um parente em primeiro grau com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária; 3. mulheres com história familiar de câncer de mama masculino e 4. mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ* (BRASIL, 2004).

A redução nas taxas de mortalidade e aumento da sobrevivência entre as mulheres que receberam o diagnóstico do CM são fenômenos usualmente atribuídos à existência de programas efetivos de detecção precoce do CM. Em países desenvolvidos, é possível observar altas taxas de incidência e baixas taxas de

mortalidade por CM, contrariamente a países em desenvolvimento, que ainda apresentam expressiva mortalidade pela doença (IGENE, 2008).

<b>Rastreamento para mulheres assintomáticas</b>	<b>Diagnóstico de lesões palpáveis da mama</b>
<b>Exame clínico das mamas: para todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade, com periodicidade anual.</b>	<b>Mulheres com menos de 35 anos: Ultra-sonografia é o método de escolha para avaliação de lesões palpáveis;</b>
<b>Mamografia: Para mulheres com idade entre 50 a 69 anos de idade, com intervalo máximo de 2 anos entre os exames;</b>	<b>Mulheres com 35 anos de idade ou mais: A mamografia é o método recomendado, podendo ser complementado pela ultra-sonografia em determinadas situações clínicas.</b>
<b>Exame clínico das mamas e mamografia anual: Para mulheres a partir dos 35 anos de idade, pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama.</b>	<b>Lesões palpáveis com imagem negativa: Investigação com Punção Aspirativa por Agulha Fina, Agulha Grossa ou Biópsia Cirúrgica;</b>

Figura 2.3 - Recomendações para o controle do câncer de mama  
Fonte: Brasil, 2004

O controle do CM requer uma série de estratégias com diferentes níveis de complexidade, perpassando pelas ações de educação para a saúde, programas de detecção precoce organizados e o oferecimento de tratamentos adequados. Todas essas ações requerem investimento de recursos (MOLINA; DALBEN; LUCA, 2003). Estudos demonstram que as taxas de mortalidade por CM são significativamente relacionadas à quantidade de recursos que o país investe em seu sistema de saúde, bem como na organização de um sistema capaz de reduzir o nível de iniquidades, ampliando o acesso às ações que sejam também resolutivas (IGENE, 2008).

Os programas mais recomendados para o rastreamento e diagnóstico precoce do CM são aqueles apoiados no exame mamográfico, entretanto outras modalidades como o ECM e o auto-exame das mamas (AEM) foram introduzidas e incorporadas nas práticas de detecção precoce (GODINHO; KOCH, 2004; ELMORE et al. 2005; SIMON, 2006)

A utilização destes três métodos tem sido amplamente discutida na literatura científica. Estudos buscam investigar o impacto de cada um deles principalmente no aumento da sobrevivência das mulheres com CM (BANCEJ et al., 2003; ELMORE et al., 2005; KUDADJIC-GYAMFI et al., 2005; SHEN et al., 2005; CHAGPAR; McMASTERS, 2007). Evidentemente, as três medidas apresentam vantagens e

limitações, mas vale ressaltar que a escolha do método que servirá como base de um programa de rastreamento e detecção precoce, dependerá não somente de suas vantagens, mas principalmente dos recursos humanos, físicos e tecnológicos disponíveis em cada país, estado ou município (SMITH et al., 2006).

### **2.3 Auto-exame das mamas**

O AEM é um procedimento não-invasivo, centrado na mulher, que favorece maior familiaridade com suas mamas. A American Cancer Society em documentos anteriores recomendava a prática do AEM para todas as mulheres, atualmente recomenda que a realização do AEM seja opcional a partir dos 20 anos de idade (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2002).

O AEM não é recomendado de forma isolada pelo INCA, esta decisão apóia-se na escassez de evidências que suportem a validade desta medida na redução das taxas de mortalidade por CM, e sugere-se que o AEM cause ainda, aumento do número de biópsias de lesões benignas, falsa sensação de segurança nos falsos negativos e impacto psicológico negativo nos falsos positivos (TUCUNDUVA et al., 2004).

Embora a literatura não seja consensual quanto à indicação do AEM como estratégia de detecção precoce, este método é sem dúvida o mais conhecido pela população feminina, entretanto o conhecimento do AEM não garante sua realização, estima-se que apenas um terço das mulheres o pratiquem corretamente (MONTEIRO et al., 2003).

Apesar da vantagem de não apresentar nenhum custo, a eficácia e efetividade do AEM são controversas, dois importantes estudos randomizados conduzidos na Rússia e China mostraram não haver diminuição do risco de mortalidade por CM entre as mulheres que realizaram o AEM, além disso, o grupo que realizou o AEM apresentou um número maior de biópsias benignas do que o grupo controle (ANDERSON et al., 2003). Entretanto, Elmore et al. (2005), ressaltam a necessidade de analisar-se os resultados desses estudos com cautela, já que no estudo chinês, 40% das mulheres estudadas estavam na faixa etária dos 30 anos, e considera ainda, que o seguimento das mulheres estudadas durante um período de 10 anos possa ser insuficiente para produzir efeitos nas taxas de mortalidade por CM.

Uma meta-análise sobre o efeito da prática regular do AEM nas taxas de mortalidade do CM e nas taxas de diagnósticos realizados em estágios avançados investigou vinte estudos observacionais e três estudos experimentais, não sendo observadas diferenças nas taxas de mortalidade por CM nos estudos nos quais as mulheres detectaram o câncer durante o AEM (HACKSHAW; PAUL, 2003).

Alguns fatores podem aumentar a acurácia do AEM, entre eles, a frequência da realização, o conhecimento por parte das mulheres sobre sua importância e principalmente a instrução da técnica por um profissional que estimule a realização do mesmo.

Monteiro et al. (2003), afirmam que apenas transmitir a informação não é suficiente, já que a realização do AEM depende da própria paciente que deve ser conscientizada de sua responsabilidade com sua saúde.

A prática do AEM permite que a mulher desenvolva maior conhecimento de suas mamas, tornando mais fácil a percepção de qualquer alteração. O AEM faz parte de um processo educacional em saúde, pois a partir do entendimento por parte da mulher, da importância de sua prática como medida auxiliar na detecção precoce do CM, será possível também conscientizá-la da necessidade de sua adesão às demais modalidades de rastreamento como o ECM e a mamografia.

Por tratar-se de um procedimento que depende exclusivamente da motivação da própria mulher em realizar seu auto-cuidado, fatores sociais, culturais, psicológicos e demográficos influenciam na prática do AEM, tais fatores devem ser investigados para reduzir as barreiras para a realização do AEM (DAVIM et al., 2003; MONTEIRO et al., 2003).

Ainda que não deva ser estimulado como prática isolada no rastreamento do CM, o AEM é com certeza, uma das etapas importantes nesse processo, sobretudo em populações de países em desenvolvimento, nos quais métodos como o ECM e a mamografia não estão acessíveis a todas as mulheres, resultando em desigualdades nas oportunidades de diagnóstico precoce da doença (MARINHO et al., 2002; MONTEIRO et al., 2003).

A despeito da não recomendação da prática do AEM devido às evidências científicas atuais, sua prática não deve ser desencorajada, já que o mesmo pode ser de grande valia no sentido de promover na mulher maior conscientização sobre os sinais e sintomas do CM (SMITH et al., 2006).

## 2.4 Exame clínico das mamas

O ECM tem como objetivo a detecção de tumores mamários palpáveis em estágios precoces. Neste estágio, os tratamentos são mais eficazes e as opções terapêuticas são maiores se comparados com cânceres diagnosticados em estágios mais avançados (MCDONALD; SASLOW; ALCIATI, 2004). Estima-se que 5 a 10% dos cânceres mamários são detectados pelo ECM isoladamente e quando realizado regularmente, apresenta maior proporção de detecção da doença em estágios iniciais (OESTREICHER et al., 2002).

Embora a mamografia apresente maior sensibilidade do que o ECM, sua utilização de forma isolada pode resultar em aproximadamente 10% de falsos-negativos, desta forma o ECM é capaz de detectar tumores não visualizados no exame radiológico, impedindo que o diagnóstico do CM seja feito tardiamente (PARK et al., 2000; MCGREEVY; BARON; HOEL, 2002).

Um dos mais importantes estudos envolvendo o ECM foi realizado no Canadá, denominado de Canadian National Breast Screening Study (CNBSS-2), comparou o efeito da mamografia sobre o ECM isolado, neste estudo, não foi observado impacto na mortalidade por CM em oito e 13 anos de seguimento, sugerindo que se bem conduzido o ECM realizado sozinho pode ser tão efetivo como a mamografia na redução de mortes por CM (MILLER; BAINES, 2001; BANCEJ et al., 2003).

Conforme descrito por Celis (2001), o ECM, pode detectar lesões de 0,5 cm, dependendo de sua localização e volume da mama. Sua realização aumentou em 17% o diagnóstico de tumores malignos em estágio I e descobriu 70% de casos sem acometimento axilar, aumentando a sobrevivência das pacientes. Weiss (2003), concluiu seu estudo descrevendo o ECM como um meio promissor de rastreamento, já que é capaz de identificar lesões em estágio precoce o suficiente para que intervenções efetivas sejam aplicadas.

Em relação ao estudo de fatores que possam aumentar a acurácia do ECM, as pesquisas são focadas no treinamento e na proficiência técnica do examinador (GREEN; TAPLIN, 2003; BOBO; LAWSON; LEE, 2003). Poucos estudos investigam a interferência de fatores relacionados às características físicas, demográficas, sociais e culturais das mulheres, características do tumor e organização dos serviços

de saúde (BOBO; LAWSON; LEE, 2003; DIAS-DA-COSTA et al., 2003; DIAS-DA-COSTA et al., 2007)

O ECM desempenha um importante papel no diagnóstico precoce do CM, Mcgreevy, Baron e Hoel (2002) consideram o ECM e a mamografia métodos complementares, sendo que cada um deles fornece elementos particulares para a detecção precoce do CM. Existem ainda situações em que o valor do ECM aumenta substancialmente como, por exemplo, quando realizado em mulheres que não recebem nenhum tipo de rastreamento, em casos de lesões não detectadas pela mamografia e diante da baixa cobertura dos exames mamográficos (ALBERT; SCHULZ, 2003; MCDONALD; SASLOW; ALCIATI, 2004; DIAS-DA-COSTA et al., 2007).

Parece bastante pertinente a recomendação de que o exame das mamas realizado por profissional seja um procedimento de rotina nas consultas médicas, entretanto, o ECM é negligenciado por muitos profissionais de saúde atuantes na atenção básica, em especial o médico. Em seu estudo, Marinho (2001) relata que entre as 633 mulheres estudadas, aproximadamente um terço não foram submetidas ao ECM durante suas visitas a uma unidade de saúde, embora 82,4% delas freqüentassem estes serviços há mais de dois anos. Tal situação parece traduzir total falta de conhecimento por parte dos médicos sobre a dimensão do CM como problema de saúde pública, ou o que é pior, reflete a falta de comprometimento dos médicos com a integralidade na atenção a saúde, já que o aspecto preventivo da doença não está sendo contemplado em suas práticas. Dias-da-Costa et al. (2003) em estudo realizado em Pelotas (RS), encontrou baixa prevalência do ECM no ano de 2000, e redução de 20% na realização do exame por médicos em um período de sete anos.

Além dos aspectos relacionados aos profissionais de saúde, a adesão ao ECM pelas mulheres dependerá das informações a elas oferecidas sobre a importância de terem suas mamas avaliadas por um profissional habilitado ao menos uma vez ao ano. Para isso devem comparecer nas consultas programadas e diante da negligência do profissional em relação à realização do ECM, solicitar que suas mamas sejam examinadas.

Diante disto, pode-se considerar então, que para que o ECM se torne uma estratégia capaz de produzir resultados positivos nos indicadores do CM, é indispensável a interação de conhecimento, atitude e prática dos profissionais no

sentido de tornar a realização do ECM rotina em suas consultas, buscando o aprimoramento da técnica e informando as mulheres sobre a importância de sua realização e também das mulheres aderindo aos programas de rastreamento e detecção precoce do CM.

Outro fator a ser considerado para que o ECM seja uma ferramenta efetiva no diagnóstico precoce do CM relaciona-se com a acessibilidade ao exame, ou seja, barreiras de ordem econômica, organizacional ou de oferta devem ser ultrapassadas a fim de que todas as mulheres que procurem um serviço de saúde recebam o ECM, bem como os demais procedimentos que se fizerem necessário (HARTZ; SILVA, 2005).

## **2.5 Mamografia**

A mamografia é um método capaz de detectar tumores da mama não-palpáveis, antecipando o diagnóstico do CM e influenciando positivamente no prognóstico da doença (MARINHO et al., 2002).

Está bem estabelecido que o CM quando detectado durante rastreamento mamográfico apresenta menor estadiamento clínico se comparado aos tumores detectados pelo ECM isolado, ou seja, são tumores menores, apresentam menor disseminação em linfonodos axilares e possibilitam a realização de cirurgias conservadoras sem a necessidade de tratamentos de alta toxicidade como a quimioterapia (CHAGPAR; MCMASTERS, 2007).

Mesmo sendo considerado o método diagnóstico mais adequado, a mamografia apresenta-se como um exame radiológico de alto custo e infelizmente, ainda hoje, não está acessível a toda a população, principalmente entre mulheres de menor poder sócio-econômico (DIAS-DA-COSTA et al., 2007; MARINHO et al., 2002).

O elevado custo para a realização do exame de mamografia é um fator preponderante para que não seja possível realizá-la como exame de massa, como acontece com o exame de colposcopia oncológica (MARINHO, 2001). No Brasil, aproximadamente 50% das mulheres com indicação do exame mamográfico, não conseguem realizá-lo pelo SUS (BRASIL, 2006), o que na maioria dos casos significa que o exame não será realizado devido a obstáculo econômico ou será

realizado após longo período de espera, retardando o diagnóstico da doença (BRASIL, 2006). Trabalho conduzido por Godinho e Koch (2002) evidenciou que 63,3% das mulheres estudadas nunca foram submetidas à mamografia, embora estivessem na faixa etária em que deveriam ter realizado o exame pelo menos uma vez.

A utilização da mamografia também é limitada pela infra-estrutura (mamógrafos insuficientes), precariedade de controle da qualidade das imagens e engajamento do médico e da mulher (GODINHO; KOCH, 2004).

No Brasil, conforme descrito anteriormente, o diagnóstico do CM é em maioria realizado tardiamente, o que pode entre outras coisas refletir a ausência de uma política que propicie o cuidado adequado no que se refere ao CM. O diagnóstico tardio do CM implica em prejuízos para a mulher, já que as chances de cura da doença ficam reduzidas, ainda que sendo submetida a tratamentos mutilantes e conseqüentemente experimentar maior grau de sofrimento, repercutindo em todo o núcleo familiar. O estado também sofre prejuízos, já que o sistema de saúde arca com gastos excessivos para o tratamento dessas mulheres, que poderiam ter recebido um diagnóstico precoce, caso o Brasil possuísse programas de rastreamento efetivos (MARINHO et al., 2003).

Diante do cenário atual em relação ao CM, podemos considerar que embora a mamografia seja um método capaz de detectar o CM inicial, ainda não-palpável e conseqüentemente reduzir a mortalidade pela doença, em países como o Brasil a redução nos óbitos acaba não sendo observada, já que metade das mulheres não tem acesso a este procedimento como estratégia de rastreamento. Evidencia-se a necessidade de promover ações baseadas em outros métodos que possam ser factíveis e proporcionar às mulheres acesso a um programa de rastreamento e detecção precoce do CM, neste caso o ECM.

Entre as possibilidades de detecção precoce do CM na atenção básica, o ECM destaca-se como sendo a estratégia de escolha, desde que sua realização seja garantida por uma política de saúde consistente, diferentemente do cenário atual, em que a maior parte dos profissionais não incorporou o ECM em suas práticas (MONTEIRO et al., 2003).

Outro dado preocupante é a desinformação de muitos médicos a cerca dos fatores de risco para o CM. Em seu estudo Godinho e Koch (2004), relatam que entre os 105 médicos entrevistados apenas 13,3% reconheceram todos os fatores

de risco apresentados, sendo, portanto considerado inadequado o conhecimento dos médicos a cerca dos fatores de risco para a doença. A falta ou inadequação de conhecimento sobre o CM entre os profissionais da saúde compromete a qualidade das ações de educação em saúde. Toda mulher deve ter acesso a informações seguras que possam contribuir para a adoção de práticas preventivas e melhores condições de saúde. Para isso, a capacitação dos profissionais deve ser considerada como prioridade nos programas detecção precoce do CM.

Sabe-se que num país onde a desigualdade social está associada ao desenvolvimento e desfecho de doenças como o CM, é necessária a busca por estratégias resolutivas, e não penas de ações pontuais como os mutirões muito freqüentes no Brasil, mas ações que alcancem resultados permanentes capazes de modificar positivamente as condições de saúde de uma coletividade.

Diante do exposto, evidencia-se a necessidade de avanços nas políticas de saúde em relação à detecção precoce do CM, visando principalmente à instituição de alternativas capazes de garantir a inclusão da mulher brasileira em um programa de saúde integral, que seja efetivo e compatível com os recursos financeiros disponíveis, mesmo estes estando distante do necessário.

## **2.6 A atenção ao câncer de mama no município de Dourados**

O Estado de Mato Grosso do Sul, localiza-se na região centro-oeste do Brasil, fazendo fronteira com cinco outros estados brasileiros e ainda com dois países: o Paraguai e a Bolívia. O estado de MS é composto por 78 municípios e 87 distritos. Entre seus municípios, destacam-se a capital do estado, Campo Grande, e as cidades de Dourados, Corumbá e Três Lagoas, sendo estes os maiores e mais desenvolvidos municípios do Estado (MATO GROSSO DO SUL, 2009).

O município de Dourados está localizado no sul do estado e apresentou no censo demográfico do Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2007 uma população de 181.869 habitantes, sendo que segundo a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) a população indígena registrada no mesmo ano foi de 14.614 (PREFEITURAMUNICIPAL DE DOURADOS, 2009).

No ano de 2007, 105.034 pessoas estavam cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, sendo que o município contava com 35 equipes de Saúde da

Família distribuídas em 19 Unidades Básicas de Saúde da Família localizadas na área urbana e sete localizadas na zona rural (PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADOS, 2009).

Em relação à atenção ao CM, Dourados conta ainda com um Centro de Atendimento à Mulher (CAM) para consultas especializadas e exames complementares, uma clínica de Oncologia Credenciada com o SUS, atendimentos clínicos em oncologia no Hospital Universitário e dois hospitais para atendimento cirúrgicos e clínicos aos pacientes oncológicos. (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL, 2005).

As Estimativas do INCA para o ano de 2008 projetavam que a região Centro-Oeste teria, em 2008 e 2009, aproximadamente 28.000 novos casos de câncer para cada ano, o que representa a terceira maior incidência entre as cinco regiões brasileiras. O estado do Mato Grosso do Sul ocupa a sétima posição no ranking de incidência de CM, para o mesmo período, fato que por si só, já justifica a necessidade de estratégias capazes de fazer com que o diagnóstico desses novos casos seja realizado precocemente (BRASIL, 2007).

Em estudo anterior realizado em um hospital público na capital do estado de MS, observou-se que entre as mulheres com diagnóstico de CM, 78,8% detectaram elas próprias os tumores mamários (BATISTON; SANTIAGO, 2003). Outro estudo conduzido no mesmo hospital, os autores observaram que entre as 223 mulheres incluídas, 43,9% tiveram seu CM diagnosticado em estádios III e IV (BATISTON et al., No prelo).

As disparidades no que se refere à quantidade de recursos disponíveis para o diagnóstico e tratamento do CM fazem com que países com maiores recursos, apresentem incidência crescente e taxas de mortalidade decrescentes, em contrapartida, em países com menores recursos financeiros, observa-se que tanto a incidência como a mortalidade comportam-se de maneira ascendente (SMITH et al., 2006).

As menores taxas de mortalidade observadas em alguns países resultam da existência de programas de rastreamento organizados, e que se utilizam prioritariamente da mamografia como método de detecção precoce do CM (ANDERSON et al., 2003).

Entretanto, para um programa alcançar as metas de reduzir as taxas de mortalidade por CM, não basta a disponibilização de meios para a detecção precoce

da doença, são necessários investimentos para que os casos diagnosticados recebam tratamentos precoces e efetivos, resultando em maiores taxas de cura e sobrevida, o que significa que são precisos altos investimentos para o controle do CM.

Dos 78 municípios do estado de MS, apenas dez, contam com a existência de mamógrafos que realizam o exame pelo SUS, dessa forma, os municípios que possuem o mamógrafo, acabam por atender também as mulheres residentes em cidades adjacentes, conforme ilustrado na figura 2.4.

Em locais como o Estado de Mato Grosso do Sul, onde a mamografia realizada pelo SUS está disponível em apenas dez dos 78 municípios, torna-se inviável pensar-se na implementação de um programa que tenha como método de detecção primário, a mamografia.

Diante disto, entendendo-se a necessidade de se reverter este quadro, a Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul assumiu o desafio de organizar uma política efetiva de controle do CM, juntamente com o Instituto Nacional de Câncer, que idealizou e implantou no ano de 2004 o Projeto Toque de Vida, com apoio do Instituto Avon e que consistiu em um projeto apoiado no estímulo à prática do ECM realizado por profissionais médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, adequadamente treinados para a detecção precoce do CM (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL, 2004).

Este projeto que serviu como estratégia para a organização da atenção ao CM em Dourados, possibilitou a capacitação de 44 profissionais médicos e enfermeiros atuantes na ESF, a fim de que estes desenvolvessem as seguintes ações: 1) ECM anual em mulheres de 40 a 69 anos de idade; 2) Encaminhamento e seguimento dos casos alterados; e 3) Ações de educação para a saúde.

O projeto inicial foi implantado em Dourados em 22 equipes de SF, sendo 16 delas localizadas na área urbana e 6 na área rural com ampliação para todas as equipes a partir de 2007.



O sucesso da implantação ou mudança em uma rotina de trabalho, como a inserção do ECM na ESF, depende de fatores como conhecimento, atitude e prática dos atores envolvidos no processo, neste caso interesse especial destina-se a dois grupos, os profissionais da saúde médicos e enfermeiros e as mulheres usuárias dos serviços de saúde.

Os profissionais de saúde que atuam diretamente com as mulheres devem estar conscientes da importância de uma abordagem pautada no princípio da integralidade, orientando-as sobre os fatores de risco relacionados com o desenvolvimento do CM e instruindo-as quanto a medidas capazes de minimizá-los ou erradicá-los.

Cabe ainda a estes profissionais, a responsabilidade de propiciar a todas as mulheres, ações de educação em saúde, ensinando-lhes a técnica correta do AEM, esclarecendo-as quanto a possíveis dúvidas, identificando crenças e fatores culturais que distanciem a mulher de práticas adequadas quanto ao CM e, sobretudo, facilitando seu entendimento sobre a importância de sua adesão a todas as ações votadas para o rastreamento e detecção precoce do CM, incentivando-as assim, a assumirem o cuidado com sua própria saúde.

Prioritariamente, os profissionais que atuam na atenção básica à saúde, devem estar aptos a identificar alterações mamárias por meio do ECM, sendo este realizado não só como parte do exame ginecológico de todas as mulheres atendidas nas unidades de saúde, mas em qualquer outra oportunidade, espera-se ainda que os profissionais sejam capazes de realizar o seguimento correto das mulheres com exames alterados, encaminhando-as para a realização de exames complementares sempre que necessário ou indicado conforme recomendações do INCA, além de acompanhar os casos suspeitos ou de maior risco por meio de rastreamento (BRASIL, 2004).

Outro grupo fundamental para sucesso de programas de rastreamento e detecção precoce do CM é constituído pelas mulheres usuárias destes programas. Evidencia-se a necessidade de um trabalho informativo constante dirigido a estas mulheres, principalmente para as que apresentem maior risco para o desenvolvimento do CM, de maneira que procedimentos simples como o AEM e a realização anual do ECM sejam incorporadas em sua prática (REEDER; BERKANOVIC; MARCUS, 1980).

É essencial ainda, identificar as barreiras para a realização de procedimentos que possam favorecer o diagnóstico precoce do CM, além de procurar suplantá-las (MELVILLE et al., 1993).

Os profissionais de saúde das 16 equipes urbanas incluídas no projeto Toque de Vida em 2004 receberam informações e treinamento, capacitando-os para a realização do ECM, encaminhamento, seguimento e educação em saúde das mulheres cadastradas na ESF em Dourados. Contudo para que as ações implementadas possam ser revertidas em melhores indicadores do CM, as mesmas devem ser incorporadas nas práticas dos profissionais, daí a relevância em investigar-se o conhecimento e prática dos profissionais em relação ao CM. Espera-se que os resultados possibilitem a compreensão de fatores influentes no grau de engajamento dos profissionais na atenção ao CM, fator fundamental para o sucesso de uma ação para a detecção precoce da doença.

Da mesma forma, as mulheres que receberam informações sobre o CM, seus fatores de risco, formas de detecção, importância de sua adesão às ações de detecção precoce, também foram estimuladas à mudanças, no sentido de que ao receber conhecimentos sobre o CM, desenvolvam novas e adequadas práticas em relação à doença.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Analisar o conhecimento e a prática da detecção precoce do câncer de mama das mulheres e dos profissionais médicos e enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família no município de Dourados- MS.

#### **3.2 Específicos**

Para a concepção do objetivo geral foram estabelecidos como objetivos específicos:

- Avaliar o conhecimento e a prática auto-referida relacionados ao CM das mulheres cadastradas na ESF, nas áreas nas quais o programa de detecção precoce do CM foi implantado e organizado;

- Avaliar a prática auto-referida dos profissionais da saúde atuantes na ESF em relação ao CM, bem como conhecer sua percepção sobre as práticas deles próprios e da população feminina para detecção precoce do CM;

- Investigar a utilização dos serviços de saúde para a atenção ao CM, e a percepção das populações estudadas sobre essa utilização, incluindo-se a realização do ECM, da mamografia e o seguimento adequado diante dos achados alterados;

## 4. MATERIAL E MÉTODO

### 4.1 Tipo, local e período do estudo

Trata-se de um estudo transversal realizado na cidade de Dourados, Estado de Mato Grosso do Sul, no período compreendido entre os meses de fevereiro e dezembro de 2008.

O estudo foi realizado em 16 equipes de SF localizadas na área urbana, alocadas em 10 Unidades Básicas de Saúde da Família (USF). A escolha dessas equipes ocorreu em função de que a implantação do Projeto Toque de Vida se deu inicialmente nestas equipes, dessa forma, estas equipes e suas respectivas áreas de abrangência foram alvos das ações para favorecer a detecção precoce do CM. Além disso, porque o tempo decorrido desde o início destas ações até o momento, permite a realização de uma análise do cenário atual no que se refere a atenção ao CM e da contribuição do Toque de Vida para melhoria do conhecimento e prática de mulheres usuárias e profissionais da saúde envolvidos.

### 4.2 Sujeitos da Pesquisa

Para que os objetivos do estudo fossem alcançados optou-se por trabalhar com duas categorias de sujeitos, dessa forma o estudo é composto por duas amostras, a saber:

**a) Mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família**, na faixa etária de 40 a 69 anos de idade, residentes a pelo menos 12 meses na cidade de Dourados no Estado de Mato Grosso do Sul.

Para cálculo da amostra considerou-se a população feminina na faixa etária de 40 a 69 anos residente em Dourados coberta pela ESF (8.342), o nível de confiança de 95% e intervalo de confiança igual a 5, totalizando-se 367 mulheres, adicionou-se à amostra 10% para possíveis perdas, sendo que a amostra final para esta categoria foi de 393 mulheres.

A partir da listagem de mulheres cadastradas nas 16 equipes de SF na faixa etária estipulada, foi realizado um cálculo para composição proporcional da amostra. Após o conhecimento do número de mulheres que comporiam a amostra em cada

uma das equipes, procedeu-se a localização das mulheres em suas residências com o auxílio do agente comunitário de saúde (ACS) responsável pela equipe em questão.

As mulheres foram abordadas em suas residências e receberam esclarecimentos quanto aos objetivos e metodologia da pesquisa, sendo então, convidadas a participarem como voluntárias do estudo, enfatizando-se sua liberdade para recusar em participar, sem que isso lhe trouxesse qualquer prejuízo.

**b) Profissionais de saúde:** Foram incluídos oito profissionais que permaneciam desenvolvendo suas atividades profissionais na atenção básica à saúde, sendo três médicos e cinco enfermeiros, que foram capacitados para realizarem orientações de fatores de risco para o CM, realizar o ECM em todas as mulheres com idade entre 40 e 69 anos de idade e realizar encaminhamentos e seguimentos adequados dessas mulheres.

Os profissionais foram localizados a partir de uma listagem fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde de Dourados e foram entrevistados em seus locais de trabalho, mediante prévio agendamento, e após explicitação sobre os objetivos e a metodologia do estudo e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### **4.3 Técnicas para a coleta de dados**

**a) Para o grupo de mulheres,** procedeu-se uma entrevista estruturada (Apêndice A), previamente elaborada e submetida a um teste piloto com 10 mulheres para detecção de possíveis inconsistências ou dificuldade de interpretação das perguntas. As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora e por entrevistadoras devidamente treinadas e acompanhadas pela própria pesquisadora, sendo estas em número de quatro, constituindo-se o grupo de entrevistadoras de acadêmicas de um curso de graduação na área da saúde.

**b) Para os profissionais** a pesquisadora realizou uma entrevista semi-estruturada com um roteiro previamente elaborado (Apêndice B). Esse tipo de entrevista possibilita, partindo de questões básicas relacionadas aos objetivos do estudo, a ampliação para outras, que surgem à medida que as respostas vão sendo

obtidas. Permite, também, que os entrevistados participem da elaboração do conteúdo da pesquisa (TRIVIÑOS, 1992). As entrevistas foram gravadas, mediante consentimento dos participantes, as quais foram posteriormente transcritas e organizadas pela pesquisadora.

Após elaborar o roteiro para a entrevista, a pesquisadora procedeu um teste piloto. O objetivo foi verificar sua pertinência, adequação e compreensão das perguntas em relação ao objetivo do estudo. A análise da mesma apontou para a necessidade de melhor organizar o roteiro, bem como alertou a pesquisadora para a forma de condução da entrevista, possibilitando maior expressão de idéias por parte dos entrevistados.

#### **4.4 Instrumentos de coleta de dados**

**a) Para o grupo de mulheres:** O instrumento de coleta de dados foi elaborado em quatro blocos de perguntas: bloco 1: identificação de variáveis sócio-demográficas; bloco 2: informações sobre conhecimento e práticas sobre o câncer de mama; bloco 3: informações sobre conhecimento e práticas sobre os métodos para detecção precoce do câncer de mama; e bloco 4: informações sobre a utilização dos serviços de saúde relacionada ao câncer de mama.

Visando alcançar os objetivos foram investigadas as seguintes variáveis:

##### **4.4.1 Variáveis sócio-demográficas**

- Idade: expressa em anos completos na data da entrevista;
- Situação conjugal: expressa em: casada, solteira, viúva, amasiada e separada, sendo que para análise estatística da associação entre esta variável e a prática dos métodos de detecção precoce do CM, as mulheres foram agrupadas em: com companheiro (casada e amasiada) e sem companheiro (solteira viúva e separada);
- Escolaridade: considerada a última série escolar completada na data da entrevista, expressa anos de estudo concluídos: 1 a 4 anos; 5 a 8 anos; 9 a 11 anos e 12 anos ou mais, sendo que para análise estatística da associação entre esta variável e a prática dos métodos de detecção precoce do CM, a escolaridade das

mulheres foi agrupada em: sem estudo; 1 a 4 anos de estudo; e 5 ou mais anos de estudo.

- Cor da pele auto-referida classificada em: branca; preta/negra; parda; amarela; vermelha; e outras. Sendo que para análise estatística da associação entre esta variável e a prática dos métodos de detecção precoce do CM, a cor da pele das mulheres foi agrupada em: branca e parda ou negra;

- Trabalho: atividade remunerada exercida fora de casa na data da entrevista;

- Casa própria: ser um dos moradores da casa proprietário da residência, sendo a família isenta de gastos com aluguel na data da entrevista;

- Antecedente familiar para câncer de mama: presença de parentes do sexo feminino que tiveram câncer de mama; quantidade de parentes e grau de parentesco.

#### 4.4.2 Conhecimento e práticas sobre o câncer de mama

- Conhecimento: questões: 11, 12,13, 15,16 e 17;

- Prática: questão: 14.

#### 4.4.3 Conhecimento e práticas sobre os métodos para a detecção precoce do câncer de mama

##### - **Auto-exame das mamas**

- Conhecimento: questões: 18 e 19;

- Prática: questões: 21, 21,22 e 23;

##### - **Exame clínico da mama**

- Conhecimento: questão: 26;

- Prática: questões: 24 e 25;

##### - **Mamografia**

- Conhecimento: questão 29;

- Prática: questões: 27 e 28;

#### 4.4.4 Utilização dos serviços de saúde relacionada ao câncer de mama

- Questões: 30, 31,32,33, 34 e 35, sendo que na questão 35 foram dadas opções de respostas à entrevistada que deveria responder sim ou não;

**b) Profissionais:** O instrumento constou de um roteiro previamente elaborado que abordava seis assuntos e dentro destes, outros desdobramentos. Os temas estruturantes da entrevista foram: o câncer de mama em Dourados; conhecimento e prática dos métodos de detecção precoce do CM; ações educativas em relação ao CM; capacitação para a atenção ao CM;

#### 4.5 Procedimentos para análise dos dados

**a) A análise dos dados referentes às mulheres** foi realizada por meio de estatística descritiva e as diferenças entre as variáveis estudadas foram avaliadas pelo teste de qui-quadrado ( $\chi^2$ ) e, quando necessário, pelo teste exato de Fisher, considerando-se estatisticamente significativas aquelas com p-valor menor que 0,05. Utilizou-se o software Epi-Info versão 3.4.3.

**b) Para análise dos dados coletados dos profissionais** da saúde, as entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra e realizadas leituras exaustivas, repetidas e atentas das informações obtidas., partindo-se para a análise dos conteúdos.

Utilizou-se a abordagem qualitativa por meio do método de análise de conteúdo preconizado por Bardin (1977). Para isso, após organização dos dados, procedeu-se a leitura exaustiva das falas, das quais foram extraídos os núcleos temáticos, definindo-se duas categorias de análise, denominadas de: 1- Prática profissional e 2- Relação entre o profissional e a usuária;

Segundo Bardin (1977), a análise de conteúdo trata-se de:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (p.42).

#### **4.6 Aspectos éticos da pesquisa**

Todos os sujeitos incluídos nesta pesquisa receberam esclarecimentos sobre os objetivos e metodologia da pesquisa, sendo que mediante o aceite para a participação como voluntário, após leitura cuidadosa, solicitou-se a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido por parte das mulheres caastradas (Apêndice C) e dos profissionais da saúde atuantes na ESF (Apêndice D) atendendo-se a Resolução CNS 196/96.

O projeto de pesquisa referente a este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul sob o protocolo nº 1.125 (Anexo A).

#### **4.7 Conceitos utilizados**

Para realização deste estudo utilizou-se os seguintes conceitos:

- Conhecimento: Significa a capacidade de recordar fatos específicos ou a habilidade para aplicar fatos específicos para a resolução de problemas ou, ainda, emitir conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado evento, conforme informações oferecidas previamente (GREEN, 1980; DIGNAN, 1986 citados por MARINHO, 2001).

- Prática: É a tomada de decisão para executar a ação. Relaciona-se aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo (GREEN,1980; DIGNAN, 1986 citados por MARINHO, 2001).

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Caracterização das populações estudadas

Foram estudadas duas categorias de sujeitos, a primeira amostra refere-se aos profissionais de saúde capacitados para atuar no controle do CM na ESF e foi composta por oito profissionais, sendo 6 (75%) do sexo feminino e 2 (25%) do sexo masculino. Entre os profissionais entrevistados, 3 (37,5%) são médicos e 5(62,5%) são enfermeiros que atuam também como coordenadores de equipe na ESF. O tempo de atuação de todos os profissionais na ESF foi superior a cinco anos.

Por tratar-se de uma amostra de profissionais extraída de um universo bastante pequeno, optou-se por não caracterizar cada um dos profissionais em relação à profissão, sexo, idade, especialidade, tempo de formado e de atuação na ESF, buscando-se garantir que os mesmos não sejam identificados.

Para fins de identificação os profissionais foram nomeados da seguinte forma:

**1. Renoir; 2. Picasso; 3. Gauguin; 4. Modigliani; 5. Degas; 6. Raphael; 7. Botticelli; e 8. Dali .**

Entre as mulheres que se referem à segunda categoria de sujeitos estudados, a amostra foi composta por 393 mulheres, que apresentaram tempo médio de residência na cidade de Dourados de  $26,4 \pm 14$  anos (média  $\pm$  desvio padrão da média).

As mulheres entrevistadas apresentaram idade variando entre 40 a 69 anos, sendo a idade média de  $52,4 \pm 8,1$  anos, de forma que 77,2% das mulheres entrevistadas apresentavam entre 40 e 59 anos de idade. A maioria relatou possuir estudo formal (87,3%), sendo que o tempo médio de estudo foi de  $4,4 \pm 3,6$  anos e tendo 48,6% das mulheres de 1 a 4 anos de estudo.

Em relação a outras variáveis sócio-demográficas, 47,3% das mulheres são da cor branca, 58,5% são casadas, 73,3% não exercem atividade profissional fora de sua residência, 86% possuem casa própria e 86,5% não apresentam história familiar de câncer de mama (Tabela 5.1).

Tabela 5.1 - Características sócio-demográficas das mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, Dourados - 2008

Informações sócio-demográficas (n=393)	Frequência	
	Relativa	Absoluta
<b>Idade</b>		
40- 49	40,7%	160
50-59	36,6%	144
60-69	22,3%	89
<b>Ensino formal</b>		
Sim	87,3%	343
Não	12,7%	50
<b>Anos de estudo</b>		
Não estudou	12,7%	50
1-4	48,6%	191
5-8	24,9%	98
9-11	10,7%	42
12 ou mais	3,1%	12
<b>Cor da pele</b>		
Branca	47,3%	186
Parda	35,4%	139
Negra	17,0%	67
Amarela	0,3%	1
<b>Situação conjugal</b>		
Casada	58,5%	230
Viúva	18,6%	73
Separada	9,7%	38
Amasiada	8,1%	32
Solteira	5,1%	20
<b>Trabalha fora de casa</b>		
Sim	26,7%	105
Não	73,3%	288
<b>Possui casa própria</b>		
Sim	86,0%	338
Não	14,0%	55
<b>História familiar de câncer de mama</b>		
Sim	13,5%	53
Não	86,5%	340

O conhecimento das características sócio-demográficas das mulheres estudadas torna-se relevante na medida em que estas informações podem subsidiar a compreensão de fatores relacionados à maior participação das mesmas nas ações propostas para a detecção precoce do CM, já que em estudos prévios observou-se a influência de algumas características das mulheres na utilização dos serviços de saúde (WEINMANN et al., 2005; MARCHI; GURGEL; FONSECHI-CARVASAN, 2006; DIAS-DA-COSTA et al., 2007).

## **5.2 Conhecimento e prática das mulheres sobre o câncer de mama**

Ao longo dos últimos anos, investigações enfatizaram a necessidade do desenvolvimento de estratégias para a detecção precoce do CM (FUNKE et al., 2005). O diagnóstico realizado em estádios iniciais aumenta consideravelmente as taxas de sobrevivência e, proporciona maior qualidade de vida às mulheres que desenvolveram a doença (ANGUS et al., 2007).

Entre os aspectos que influenciam a detecção precoce do CM, especial enfoque vem sendo dado aos que se referem às mulheres. Assim, o desenvolvimento de estudos sobre o conhecimento e prática de diferentes grupos populacionais em relação ao CM, pode oferecer informações úteis para a identificação de fatores que possam interferir na adesão às ações propostas pelos serviços de saúde e, na adoção de práticas preventivas, além de direcionar o planejamento de ações efetivas para o controle da doença.

O conhecimento e a consciência das mulheres a respeito do CM têm merecido atenção de vários pesquisadores. Parece estar estabelecida a relação entre o nível de conhecimento das mulheres e o atraso no diagnóstico do CM e também na aderência às práticas de rastreamento (SEAH; TAN, 2007). Assim, o conhecimento acerca dos fatores de risco e dos métodos de detecção precoce, constitui-se como importante fator para o controle do CM (FERNANDES et al., 2007).

No presente estudo, 86,5% das mulheres relataram ter recebido algum tipo de informação sobre o CM nos últimos três anos (Tabela 5.2), entretanto não foi investigado o teor das informações e nem foi objetivo deste estudo identificar a adequação do conhecimento das mulheres entrevistadas. O percentual de mulheres que relatou ter algum tipo de conhecimento sobre o CM foi alto e compatível com

outro estudo conduzido no Brasil, no qual os autores observaram que das 500 mulheres entrevistadas, 83% possuíam nível de conhecimento de mediano a bom sobre o CM (GODINHO; KOCH, 2005).

Um dos grandes problemas atualmente enfrentado em nossa sociedade refere-se à aplicação prática nos sistemas de saúde dos conhecimentos gerados a partir de pesquisas científicas. Observa-se que existe uma grande distância entre os avanços da medicina e o conhecimento e a aplicação destes para o público. Um dos fatores que contribuem para essa disparidade diz respeito ao despreparo dos profissionais para a comunicação efetiva de seus conhecimentos sobre a promoção da saúde e prevenção de agravos (ELMORE et al., 2005; BERTOL, 2008).

Destarte, a comunicação sobre o CM, apresenta-se como um instrumento fundamental para a conscientização da população feminina acerca da doença e de seus fatores associados. Informações estas, que podem ser disseminadas de maneiras distintas, entre elas, as orientações oferecidas pelos profissionais da saúde e os meios de comunicação em massa (FERNANDES et al., 2007).

Entre a população estudada, 58% das mulheres relataram que a informação sobre o CM foi prestada por um profissional vinculado à equipe de SF (Tabela 5.2), podendo a atividade de educação em saúde ter ocorrido tanto na UBSF, como na residência da mulher durante visitas domiciliares. A metodologia utilizada para a transmissão da informação não foi investigada no presente estudo.

Observa-se que a equipe de SF possui papel relevante na disseminação de informações sobre o CM na população estudada, diferentemente dos achados do estudo de Godinho e Koch (2005), no qual apenas 15,8% das mulheres relataram como fonte de informações sobre o CM um profissional da saúde, no caso o médico, sendo que a principal fonte de informação relatada foi a mídia, por 67,8% das mulheres, número muito superior ao encontrado na população de Dourados, na qual 28,8% das mulheres atribuíram seu conhecimento a algum meio de comunicação em massa como televisão, rádio, jornais, revistas e outros (Tabela 5.2).

Embora a mídia tenha um importante papel na disseminação de informações sobre a saúde principalmente devido ao seu amplo poder de alcance, há de se considerar que a transmissão da informação não garante sua adequada assimilação, sendo indispensável que os profissionais da saúde assumam a responsabilidade de prover a população com informações que gerem conhecimentos adequados para

práticas promotoras e preventivas efetivas, não só no que se refere ao CM, mas à saúde de modo integral.

Tabela 5.2 - Conhecimento sobre o câncer de mama pelas mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, Dourados - 2008

Informações sobre conhecimento	Frequência	
	Relativa	Absoluta
<b>Conhecimento sobre o CM (n=393)</b>		
Sim	86,5%	340
Não	13,5%	53
<b>Fonte de informações sobre o CM (n=340)</b>		
Unidade Básica de Saúde da Família	58,0%	197
Mídia	28,8%	98
Outros meios	10,6%	36
Não responderam	2,6%	9
<b>Conhecimento sobre o AEM (n=393)</b>		
Sim	94,4%	371
Não	5,6%	22
<b>Conhecimento sobre fatores de risco para CM (n=393)</b>		
Sim	54,2%	213
Não	45,8%	180
<b>Considera que a mulher que realiza AEM deva fazer o ECM (n=393)</b>		
Sim	85,5%	336
Não	12,2%	48
Não sabe	2,3%	9
<b>Considera que a mulher que realiza AEM deva fazer a mamografia (n=393)</b>		
Sim	85,8%	337
Não	10,7%	42
Não sabe	3,6%	14
<b>Considera que a mulher que realiza o ECM deva fazer a mamografia (n=393)</b>		
Sim	78,6%	309
Não	13,2%	52
Não sabe	8,1%	32

Analisando alguns estudos sobre o tema, McCreedy, Littlewood e Jenkinson (2005) relatam que mulheres que são orientadas por um profissional da saúde, são

mais conscientes sobre o cuidado das mamas, e demonstram maior conhecimento e confiança para práticas preventivas do que mulheres que recebem a informação de outras fontes.

Embora o CM não apresente uma etiologia totalmente esclarecida (AGUILLAR; BAUAB, 2003), muito tem sido discutido sobre a existência de fatores associados a um maior risco de desenvolvimento da doença (PINHO; COUTINHO, 2007; AMORIM et al., 2008). Sendo que sua identificação pode auxiliar tanto na organização das ações para a detecção precoce do CM, bem como na adoção de estratégias de educação em saúde que apóiem a mudança de estilos de vida (PINHO; COUTINHO, 2007; AFONSO, 2009).

Os fatores de risco para o CM foram aqui investigados com intuito de se identificar em que medida os mesmos são conhecidos pela população de mulheres estudadas e ainda, se este conhecimento influencia a adoção de comportamentos preventivos. Observando-se os dados demonstrados na Tabela 5.2 e comparando-se o percentual de mulheres que relataram ter recebido alguma informação sobre o CM, e o de mulheres que relataram conhecer pelo menos um dos fatores de risco para a doença, evidencia-se que os fatores de risco não estão sendo abordados de maneira efetiva.

Para maior elucidação, realizou-se uma análise sobre o percentual de mulheres que conhecem ao menos um fator de risco e a quantidade de fatores citados pelas entrevistadas (Tabela 5.3).

Tabela 5.3 - Quantidade de fatores de risco para CM conhecidos pelas mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, Dourados - 2008

Quantidade de fatores de risco para o CM relatados (n=393)	Frequência	
	Relativa	Absoluta
Nenhum fator	45,8%	180
1 fator	28,5%	112
2 fatores	15,3%	60
3 fatores	7,6%	30
4 fatores	2,8%	11

Observa-se que uma expressiva quantidade de mulheres não conhece nenhum fator de risco para a doença, e entre as que possuem este conhecimento, 28,5% relataram conhecer somente um dos fatores de risco e apenas 2,8% conhecem quatro fatores de risco, sendo este o número máximo de fatores citados pelas entrevistadas (Tabela 5.3).

Os diferentes fatores de risco foram citados 366 vezes, e em 52,2% das vezes, eram adotadas medidas preventivas para os mesmos (Tabela 5.4).

A identificação de estratégias eficazes para prevenir o CM representa ainda um grande desafio (VERONESI et al., 2005), isto se deve ao fato de que a etiologia do CM caracteriza-se pela interação de múltiplos fatores, não sendo possível o cálculo da medida da contribuição de cada um desses fatores para o desenvolvimento do CM (PAIVA et al., 2002).

Entre os fatores de risco estabelecidos, alguns não são passíveis ou favoráveis à modificação, entre eles a idade, os fatores genéticos e as idades da menarca e da menopausa. Entretanto, existe outro grupo de fatores de risco relacionados ao comportamento e ao estilo de vida, passíveis de modificação, buscando-se reduzir o risco de desenvolvimento do CM (KEY; VERKASALO; BANKS, 2001).

Segundo esta classificação, a maioria dos fatores identificados pelas mulheres no presente estudo como possíveis causadores do CM são do tipo modificáveis e relacionam-se ao estilo de vida (Tabela 5.4).

Entre os fatores de risco citados espontaneamente pelas mulheres entrevistadas, 16,0% associaram a amamentação ao maior risco de desenvolver a doença, sendo citadas respostas diversas, como por exemplo, a não-amamentação e a amamentação por curto período.

A não amamentação foi o mais freqüente entre os fatores de risco conhecidos. Este fator é bastante relatado na literatura, juntamente a outros fatores reprodutivos não citados pelas mulheres incluídas neste estudo, como a menarca precoce, a menopausa tardia, a paridade, a idade da primeira gestação a termo e o uso de hormônios (MOLINA, 2006).

Tabela 5.4- Fatores de risco para o câncer de mama conhecidos e hábitos preventivos adotados pelas cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, Dourados - 2008

Fatores de risco	Frequência relativa (absoluta)	
	Fatores de risco relatados	Hábitos preventivos adotados
Amamentação	16,0% (n=63)	33,3% (n=21)
Tabagismo	15,3% (n=60)	78,3% (n=47)
Não realizar consultas e exames de rotina	11,5% (n=45)	71,1% (n=32)
Alimentação inadequada	10,4% (n=41)	70,7% (n=29)
História familiar	7,6% (n=30)	0,0% (n=0)
Bebidas alcoólicas	6,4% (n=25)	88,0% (n=22)
Auto-cuidado insuficiente	5,1% (n=20)	25,0% (n=5)
Terapia hormonal	4,3% (n=17)	29,4% (n=5)
Traumas na mama	4,1% (n=16)	93,8% (n=15)
Estresse	3,8% (n=15)	40,0% (n=6)
Outros	8,7% (n=34)	26,5% (n=9)
<b>Total de fatores de risco relatados</b>	<b>100,0% (n=366)</b>	<b>52,2% (n=191)</b>

A relação entre a amamentação e o risco de CM é controversa (MUSRE, 2007), entretanto um importante estudo com dados de 47 investigações epidemiológicas de 30 países demonstrou que o risco de desenvolvimento de CM diminui com o aumento da duração da amamentação, sendo esta redução de 4,5% para cada ano de manutenção da amamentação (COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER, 2002).

Segundo alguns autores, a amamentação por longos períodos, oferece um efeito protetor à mulher, devido à indução da diferenciação do epitélio mamário que se torna menos suscetível aos efeitos carcinogênicos e também pela ausência de ciclos ovulatórios (BERAL, 2002).

Outros fatores bastante citados foram o tabagismo (15,3%), a não realização de consultas e exames (11,5%) e o tipo de alimentação (10,4%). Foram citados ainda, outros fatores em menor frequência, conforme demonstrado na Tabela 5.4.

Embora existam indícios de que alguns componentes do cigarro estão envolvidos na carcinogênese do CM (MOLINA, 2006), a literatura não é consensual no que diz respeito à contribuição do fumo no desenvolvimento do CM.

As mulheres estudadas consideraram que a não realização de consultas e exames constituiu-se um fator de risco para o CM. Esta informação sugere a relevância e a credibilidade conferidas ao cuidado oferecido pelos serviços de saúde, além de sugerir a existência de um entendimento sobre a importância da adesão às ações desenvolvidas. No caso do CM, o sucesso de um programa de detecção precoce é diretamente dependente entre outras coisas, da participação das usuárias, já que as mesmas devem comparecer às consultas, realizar os exames solicitados, participar das atividades educativas e colocar os conhecimentos adquiridos em prática.

A alimentação inadequada, também foi aqui citada pelas mulheres, e vem sendo considerada como um fator que influencia o desenvolvimento não só do CM, mas também de outras doenças crônico-degenerativas (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2008).

A relação entre a alimentação e o CM, se dá tanto pelo tipo da dieta, sendo consideradas nocivas as ricas em gorduras saturadas e pobres em fibras, como também pela obesidade no período pós-menopausa (MOLINA, 2006; MUSRE, 2007).

Alguns pesquisadores não encontraram evidências de que consumos mais baixos de tipos específicos de gorduras reduzam o risco do CM, e mesmo que as pesquisas atuais não possibilitem a publicação de um guia que indique com segurança uma dieta para a redução do risco de CM, a American Cancer Society recomenda a adoção de um estilo de vida que possibilite a manutenção de um peso saudável e o consumo limitado de alimentos ricos em gorduras, especialmente as gorduras de origem animal (VOGEL, 2000).

Existem outros fatores relatados na literatura como sendo fortemente associados a um maior risco de desenvolvimento do CM, como por exemplo, a idade e a história familiar, todavia, a idade não foi aqui sequer citada e a história familiar foi relatada por um número pequeno de mulheres (Tabela 5.4). Uma observação que

chama a atenção é o fato de que poucas mulheres consideram a história familiar de CM como um fator de risco para a doença, e entre as que o relataram não houve o reconhecimento da possibilidade de hábitos preventivos, como por exemplo, a realização de exames periódicos da mama (citados separadamente), entretanto em análise apresentada mais adiante, a história familiar esteve relacionada com maior frequência do AEM e da mamografia (Tabelas 5.7 e 5.11 respectivamente).

A despeito de não existirem evidências contundentes da contribuição dos fatores de risco no desenvolvimento do CM, é incontestável que mudanças no estilo de vida possam acarretar benefícios importantes à saúde individual e coletiva da população.

Segundo Buck (1986), “Um estilo de vida saudável pode ser incorporado somente quando se tem o conhecimento, a oportunidade, e a vontade para isso”. Nesta lógica, ressalta-se o importante papel que os profissionais e os serviços de saúde desempenham para que informações sobre os fatores de risco para o CM sejam disseminadas, bem como a necessidade da incorporação de um estilo de vida saudável, minimizando assim os riscos de desenvolvimento desta e de outros tipos de agravos crônicos não-transmissíveis (VOGEL, 2000).

Cabe aos serviços de saúde também, criar oportunidades para que as mulheres aprendam e apreendam sobre o CM, não só no que diz respeito aos fatores de risco, mas também no que se refere aos seus sinais e sintomas e a importância da aderência aos métodos de detecção precoce.

As mulheres incluídas neste estudo, de maneira geral apresentaram pouco conhecimento sobre os fatores capazes de aumentar as chances de desenvolvimento do CM. Esta observação baseia-se no fato de que as que relataram não conhecer nenhum e as que conhecem apenas um fator de risco para o CM totalizaram 75,3% (Tabela 5.3).

Ainda mais preocupante é a constatação de que o conhecimento sobre hábitos prejudiciais não é suficiente para desencadear a mudança de comportamento (Tabela 5.4). Isso reforça a afirmação já citada anteriormente de que a adoção de um estilo de vida favorável depende não somente do conhecimento, mas também da vontade da própria mulher (BUCK, 1986).

A informação é preponderante para o sucesso das ações de detecção precoce do CM. Dessa forma, torna-se prioridade a identificação de barreiras na comunicação entre profissionais da saúde e usuárias. Necessário ainda, é que

principalmente os profissionais atuantes na ESF, lancem mão de metodologias de educação que propiciem a compreensão e sensibilização da mulher para o autocuidado e para o desenvolvimento de uma atitude responsável com a sua saúde (BORGHESAN et al., 2003).

No que tange as mulheres é fundamental ainda, o reconhecimento de seu papel como multiplicadora de informações que possam desencadear comportamentos saudáveis em outras mulheres de sua comunidade. A educação em saúde não é tarefa fácil, principalmente se considerarmos que as mulheres assintomáticas por não se sentirem doentes, muitas vezes ignoram os riscos aos quais estão expostas.

Neste contexto, atividades educativas para a população e para os profissionais são necessárias, especialmente para aqueles que trabalham na ESF, já que os mesmos têm mais acesso à população assintomática (FOGAÇA; GARROTE, 2004).

As mulheres incluídas neste estudo são cadastradas na ESF e todos os profissionais que atuam no cuidado destas mulheres receberam capacitação, por meio do Projeto Toque de Vida para potencializar a detecção precoce do CM, incluindo-se as ações de educação em saúde. Contudo, em relação aos fatores de risco, essas ações precisam ser revistas a fim de promover um maior nível de conhecimento sobre a importância de sua redução.

Segundo Vogel (2000), os riscos devem ser reduzidos ao longo da vida da mulher. Os profissionais que atuam na atenção primária devem estar aptos a avaliar e quantificar os riscos individuais aos quais as mulheres estão expostas, sendo que os resultados desta avaliação devem ser claramente informados às mulheres, a fim de que este conhecimento seja propulsor de transformações no estilo de vida. No que é atinente aos profissionais, a avaliação do risco pode auxiliar no planejamento de uma ação vigilante por parte do serviço de acordo com a necessidade individual de cada mulher.

### **5.3 Conhecimento e prática das mulheres sobre o auto-exame das mamas**

Há 50 anos, o diagnóstico precoce do CM já era tido como a grande oportunidade de cura da doença. Haangensen (1958) citado por Ku (2001) relatava que em 98% dos casos, os tumores eram detectados pelas próprias mulheres o que

naquela época colocava o AEM como um método promissor para a detecção precoce do CM.

De lá para cá, ocorreram muitos avanços nos meios diagnósticos do CM, além de mudanças nas recomendações para sua detecção precoce. Em 1997, a American Cancer Society recomendou que o AEM fosse realizado mensalmente por todas as mulheres a partir dos 20 anos de idade, em 2003 as diretrizes do mesmo organismo, trouxeram novas recomendações, nas quais as mulheres deveriam ser esclarecidas sobre os benefícios e limites do AEM, sendo sua prática mensal opcional, o exame poderia ser realizado ainda ocasionalmente, sendo mantida apenas a recomendação da idade na qual o AEM deveria ser iniciado (CHAMPION, 2003).

Não há dúvidas de que o AEM é um assunto bastante controverso. Inúmeros foram os estudos desenvolvidos nas últimas décadas buscando-se conhecer melhor o papel do AEM na detecção precoce do CM (RIM; CHELLMAN-JEFFERS; FANNING, 2008). Por ser um método que depende única e exclusivamente da mulher, a identificação do conhecimento e da prática do AEM em diferentes populações motiva muitos pesquisadores, sendo que algumas das investigações já conduzidas na população brasileira estão apresentadas na Tabela 5.5.

No que se refere ao conhecimento das mulheres estudadas sobre o AEM, 94,4% relataram conhecer o método (tabela 5.2), dados compatíveis com estudos prévios também na população brasileira, nos quais seus autores encontraram freqüências de conhecimento sobre o AEM que variaram entre 75% e 100% (MOLINA et al., 2003; MONTEIRO et al., 2003; DAVIM et al., 2003; MARINHO et al., 2003; BORGHESAN et al., 2003; MULLER et al., 2005; FREITAS JÚNIOR et al., 2006; CARELLI et al., 2008).

Em um raciocínio lógico, o conhecimento antecede à prática, nesse sentido, a forma como conhecimento é gerado e a importância dada ao AEM pelos profissionais durante as ações educativas interferem sobremaneira, na motivação da mulher para praticá-lo ou não.

No presente estudo 79,4% das mulheres relataram realizar o AEM independentemente da freqüência, e 82,4% relataram que após terem recebido orientações sobre o AEM, passaram a realizá-lo (Tabela 5.6), o que indica que de uma maneira geral, as mulheres estejam recebendo informações e sendo estimuladas à realizarem o AEM, ratificando a importância das práticas educativas

oferecidas às mulheres, especialmente pelos profissionais da saúde que atuam na atenção básica, neste caso na ESF.

Os profissionais de saúde que atuam diretamente com as mulheres devem ser capacitados e estimulados a desenvolverem uma postura crítica e reflexiva sobre o papel do AEM como método de detecção precoce. Isto é necessário para que em sua prática profissional, atividades como a orientação, o ensino e o acompanhamento da realização do AEM sejam procedidas de forma coerente com as necessidades da população adscrita.

Tabela 5.5- Estudos brasileiros sobre o conhecimento e prática do AEM

Referência	População estudada/Amostra	Variáveis	Conclusão*
Davim et al. (2003)	Mulheres referenciadas a um ambulatório de especialidade N=109	Conhecimento e prática	↑ Prática ↓ Conhecimento
Marinho et al. (2003)	Mulheres usuárias de 13 centros de saúde públicos N=633	Conhecimento e Prática	↑ Conhecimento ↑ Prática ↑ Prática incorreta
Monteiro et al. (2003)	Mulheres brasileiras atendidas em um Centro de Saúde N= 505	Conhecimento e prática	↑ Conhecimento ↓ Prática
Molina, Dalben e Luca (2003)	Mulheres com idade de 30 anos ou mais N=261	Conhecimento e Prática	↑ Conhecimento ↑ Prática ↑ Prática incorreta
Godinho e Koch (2005)	Mulheres > 20 anos N= 531	Conhecimento e Prática	↑ Conhecimento ↓ Prática
Müller et al. (2005)	Mulheres de uma comunidade universitária N=215	Conhecimento e prática	↑ Conhecimento ↓ Prática
Ferreira e Oliveira (2006)	Funcionárias de indústrias Têxteis N=81	Prática	↑ Prática
Freitas Júnior et al. (2006)	Mulheres usuárias do Programa de Mastologia de um Hospital Universitário N= 2073	Conhecimento e prática	↑ Conhecimento ↓ Prática
Carelli et al. (2007)	Grupo 1: usuárias do SUS N=101 Grupo 2: médicas N=95 Grupo 3: estudantes de medicina sexo feminino N= 95 Grupo 4: esposas de médicos Ginecologistas N=95	Conhecimento e prática	↑ Conhecimento, sendo menor no grupo 1; ↑ Prática, sendo menor no grupo 1; ↑ Prática incorreta do AEM em todos os grupos;

↑ = alta; ↓ = baixa

O AEM a exemplo de outros métodos de detecção precoce acumula benefícios e limitações para sua utilização. Os estudos disponíveis na literatura científica apontam duas principais condições limitantes que justificam a não recomendação da prática do AEM. Estas condições incluem a falta de evidências de que o AEM é capaz de reduzir as taxas de mortalidade por CM (AUSTOKER, 2003) e o grande percentual de resultados falso-positivos que resultam em uma alta e desnecessária quantidade de biópsias negativas da mama (ELMORE et al., 2005; LAM et al., 2008).

Tabela 5.6- Prática do auto-exame das mamas entre mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, Dourados - 2008

Informações sobre a prática	Frequência	
	Relativa	Absoluta
<b>Realiza o AEM (independentemente da frequência) (n=393)</b>		
Sim	79,4%	312
Não	20,6%	81
<b>Mudou a prática após receber orientação sobre o AEM (n=335)</b>		
Sim	82,4%	276
Não	17,6%	59
<b>Realiza o AEM no período recomendado (312)</b>		
Sim	17,9%	56
Não	82,1%	256
<b>Motivo pelo qual não realiza o AEM (n=59)</b>		
Esquecimento	45,8%	27
Medo de encontrar um tumor	15,3%	9
Não acredita no exame	8,5%	5
Não quer fazer o exame	5,1%	3
Não sabe fazer o exame	6,8%	4
Não precisa fazer exame	8,5%	5
Não tem tempo	3,4%	2
Preguiça	6,8%	4

Contrariamente aos estudos que não estimulam a prática do AEM, alguns autores apontam os benefícios do método. Aspectos como baixo custo, fácil execução, estímulo ao auto-cuidado e maior consciência sobre o próprio corpo e sobre o CM são argumentos comuns entre os defensores do AEM (MARINHO et al., 2002; MONTEIRO et al., 2003; FUNKE et al., 2008).

Certamente, o principal motivo pelo qual o AEM deva ser encorajado na população brasileira, reside na inexistência de um programa de rastreamento mamográfico acessível a todas as mulheres (MARINHO et al., 2002; MONTEIRO et al, 2003). A oferta dos serviços de saúde também não é suficiente, o que acarreta desigualdades nas oportunidades de diagnóstico precoce de doenças como o CM (MOLINA; DALBEN; LUCA, 2003), este cenário faz com que métodos como o AEM, que independem da existência de profissionais, serviços e equipamentos tornem-se relevantes (MARINHO et al., 2002; MONTEIRO et al, 2003).

Para que o AEM ganhe maior acurácia, a mulher deve praticá-lo mensalmente e de forma correta. Por si só, a auto-palpação confere à mulher maior conhecimento do seu próprio corpo. Nota-se que mulheres que realizam o AEM com maior frequência e de forma correta, são capazes de reconhecer mais facilmente pequenas modificações nas mamas de um mês para o outro, em relação àquelas que não o realizam corretamente (HEYMAN et al., 1991; SMITH et al., 2006).

No presente estudo, apenas 17,9% das mulheres realizam o AEM na frequência e período domes recomendado, dados compatíveis com os encontrados no trabalho de Marinho et al. (2003), no qual 16,7% das mulheres realizavam o AEM corretamente.

As recomendações em relação à frequência e ao período do mês apropriado para a realização do AEM indicam que o mesmo deva ser realizado entre o 7º e 10º dia do ciclo menstrual, quando as mamas se apresentam mais flácidas e indolores. Para aquelas que não menstruam deve-se escolher um dia no mês para a realização do AEM, obedecendo-se o intervalo de 30 dias (BRASIL, 2000).

Aumentando a lista das controvérsias em relação ao AEM, não há um consenso sobre o que constitui sua prática adequada ou com qual frequência ele deva ser realizado, ainda que autoridades no assunto sugiram que a realização mensal seja apropriada, não existem evidências sobre as vantagens desta periodicidade baseada no ciclo menstrual, principalmente porque a maioria das mulheres que desenvolvem o CM já se encontra na menopausa (AUSTOKER, 2003).

O AEM não deve ser realizado como método de detecção isolado para o CM, assim sendo as mulheres devem ser munidas de orientações confiáveis sobre a prática correta do AEM, mas principalmente devem ser alertadas de que sua prática não substitui a necessidade da realização do ECM e da mamografia.

Neste sentido, alguns estudos relatam que a realização do AEM permite que a mulher participe ativamente do controle de sua saúde. Sem contar que muitas mulheres procuram o serviço de saúde para a realização do ECM após notar alterações durante o AEM, demonstrando que a prática ganha importância na medida em que desenvolve nas mulheres maior consciência, aumentando sua aderência às ações de rastreamento e detecção precoce do CM (LAM et al., 2008).

As mulheres incluídas neste estudo não consideram o AEM um método suficiente e passível de ser realizado isoladamente, já que na opinião da maioria delas o ECM e a mamografia devam ser realizados mesmo por mulheres que realizam o AEM mensalmente (Tabela 5.2).

Esta consciência é muito importante, mas neste caso maiores informações seriam necessárias para subsidiar o entendimento sobre o significado desta percepção por parte das mulheres, já que pode tratar-se da existência de um entendimento real sobre o papel dos métodos de detecção para o CM, ou refletir a idéia de que apenas o profissional e o mamógrafo são capazes de detectar um tumor mamário precocemente, o que poderia influenciar negativamente em sua credibilidade e sua decisão de realizar o AEM.

Considerando-se que em países em desenvolvimento, como o Brasil, o acesso aos métodos de detecção precoce do CM de maior complexidade é limitado, descobrir possíveis barreiras para a prática do AEM ganha relevância, por isso investigou-se a influência de algumas variáveis sócio-demográficas na prática do AEM (Tabela 5.7).

Entre as mulheres incluídas neste estudo, a existência de história familiar de CM esteve significativamente associada à maior prática do AEM ( $p=0,002$ ; Tabela 5.4), dados compatíveis com os encontrados no estudo de Freitas Júnior et al. (1999), mas diferentemente dos achados de um estudo realizado recentemente por Funk et al. (2008), no qual os autores não evidenciaram esta relação. Já está bem estabelecido que a história familiar de CM coloca a mulher em um grupo de risco aumentado para desenvolvimento da doença (GUI et al., 2001), assim, é de se esperar que mulheres com parentes que desenvolveram CM, apresentem maior preocupação e sejam mais vigilantes em relação à saúde de suas mamas, mas para isso elas precisam ser orientadas quanto a esta situação de risco.

Observou-se ainda que 7,6% das mulheres citaram a história familiar como um fator de risco para o CM (Tabela 5.4), e embora não seja um fator com

possibilidade de modificação, é primordial que as mulheres recebam informações sobre os riscos aos quais estão expostas, pois a informação é uma grande aliada no desenvolvimento de uma atitude positiva e consciente das mulheres em relação à detecção precoce do CM (FUNKE et al., 2008).

Nota-se que embora o conhecimento sobre a relação entre a história familiar e maior risco de CM tenha sido baixo entre as mulheres deste estudo (Tabela 5.4), a existência de parentes com CM foi uma motivação para a prática do AEM (tabela 5.7). Vale salientar que a história familiar é um dos critérios utilizados para classificar a mulher no grupo de risco aumentado para CM segundo o INCA (BRASIL, 2006), dessa forma, a despeito de o desconhecimento da relação entre história familiar e CM não resultar em baixa frequência de prática do AEM entre as mulheres estudadas, os profissionais atuantes na ESF devem melhorar a comunicação sobre os fatores que podem favorecer o desenvolvimento da doença, pois conforme enfatizam Pohls et al. (2008), o desconhecimento dos sinais, sintomas e fatores de risco para o CM contribuem para o seu diagnóstico tardio.

Entre as variáveis que estiveram associadas a uma maior frequência da prática do AEM, observou-se que as mulheres que realizaram o exame preventivo do câncer do colo uterino (Papanicolaou) relataram maior aderência à prática do AEM (Tabela 5.7). Uma possível explicação para este achado consiste na hipótese de que as mulheres com maior acesso aos serviços de saúde possuem maiores chances de receberem informações e, serem sensibilizadas quanto à importância da aderência aos métodos para detecção precoce do CM.

Diante da associação encontrada, acredita-se que o momento da coleta do exame preventivo é bastante profícuo para que os profissionais ofereçam às mulheres orientações sobre o CM e quanto à prática correta do AEM. Não se observou associação entre maior prática do AEM e as variáveis: cor da pele, anos de estudo, situação conjugal e idade (Tabela 5.7).

Embora a maioria das mulheres estudadas tenha relatado prática frequente do AEM, ainda existe um percentual de mulheres que desconhece o método (13,5%, vide Tabela 5.2), e há ainda um grupo de mulheres que mesmo conhecendo o método não o pratica (17,6%, vide tabela 5.6). Estas mulheres devem ser identificadas, a fim de que possam ser sensibilizadas sobre a realização do AEM.

Tabela 5.7- Prática do auto-exame das mamas, segundo características das mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, Dourados - 2008

Variáveis sócio-demográficas	Realiza auto-exame		Valor de "p"
	Sim	Não	
<b>Cor da pele***</b>			
Branca	77,4% (n=144)	22,6% (n=42)	0,187*
Parda/negra	81,6% (n=168)	18,4% (n=38)	
<b>Situação conjugal</b>			
Com companheiro	82,1% (n=215)	17,9% (n=47)	0,062*
Sem Companheiro	74,8% (n=98)	25,2% (n=33)	
<b>Anos de estudo</b>			
Sem estudo	70,0% (n=35)	30,0% (n=15)	0,083**
1-4 anos	78,5% (n=150)	21,5% (n=41)	
5+ anos	84,2% (n=128)	15,8% (n=24)	
<b>História familiar de câncer de mama</b>			
Sim	94,3% (n=50)	5,7% (n=3)	0,002*
Não	77,4% (n=263)	22,6% (n=77)	
<b>Idade</b>			
<50 anos	80,6% (n=129)	19,4% (n=31)	0,394*
≥ 50 anos	79,0% (n=184)	21,0% (n=49)	
<b>Realizou Papanicolau (últimos 3 anos)</b>			
Sim	82,5% (n=274)	17,5% (n=58)	0,001*
Não	63,9% (n=39)	36,1% (n=22)	

\* Teste exato de Fischer; \*\* Teste Qui-quadrado; \*\*\* Excluída uma mulher da cor amarela

Entre as mulheres que apesar de conhecerem, não realizam o AEM, os principais motivos desta atitude foram o esquecimento (45,8%), o medo de encontrar um tumor (15,3%) e a descrença do exame (8,5%) (Tabela 5.6). A identificação dos

motivos que interferem na aderência das mulheres ao AEM torna-se relevante já que essas informações podem auxiliar no planejamento de ações que visem melhorar a participação, consciência e motivação das mulheres para o auto-cuidado.

Os fatores aqui apontados para a não realização do AEM, também foram encontrados em outros estudos (MARINHO et al., 2003; MONTEIRO et al., 2003). Pode-se afirmar que apesar de o AEM ser um procedimento centrado na própria mulher, as orientações sobre sua realização devem estar entre as atribuições dos profissionais da saúde atuantes na ESF, pois motivos como esquecimento, medo e descrença, podem ser contornados por meio de uma ação educativa bem planejada e executada de maneira continuada a fim de se acompanhar e avaliar os efeitos da mesma.

Sobre isso, Carelli et al. (2007), por exemplo, acreditam que o medo de encontrar alguma alteração possa estar relacionado a um acesso limitado às informações, ratificando a idéia de que o profissional da saúde é fundamental no estímulo ao AEM, principalmente ensinando a técnica correta e reforçando em todas as oportunidades a necessidade de sua realização de forma regular.

#### **5.4 Conhecimento e prática das mulheres sobre o exame clínico das mamas**

O ECM é uma importante estratégia para a detecção precoce do CM. Para que fosse implantado como estratégia organizada de rastreamento do na cidade de Dourados, os profissionais médicos e enfermeiros receberam ao menos duas capacitações, que contemplaram a atualização teórica e o treinamento prático para a execução do ECM.

Os profissionais treinados por meio do Projeto Toque de Vida receberam as informações preconizadas pelo Ministério da Saúde, nas quais o ECM deve ser realizado anualmente em todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade ou no caso das mulheres com maior risco para o desenvolvimento do CM, a partir dos 35 anos (BRASIL, 2004).

Ao serem questionadas a respeito do ECM, 60,6% das mulheres relataram terem tido as mamas examinadas por um profissional da saúde ao menos uma vez nos últimos três anos, sendo que apenas 35,7% receberam o ECM anualmente (Tabela 5.8), conforme preconizado na capacitação oferecida aos profissionais.

Tabela 5.8- Prática do exame clínico da mama entre as mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, Dourados - 2008

Informações sobre o exame clínico	Frequência	
	Relativa	Absoluta
<b>Realizou exame clínico nos últimos 3 anos (n=393)</b>		
Sim	60,6%	238
Não	39,4%	155
<b>Quantidade de ECM nos últimos 3 anos (n=238)</b>		
1	37,8%	90
2	26,5%	63
3	31,5%	75
4 ou mais	4,2%	10
<b>Já pediu para que fosse realizado o ECM (n=393)</b>		
Sim	20,9%	82
Não	79,1%	311

Outros estudos também encontraram baixa cobertura do ECM, como por exemplo, o estudo de Dias-da-Costa et al. (2003) no qual 52,1% das mulheres com idade entre 35 e 69 anos de idade tiveram as mamas examinadas. Em outro estudo conduzido pelo mesmo autor e colaboradores em São Leopoldo-RS, os autores encontraram frequência do ECM em 57,6% e 58,1% das mulheres de 40 a 49 anos e 50 a 60 anos de idade respectivamente (DIAS-DA-COSTA et al., 2007). Amorim et al. (2008), encontraram na população estudada na cidade de Campinas-SP, frequência de 61,8% de ECM no ano que antecedeu a entrevista do estudo. Vale ressaltar que nos três estudos citados foi utilizado como período de avaliação os doze meses que antecederam a entrevista, enquanto que neste estudo considerou-se como período de análise os três últimos anos que antecederam a entrevista.

Estudos na população americana apresentaram percentuais não muito diferentes dos estudos realizados no Brasil, variando entre 66% a 70% de mulheres

que receberam o ECM (ELMORE et al., 2005; FENTON et al., 2005). Entretanto, apesar da população americana não estar livre de disparidades no acesso aos meios de diagnóstico, o rastreamento mamográfico em massa é muito mais acessível nos EUA do que no Brasil (IGENE, 2008).

A realização do ECM depende diretamente da oferta do serviço, mas também exige a participação da mulher no sentido de comparecer e solicitar o exame aos profissionais de saúde atuantes na ESF. Ao procurar um serviço de saúde, a mulher deve, no entanto, deparar-se com profissionais capacitados e sensibilizados quanto à importância da realização do ECM de forma rotineira.

Entre as mulheres incluídas neste estudo, apenas 20,9% relataram ter pedido para que suas mamas fossem examinadas em pelo menos uma ocasião (Tabela 5.8). O conhecimento da mulher sobre o ECM é extremamente importante, já que pode desencadear um comportamento pró-ativo em relação à detecção do CM.

Nota-se que houve diferença significativa entre o percentual de mulheres que pediram para ter a mama examinada e receberam o ECM e as que não foram examinadas, demonstrando que uma atitude positiva em relação à realização do ECM pode aumentar sua frequência, mesmo quando os profissionais não o realizam espontaneamente.

A despeito da importância da participação ativa da mulher no cuidado com sua saúde, no caso do ECM, o profissional é o principal responsável por realizar o exame em todas as mulheres, em todas as oportunidades possíveis, aumentando-se as chances de se detectar um tumor mamário em estágio inicial. Percebe-se na Figura 5.1 que esta atitude ainda não está incorporada na prática dos profissionais, já que é considerável o percentual de mulheres que não teve suas mamas examinadas entre as que não solicitaram o exame.

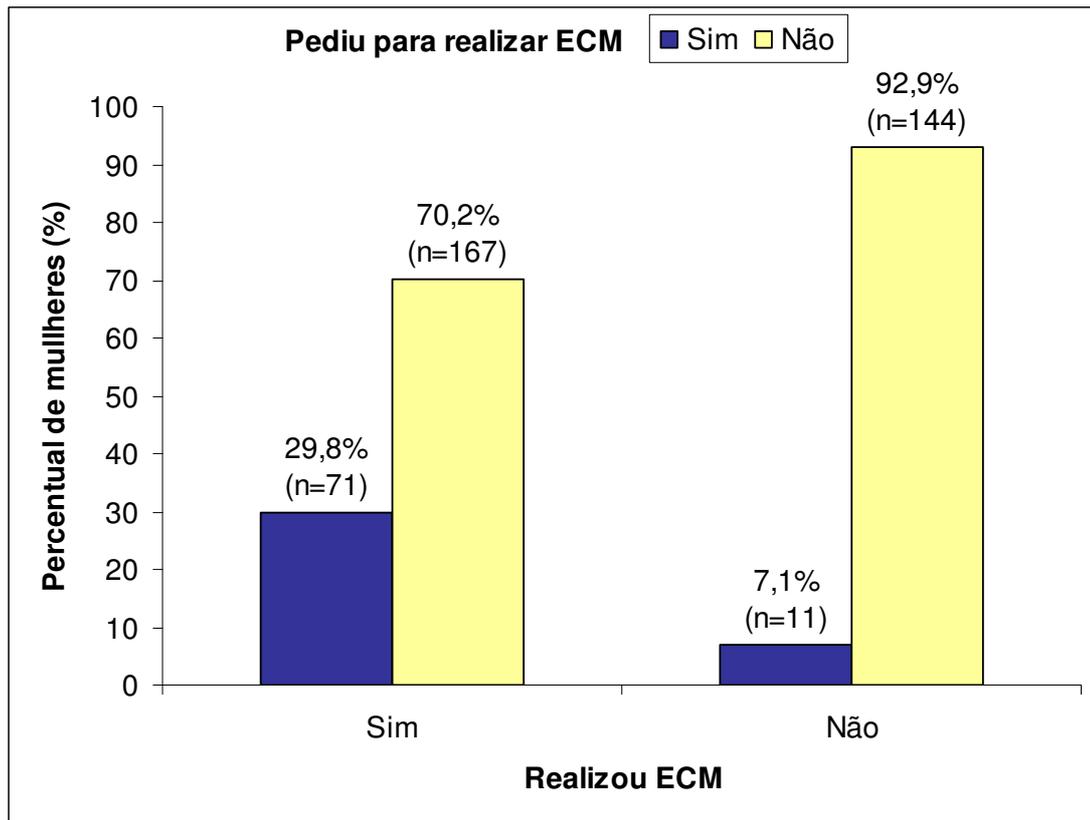


Figura 5.1: Frequência relativa de mulheres, em relação à realização do exame clínico das mamas em relação ao fato de ter pedido para realizá-lo. Houve relação significativa entre as duas variáveis avaliadas (teste exato de Fisher,  $p < 0,001$ ).

Neste estudo procurou-se identificar a associação entre a realização do ECM e algumas variáveis relacionadas à mulher, e observou-se que a situação conjugal da mulher influenciou a realização do exame, de forma que as mulheres que possuem um companheiro apresentaram frequência significativamente maior de ECM do que as mulheres que não possuem companheiro ( $p=0,005$ ) (Tabela 5.9), dados compatíveis com os encontrados em outro estudo no qual as mulheres em união estável apresentaram menores chances de não receber o ECM do que mulheres que não possuíam algum tipo de relacionamento conjugal (1,00 vs 1,15;  $p=0,03$ ) (DIAS-DA-COSTA et al., 2007).

Tabela 5.9 - Prática do exame clínico da mama segundo características das mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, Dourados - 2008

Variáveis sócio-demográficas	Realizou ECM		Valor de "p"
	Sim	Não	
<b>Cor da pele***</b>			
Branca	64,0% (n=119)	36,0% (n=67)	0,124*
Parda/negra	57,8% (n=119)	42,2% (n=87)	
<b>Situação conjugal</b>			
Com companheiro	65,3% (n=171)	34,7% (n=91)	0,005*
Sem Companheiro	51,1% (n=67)	48,9% (n=64)	
<b>Anos de estudo</b>			
Sem estudo	38,0% (n=19)	62,0% (n=31)	0,0012**
1-4 anos	61,3% (n=117)	38,7% (n=74)	
5+ anos	67,1% (n=102)	32,9% (n=50)	
<b>História familiar de câncer de mama</b>			
Sim	64,2% (n=34)	35,8% (n=19)	0,338*
Não	60,0% (n=204)	40,0% (n=136)	
<b>Idade</b>			
<50 anos	66,9% (n=107)	33,1% (n=53)	0,021*
≥ 50 anos	56,2% (n=131)	43,8% (n=102)	
<b>Realizou Papanicolaou (últimos 3 anos)</b>			
Sim	67,2% (n=223)	32,8% (n=109)	<0,001*
Não	24,6% (n=15)	75,4% (n=46)	

\* Teste exato de Fischer; \*\* Teste Qui-quadrado; \*\*\* Excluída uma mulher da cor amarela

Segundo os autores de um estudo realizado em Campinas-SP, a maior frequência de ECM entre mulheres com companheiro, se deve ao fato de que este grupo tem uma preocupação maior com sua saúde ginecológica, isto está

relacionado com a manutenção de uma vida sexual ativa, o que demandaria maior utilização de serviços de saúde (AMORIM et al., 2008). Esta hipótese é reforçada ao observarmos que neste estudo, também houve uma associação significativa entre maior realização do Papanicolaou e a realização do ECM ( $p < 0,001$ ; Tabela 5.9). Relação também encontrada por outros autores, que evidenciaram que a não realização do ECM, foi maior nas mulheres que não apresentavam rotina adequada em relação ao exame de Papanicolaou (AMORIM et al., 2008).

Em relação à escolaridade, no presente estudo observou-se que as mulheres sem estudo foram menos examinadas do que as mulheres que possuíam algum nível de estudo, e o percentual de mulheres examinadas foi maior no grupo que possuíam cinco anos ou mais de estudo, do que no grupo de mulheres que estudaram até quatro anos ( $p=0,0012$ ) (Tabela 5.9). O nível de escolaridade tem sido associado a um maior acesso à informação, mas principalmente é considerado um fator determinante na utilização dos serviços de saúde (WALL et al., 2008). A associação entre maior nível de escolaridade e maior frequência de ECM também foi relatada em outros estudos (MCGREEVY; BARON; HOEL, 2002; AMORIM et al., 2008; COUGHLIN; SABATINO; SHAW, 2008).

A idade exerce especial interesse no que se refere ao CM, já que pode ser considerado o principal fator de risco para a doença. A chance de uma mulher desenvolver CM aumenta dramaticamente com a idade, sendo que maior incidência da doença é observada após os 50 anos de idade, no período pós-menopausa (KOREN; HERTZ, 2007; MAHONEY et al., 2008).

Entre as mulheres entrevistadas observou-se que aquelas com idade inferior a 50 anos apresentaram maior percentual de ECM se comparadas às mulheres com idade superior ou igual há 50 anos. Vários outros estudos demonstraram esta associação (RUTLEDGE et al., 2001; MCGREEVY; BARON; HOEL, 2002; DIAS-DA COSTA et al., 2003; SCLOWITZ et al., 2005; AMORIM et al., 2008; THULER; FREITAS, 2008 ).

Este achado merece especial atenção, visto que paradoxalmente, aquelas mulheres que se encontram mais expostas ao CM, devido à idade mais avançada, são justamente às que compõem o grupo com menor aderência ao ECM, que no caso é um método essencial na detecção precoce do CM, já que supostamente, as mulheres que não tiveram contato com um profissional da saúde para a realização

do ECM, dificilmente terão oportunidade de receber a solicitação de um exame de maior complexidade, como por exemplo, a mamografia.

Diferentemente dos estudos conduzidos em Pelotas e São Leopoldo no Rio Grande do Sul (DIAS-DA COSTA et al., 2003; 2007) e em Campinas-SP (AMORIM et al., 2008), nos quais observou-se que a cor/raça branca esteve associada a um maior acesso ao ECM, entretanto, neste estudo não observou-se tal associação ( $p=0,124$ ; Tabela 5.9).

A história familiar foi outra variável que não esteve associada à realização do ECM na população estudada ( $p=0,338$ ; Tabela 5.9). Em seu estudo, SCLOWITZ et al. (2005) também não encontraram associação entre as duas variáveis ( $p=0,7$ ), entretanto a prevalência de ECM na população estudada pelos autores foi maior do que a observada neste estudo, 83,3% e 60,6% respectivamente.

## **5.5 Conhecimento e prática das mulheres sobre a mamografia**

Desde o início de sua utilização a mamografia foi amplamente estudada e está bem estabelecido que os tumores malignos da mama, quando detectados por meio da mamografia, tendem a ser menores e com pouca probabilidade de acometimento de linfonodos axilares e por isso, podem receber tratamentos menos agressivos (SHEN et al., 2005; CHAGPAR; MCMASTERS, 2007).

Indubitavelmente, o principal benefício da mamografia na detecção precoce do CM refere-se à redução nas taxas de mortalidade pela doença. Em estudos clínicos randomizados esta redução pode chegar a 35% (MARINHO et al., 2008), sendo que as mulheres com idades entre 50 e 69 anos, são as mais beneficiadas pelos programas de rastreamento mamográfico, pois a redução da mortalidade é maior neste grupo do que no grupo de mulheres com idades entre 40 e 49 anos (ALBERT et al., 2009).

A despeito de ser considerado o melhor método para a detecção precoce do CM, muitos tumores não são detectados pelo exame mamográfico, o que ressalta a importância de sua associação a outros métodos como o ECM e o AEM (FENTON et al., 2005). Além disso, por tratar-se de um exame de custo elevado, em locais onde os recursos financeiros são limitados, grande parte da população feminina na faixa etária recomendada para a realização do exame, não tem acesso ao procedimento (GODINHO; KOCH, 2004).

Neste estudo 46,8% das mulheres nunca foram submetidas a uma mamografia (Tabela 5.10), número inferior ao encontrado por Godinho e Koch (2004) em seu estudo, no qual este percentual foi de 63,3%. Em outra investigação na qual foram estudadas mulheres de 50 a 69 anos de idade, encontrou-se que 49,3% das mulheres nunca haviam realizado uma mamografia (LIMA-COSTA; MATOS, 2007).

Tabela 5.10 - Informações referentes ao conhecimento e prática da mamografia, em Dourados - 2008

Informações sobre conhecimento e prática da mamografia	Frequência	
	Relativa	Absoluta
<b>Já realizou mamografia (n=393)</b>		
Sim	53,2%	209
Não	46,8%	184
<b>Por qual motivo nunca realizou mamografia (n=184)</b>		
Nunca sentiu nada na mama	45,7%	84
O médico nunca pediu o exame	44,6%	82
O exame foi solicitado, mas tive medo de realizá-lo	5,4%	10
Difícil para agendar o exame	2,7%	5
Outros	1,6%	3

Na população aqui estudada observou-se que 46,1% das mulheres haviam realizado a mamografia nos três anos que antecederam à entrevista (Tabela 5.10). Os autores de um estudo realizado com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 observaram que a realização da mamografia por mulheres com idades entre 50 e 59 anos e 60 e 69 anos nos 24 meses antecedentes foi de 46% e 37% respectivamente (LIMA-COSTA; MATOS, 2007), dados muito próximos aos encontrados na cidade de Dourados, onde, entretanto foram consideradas mulheres com idades entre 40 a 69 anos.

Os dados encontrados pelo inquérito de base populacional conduzido pelo INCA em uma amostra de 2.525 mulheres entre 50 e 69 anos de idade, residentes em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal entre os anos de 2002 e 2003, demonstraram que 54% das mulheres haviam realizado o exame mamográfico nos últimos dois anos, sendo que dos exames realizados, apenas um terço foi custeado pelo SUS (MARINHO et al., 2008).

Se observarmos as taxas de países como os EUA, é possível verificar que aproximadamente 70% das mulheres com idade entre 40 e 69 anos realizam o

rastreamento mamográfico conforme meta estabelecida pela Organização Mundial da Saúde, com intervalos de um ou dois anos (WHO, 2002; CHAGPAR; MCMASTERS, 2007), percentual muito superior aos encontrados neste e em outros estudos brasileiros. A utilização da mamografia em quantidades abaixo do necessário para atender as mulheres com indicação para o exame, certamente contribui para que as taxas de mortalidade por CM não apresentem redução na população brasileira (MARINHO, 2001).

Diante da existência de recursos, a mamografia deve ser priorizada como método de detecção precoce do CM. Entretanto, em algumas localidades a utilização da mamografia torna-se impossível, devido à inexistência de mamógrafos, o que transforma a necessidade de se realizar uma mamografia em um desafio para muitas mulheres (VILLAGRÉS; ALARCÓN, 2002; MARCHICK; HENSON, 2005). Na cidade de Dourados até o ano de 2008, havia apenas um mamógrafo disponível para atender a população usuária do SUS, o que aumenta ainda mais a importância da realização do ECM e das ações de educação em saúde que visem aumentar o conhecimento e a consciência das mulheres sobre o CM.

A adesão das mulheres às práticas preventivas e às ações de detecção precoce como a mamografia, é determinada por fatores de diversos âmbitos, que geralmente relacionam-se com crenças da própria mulher quanto à sua susceptibilidade ao CM, quanto aos benefícios que a ação preventiva pode lhe proporcionar e ainda quanto às barreiras para o acesso à ação em questão (MIÑANA et al., 1997). O principal motivo alegado pelas mulheres incluídas neste estudo para a não realização da mamografia relacionou-se à sua percepção quanto à necessidade do exame, sendo que 45,7% das mulheres relataram não apresentarem qualquer sintoma e assim consideraram o exame desnecessário (Tabela 5.10). Em estudo realizado com 2.000 mulheres na cidade de Goiânia, os autores observaram que um terço das entrevistadas relatou que haviam deixado de realizar a mamografia, apesar de o exame ter sido solicitado, por julgarem o exame desnecessário (GODINHO; KOCH, 2002).

Fica evidente que esta percepção equivocada de grande parte das mulheres quanto à necessidade da mamografia, apoiada na ausência de sintomas, reflete a precariedade do conhecimento das mesmas, já que ocorre uma supervalorização dos sinais e sintomas em detrimento de uma ação preventiva. Isto recai em uma questão já anteriormente discutida, a respeito da necessidade de que profissionais

da saúde, especialmente o médico, profissional responsável pela prescrição da mamografia, revejam suas práticas, favorecendo uma relação interpessoal mais próxima com a usuária, atentando-se para que ações educativas não ocupem lugar secundário no rol de atividades planejadas para a detecção precoce do CM.

Outro motivo bastante referido pelas mulheres para a não realização da mamografia refere-se a não solicitação do exame por parte do médico, 44,6% das mulheres entrevistadas consideram este o principal motivo para nunca terem realizado o exame (Tabela 5.10).

Para Meissner et al. (2007) isto pode ter duas causas principais; a real falta de solicitação do exame pelos médicos, já que em seu estudo 80% das mulheres acima de 40 anos, não receberam solicitação para a realização da mamografia, mesmo tendo tido acesso aos serviços de saúde e a um profissional médico; ou a possibilidade da mulher não se lembrar de ter recebido a recomendação, o que de alguma forma aponta para outro problema já apresentado neste estudo referente à comunicação precária entre profissionais e usuárias.

A comunicação entre a mulher e seu médico é fundamental para o sucesso de ações propostas, assim, as informações sobre a mamografia incluindo-se a importância de sua realização, a população indicada para o exame e a periodicidade do mesmo não podem ser omitidas das usuárias dos serviços de saúde. Segundo Godinho e Koch (2002), “O médico parece ser um dos maiores responsáveis pela condução ineficaz do processo de rastreamento do câncer de mama” e ainda citando Koch e Peixoto (1998) concluem que “o processo educacional deve ser dirigido tanto aos profissionais de saúde como à população em geral, visando, especialmente, ao diagnóstico precoce e à prevenção.”

Além dos fatores relacionados à não realização da mamografia, investigou-se a associação das características das mulheres com a realização do exame (Tabela 5.11). Diversos estudos têm investigado nas mulheres, características que de alguma forma influenciam seu acesso ao exame mamográfico. Em estudos anteriores os autores observaram associação significativa entre a realização da mamografia e maior nível de escolaridade (KAGAY; QUALE; SMITH-BINDMAN, 2006; MEISSNER et al., 2007; COUTURE et al., 2008), idade (KAGAY; QUALE; SMITH-BINDMAN, 2006; MEISSNER et al., 2007; WELLS; ROETZHEIM, 2007), raça/cor da pele (SAMBAMOORTHI; MCALPINE, 2003; CHLEBOWSK et al., 2005),

contratação de plano de saúde privado e realização do Papanicolaou (COUTURE et al., 2008).

Diferentemente dos estudos anteriormente citados, no presente não foram observadas associações significativas entre a realização da mamografia e as variáveis: cor da pele, situação conjugal, escolaridade, idade e realização do Papanicolaou, entretanto, encontrou-se associação estatisticamente significativa entre a presença de história familiar para CM e maior realização de mamografia (Tabela 5.11).

Sabe-se que a realização da mamografia é inicialmente relacionada à decisão do médico de solicitar o exame, os dados encontrados neste estudo indicam que a história familiar é um dos fatores que influenciam esta decisão. Conforme recomendação do Documento de Consenso para Controle do Câncer de Mama, a história familiar de CM, coloca a mulher no grupo de maior risco para a doença, sendo que as recomendações para rastreamento neste grupo incluem redução na idade para a primeira mamografia e a diminuição no intervalo entre os exames (BRASIL, 2004).

É importante ressaltar que a prescrição da mamografia deve ser feita baseada em uma análise do risco individual, já que além da história familiar, fatores como a densidade da mama, a idade e a decisão da mulher em realizar o exame, ganham importância na tomada de decisão (ALBERT et al., 2009). Diante disto, é fundamental que os profissionais tenham conhecimento sobre instrumentos para avaliação do risco individual, e que informem as mulheres, especialmente àquelas com maior risco para o CM sobre a importância da realização da mamografia ou outros métodos de detecção precoce conforme recomendados e disponíveis.

A organização de uma política para o CM, passa pela oportunização do acesso aos serviços de saúde e também pela busca de estratégias que diminuam a distância entre as usuárias e os profissionais, favorecendo maior consciência, responsabilização e aderência das mulheres a programas que possam impactar de maneira positiva os indicadores do CM nas diferentes localidades do país.

Tabela 5.11 - Prática da mamografia, segundo características das mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família em Dourados- 2008

Variáveis sócio-demográficas	Realizou mamografia nos últimos 3 anos		Valor de "p"
	Sim	Não	
<b>Cor da Pele***</b>			
Branca	86,4% (n=89)	13,6% (n=14)	0,548*
Parda/negra	86,8% (n=92)	13,2% (n=14)	
<b>Situação conjugal</b>			
Com companheiro	88,4% (n=137)	11,6% (n=18)	0,147*
Sem Companheiro	81,5% (n=44)	18,5% (n=10)	
<b>Anos de estudo</b>			
Sem estudo	85,7% (n=18)	14,3% (n=3)	0,848**
1-4 anos	85,4% (n=88)	14,6% (n=15)	
5+ anos	88,2% (n=75)	11,8% (n=10)	
<b>História familiar</b>			
Sim	97,1% (33)	2,9% (n=1)	0,035*
Não	84,6% (n=148)	15,4% (n=27)	
<b>Idade</b>			
<50 anos	89,7% (n=70)	10,3% (n=8)	0,138*
≥ 50 anos	84,7% (n=111)	15,3,% (n=20)	
<b>Realizou Papanicolaou (últimos 3 anos)</b>			
Sim	88,0% (n=168)	12,0% (n=23)	0,073*
Não	72,2% (n=13)	27,8% (n=5)	

\* Teste exato de Fischer; \*\* Teste Qui-quadrado; \*\*\* Excluída uma mulher da cor amarela

## 5.6 Percepção das mulheres sobre os utilização dos serviços de saúde

Além de identificar o conhecimento e prática de usuárias e profissionais em relação ao CM, este estudo teve ainda como objetivo investigar alguns aspectos relacionados à utilização dos serviços de saúde, considerando-se a UBSF como porta de entrada para esta utilização.

Travassos e Martins (2004) consideram que “a utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde”, sendo que o conceito de utilização abrange desde consultas e realização de exames preventivos até procedimentos de maior complexidade como hospitalização e exames diagnósticos.

Os serviços de saúde identificam-se, portanto como o lócus no qual se dá a atenção à saúde da população e, portanto espaço propício para práticas de promoção, prevenção e tratamento de agravos à saúde, por meio dos profissionais que lá exercem seu trabalho e também do uso das tecnologias disponíveis para a referida atenção.

Entre as mulheres estudadas, 82,2% utilizam exclusivamente o SUS para consultas e exames da mama, e apenas 1,3% das mulheres não utilizam o serviço público de saúde (Tabela 5.12). Entende-se que o termo utilização de serviços de saúde corresponde à proporção de mulheres que efetivamente se beneficiou da intervenção, que de fato utilizou o serviço (SOBERÓN, 1988 apud HARTZ; SILVA, 2005).

Partindo-se deste conceito, torna-se interessante analisar-se a utilização do serviço, especificamente para as ações para a prevenção e controle do CM. Conforme já discutido, embora se recomende a realização do ECM anual em todas as mulheres acima de 40 anos de idade (BRASIL, 2004), grande parte das mulheres não foi examinada dentro do intervalo recomendado, indicando baixa utilização desta ação (Tabela 5.8).

Vários fatores podem determinar a utilização dos serviços, conforme ilustrado na Figura 5.2, e embora este estudo não tenha se proposto a avaliar profundamente esta utilização, percebe-se que os resultados aqui encontrados sugerem o envolvimento de fatores relacionados às mulheres, aos profissionais e à organização do serviço para a baixa realização do ECM principalmente.

O conhecimento dos fatores determinantes na utilização dos serviços de saúde, ganha importância na medida em que reflete um padrão de comportamento não só entre usuárias como entre os profissionais da saúde em relação ao CM.

Tabela 5.12 - Utilização dos serviços de saúde e satisfação com o serviço entre mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, Dourados - 2008

Informações sobre os serviços de saúde para o controle do CM	Frequência	
	Relativa	Absoluta
<b>Utiliza o SUS (n=393)</b>		
Sim, exclusivamente	82,2%	323
Sim, mas possui outro seguro de saúde	16,5%	65
Não	1,3%	5
<b>Solicitação de exames complementares (n=393)</b>		
Sim	44,5%	175
Não	55,5%	218
<b>Exames Solicitados</b>		
Mamografia	93,7%	164
Ultra-som	13,7%	24
Encaminhamento ao médico especialista	6,3%	11
Punção	5,1%	9
<b>Em relação ao(s) exame(s) solicitado(s) (n=175)</b>		
Conseguiu o exame rapidamente	53,1%	93
Demorou a conseguir o exame	38,9%	68
Não procurou fazer o exame	5,1%	9
Não responderam	2,9%	5
<b>Considera que a atenção ao CM nos últimos 3 anos na UBSF (n=393)</b>		
Melhorou	57,4%	222
Não houve alteração	21,7%	84
Não sabe responder	10,9%	42
Piorou	10,1%	39

O comportamento da mulher na participação nas ações propostas para o CM pode ser definido em parte por seu contato com o serviço. Ou seja, entende-se como necessário que após ter recebido informações sobre a realização do ECM, a mulher procure o serviço de saúde para ter suas mamas examinadas por um profissional capacitado e receber as demais ações pertinentes à sua condição de risco.

<b>Determinantes da utilização dos Serviços de Saúde</b>	
<b>Aspectos relacionados às necessidades de saúde</b>	<b>Morbidade, gravidade e urgência da doença;</b>
<b>Aspectos relacionados aos usuários</b>	<b>Características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), sócio-econômicas (renda, educação), culturais (religião) e psíquicas;</b>
<b>Aspectos relacionados aos prestadores de serviços</b>	<b>Características demográficas (idade e sexo), tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento;</b>
<b>Aspectos relacionados à organização</b>	<b>Recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatórios), modo de remuneração, acesso geográfico e social;</b>
<b>Aspectos relacionados à política</b>	<b>Tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema</b>

Figura 5.2 - Fatores determinantes da utilização dos serviços de saúde.

Fonte: PINEAULT; DAVELUY (1986) citado por TRAVASSOS; MATOS (2004).

Espera-se ainda que o contato com os serviços de saúde estimule a mulher a desenvolver sua autonomia, buscar informações, apropriar-se dos conhecimentos adquiridos e adotar práticas adequadas para a prevenção e controle do CM.

Por outro lado, a forma como se dará o percurso dessa mulher dentro do sistema é em grande parte estabelecida pelo profissional, já que este define o tipo, a frequência e a intensidade dos recursos a serem aplicados em cada caso (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Entre os objetivos para o rastreamento do CM em Dourados, além do ECM anual, estão o seguimento dos achados alterados e tratamento adequado quando se fizer necessário. A investigação de alterações encontradas no ECM é a forma de seguir essas mulheres, cuidando-se para que em caso de CM o diagnóstico seja realizado em estádios iniciais da doença. Os exames de imagem como a mamografia devem ser usados de maneira complementar ao exame físico realizado pelo médico ou enfermeiro, buscando-se avaliar mais apuradamente sinais e sintomas encontrados (VARGAS et al., 2003).

Entre as mulheres que relataram ter tido alguma alteração detectada no ECM executado por um profissional da saúde, em 92% dos casos foram solicitados exames complementares para investigação da alteração, além disso, 54,5% das mulheres realizaram algum tipo de exame complementar mesmo não tendo sido detectadas anormalidades durante a palpação realizada pelo profissional, indicando que existe uma freqüência satisfatória de solicitação de exames refletindo seguimento adequado dos casos alterados. Observa-se ainda, que exames estão sendo solicitados inclusive em mulheres assintomáticas como rastreamento, o que favorece a detecção precoce do CM (Figura 5.3).

Entre as mulheres que relataram terem sido encaminhadas para a realização de outros exames, 93,7% receberam solicitação do exame mamográfico (Tabela 5.10), o que mostra que os profissionais atuantes na ESF em Dourados têm encaminhado às mulheres para a mamografia, que é o exame mais eficaz para a detecção precoce do CM, considerando-se ainda, seu impacto nas taxas de mortalidade por CM em países que possuem um programa de rastreamento organizado utilizando a mamografia como método principal (SWEDISH ORGANIZED SERVICE SCREENING EVALUATION GROUP, 2006).

Em relação à mamografia, sabe-se que uma de suas principais limitações é o acesso limitado a este exame. A cidade de Dourados possui um mamógrafo na rede municipal de saúde, mas a despeito de seu potencial de produção ser adequado ao contingente populacional da cidade, o número de exames realizados depende do teto de recursos destinados a este exame.

Este fato somado a outros fatores, como a não solicitação do exame pelos médicos, acaba por gerar uma lacuna no programa, já que um considerável percentual de mulheres nunca realizou o exame mamográfico durante a vida, mesmo apresentando indicação para o exame (Tabela 5.10).

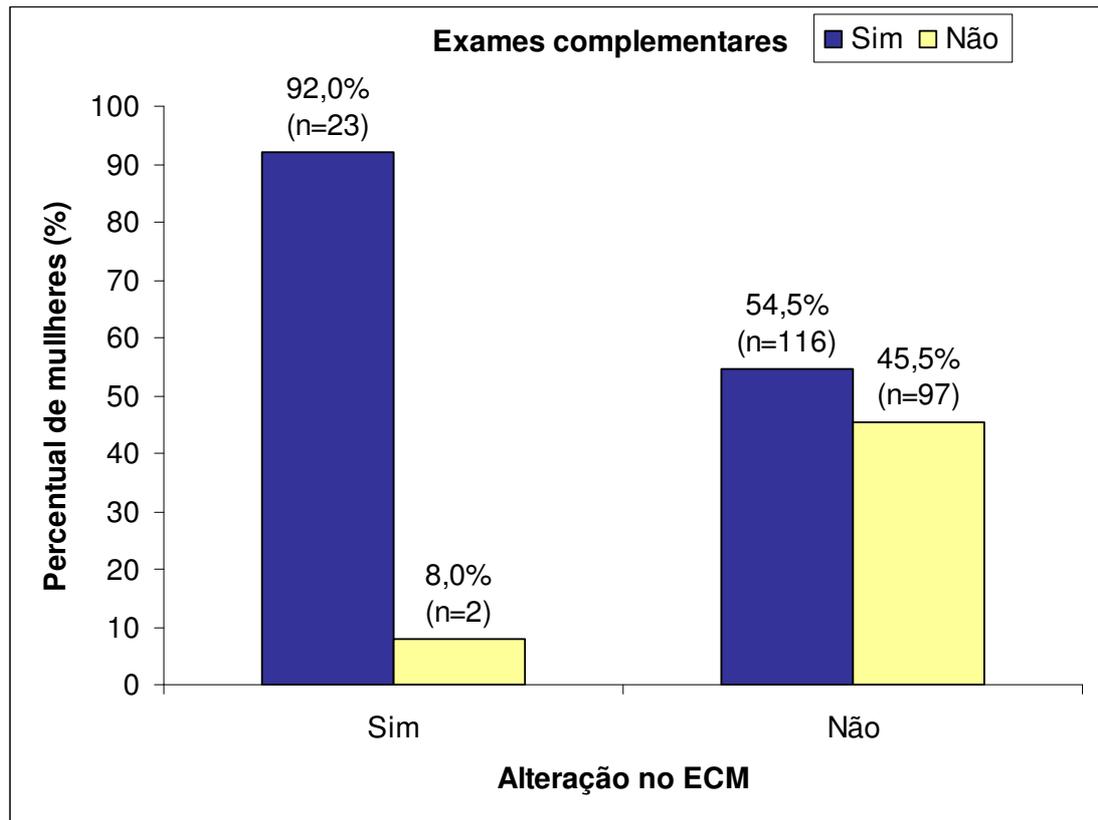


Figura 5.3 - Freqüência relativa de mulheres em relação aos achados alterados do ECM e a realização de exames complementares. Houve relação significativa entre as duas variáveis avaliadas (teste exato de Fisher,  $p < 0,001$ ).

A solicitação do exame por parte dos médicos é um bom indicador da forma como está se dando a atenção ao CM, embora a solicitação do exame não garanta sua realização. Além disso, o tempo decorrido entre a solicitação do exame e a realização do mesmo é preponderante para um diagnóstico precoce ou tardio, dependendo do intervalo existente entre a solicitação e a realização da mamografia. Em seu estudo Godinho e Koch (2002) observaram que o tempo médio de espera pela mamografia em um hospital público era de dois a três meses.

Entre as mulheres que receberam um encaminhamento para a realização de outros exames, 53,1% consideraram que conseguiram marcar e realizar o exame rapidamente e para 38,9% a espera pelo exame foi considerada demorada (Tabela 5.12).

É importante salientar que este estudo não avaliou cada um dos exames citados de forma isolada, sendo impossível a análise do peso de cada um deles na percepção das mulheres. Além disso, não foi investigado qual o tempo decorrido entre a solicitação do exame e a realização do mesmo, sendo, portanto a

classificação em relação a agilidade dos serviços em proverem os exames solicitados subjetiva, considerando-se que foi baseada na percepção de cada mulher.

Em relação à satisfação das mulheres com a atenção ao CM, 57,4% consideram que houve uma melhora nos serviços ofertados nos últimos três anos e para 10,1% houve uma piora da atenção dispensada por serviços e profissionais ao CM (Tabela 5.12).

No que se refere aos processos avaliativos nos serviços de saúde, as características relacionais entre os atores envolvidos na ação, sendo neste caso as mulheres cadastradas e os profissionais médicos e enfermeiros que atuam na ESF em Dourados, são de grande valia para se avaliar de que modo a intervenção está suprindo as necessidades de saúde da população a quem se destina (HARTZ; SILVA, 2005).

Oliveira (1998) citado por Ferri et al. (2007) defendem a importância da escuta atenta para as manifestações dos usuários, pois embora não sejam homogêneas, são impregnadas de fenômenos sociais, expectativas individuais e coletivas, fatores econômicos, políticos e culturais, que certamente influenciarão o resultado a ser alcançado.

As mulheres estudadas demonstraram sua percepção sobre o cuidado oferecido ao CM sob vários aspectos investigados, sendo eles relacionados aos aspectos técnicos (confiança nas ações oferecidas), relacionais (vínculo com os profissionais), organizacionais (acesso aos exames e consultas) e utilização dos serviços (realização do ECM).

Observa-se que entre os aspectos mais referidos pelas mulheres, o mais citado é o ECM. Para 80,4% das mulheres não houve aumento na frequência da execução do exame pelos profissionais, resultado que chama atenção, já que o ECM é a principal ação para o rastreamento do CM em Dourados e a partir de 2004 foi introduzido como rotina em mulheres a partir de 40 anos. Os resultados aqui encontrados indicam que certamente os profissionais médicos e enfermeiros atuantes na ESF precisam aumentar a prática do ECM, conforme recomendado e melhorar o vínculo com as usuárias, outro fator levantado pelas mulheres como problemático (Figura 5.4).

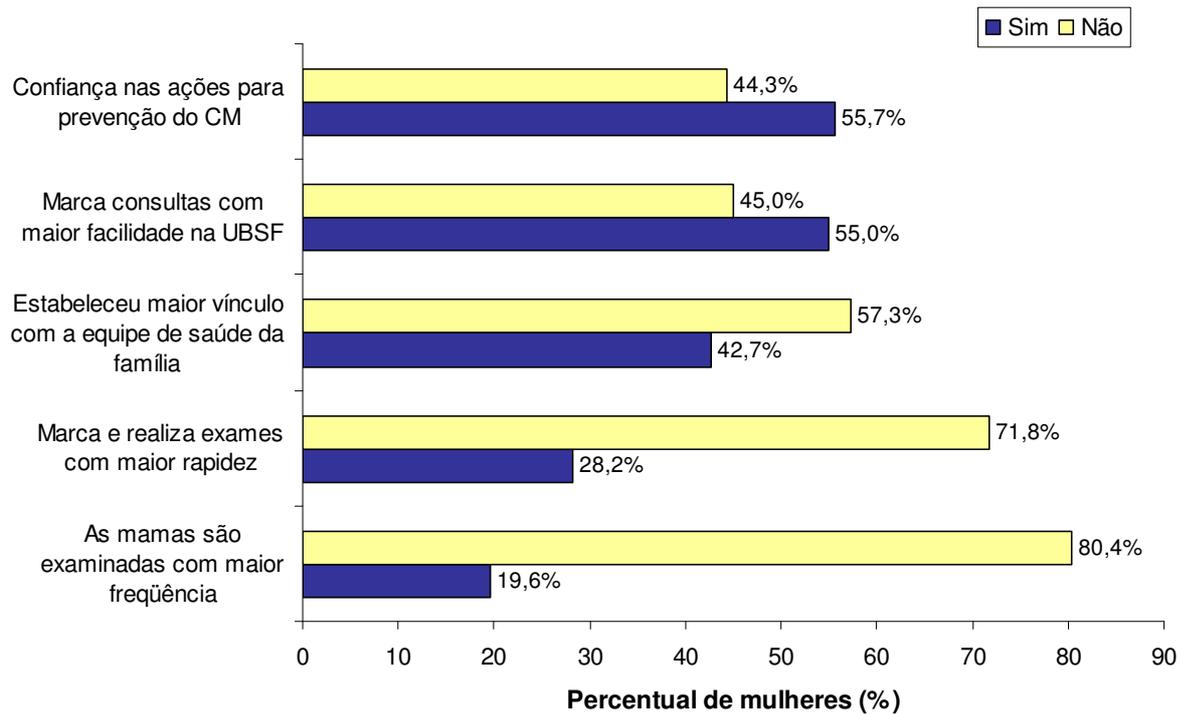


Figura 5.4 – Percepção das mulheres cadastradas na ESF sobre a atenção ao câncer de mama em Dourados, 2008.

Há de se destacar que uma das características que difere a ESF de outros modelos organizacionais é o desenvolvimento de práticas pautadas na lógica da integralidade da assistência, o que pressupõe o estabelecimento de vínculos entre profissionais e serviços com o usuário (BESEN et al., 2007). A proposta de se inserir na ESF a prática do ECM, certamente foi pensada considerando-se que o modelo favoreceria a implementação de novas práticas tanto entre os profissionais quanto entre as mulheres. Entretanto nota-se que entre as populações estudadas ainda existe a necessidade de criação e fortalecimento de vínculos capazes de sensibilizar ambas as partes para a incorporação de conhecimentos e práticas que aumentem a possibilidade de se detectar precocemente os casos de CM, reduzindo-se as taxas de mortalidade pela doença em Mato Grosso do Sul.

### 5.7 Conhecimento e prática dos profissionais da saúde

Conforme explicitado na metodologia deste estudo, a análise do conhecimento e prática dos profissionais da saúde que atuam na ESF se deu a partir

da leitura sistemática das entrevistas de cada um dos oito profissionais. Esta leitura objetivou a identificação de elementos que exprimissem a prática destes profissionais em relação ao CM e também sua percepção sobre as ações para detecção precoce no âmbito da ESF em Dourados/MS. Para isso os conteúdos das entrevistas foram analisados buscando-se identificar unidades temáticas que foram organizadas resultando nas seguintes categorias analíticas: 1- Prática profissional; e 2- Relação entre o profissional e a usuária.

### 5.7.1 Prática profissional

As práticas profissionais relacionadas ao CM, em especial às estratégias para a detecção precoce da doença representaram para os profissionais estudados; **valorização dos sinais e sintomas do CM; vinculação do ECM ao exame Papanicolaou; descrença no ECM como método de detecção precoce e barreiras para a detecção precoce do CM.**

#### **Valorização dos sinais e sintomas do câncer de mama**

Ao falarem de sua própria prática no que concerne à detecção precoce do CM, os profissionais demonstram a valorização dos sinais e sintomas, tanto por eles próprios, como pelas mulheres, usuárias dos serviços de saúde. As massas palpáveis e a mastalgia são os achados mais valorizados por mulheres e profissionais, e de certa forma parecem determinar as práticas nos dois grupos:

“Em geral quando a **paciente vem e reclama de alguma coisa, de dor ou um nódulo, daí a gente examina**,... procura né?”. (Degas)

“**Faz sim (ECM), só que não é aquela coisa espontânea né? Só quando a mulher tem alguma queixa mesmo**”. (Gauguin)

“Se tem **alguma alteração aí eu peço lá a mamografia**...” (Picasso)

Embora tenham sido capacitados e tenham conhecimento sobre as recomendações para a realização do ECM e da mamografia, os profissionais entrevistados demonstram uma prática centrada na doença e não na mulher, já que a realização do ECM, principal estratégia para a detecção precoce do CM em Dourados não parece ser uma prática instituída na rotina dos profissionais, conforme

já verificado anteriormente, quando analisamos a frequência da realização do ECM entre as mulheres entrevistadas (Tabela 5.8), aproximadamente 40% das mulheres não receberam o ECM nos últimos 3 anos.

Mesmo sendo um método capaz de detectar apenas os tumores já palpáveis, o ECM ganha importância como método de rastreamento em locais nos quais a mamografia não é acessível a toda a população-alvo (SMITH et al., 2006), ou pelo menos à maior parte dela como no caso de Dourados (Tabela 5.10). A intenção de um rastreamento é procurar o tumor em mulheres que não apresentem qualquer tipo de sinal ou sintomas, o que não vem acontecendo, já que pode-se perceber que os profissionais entrevistados realizam o ECM prioritariamente (mas não exclusivamente) nas mulheres com queixas prévias.

**“Só quando a mulher tem queixa**, não é rotina, então quando vem com queixa, percebeu nódulo, ou dor né? aí ela faz, mas não é rotina (o ECM)... essa coisa de que toda mulher que entra no consultório é examinada a mama... não”. (Raphael)

Essa postura dos profissionais se repete nas mulheres sendo uma constatação dos próprios profissionais:

**“Acho que quando as pessoas não vêm, se não ta na frente delas, a tendência é ficar tranqüila...** Eu acho que a gente tem que pensar nisso também, de como sensibilizar essas pessoas que estão aí, que não querem fazer o exame, que tem medo....” (Renoir)

“Elas sabem o seguinte, que qualquer **carocinho** ou **dor** na mama é fator de risco, risco de ser **câncer de mama**... tanto é que a demanda maior é isso, quando a pessoa sente alguma coisa, normalmente **quando a mulher não sente nada dificilmente ela vem**, a gente pega ela no exame (Papanicolaou)” (Botticelli)

Segundo Lam et al. (2008), a maioria das mulheres procura um profissional da saúde para a realização de consultas quando se percebem sob risco de desenvolver CM ou quando já apresentam algum sintoma relacionado a doença. No mesmo estudo observou-se que 68,1% das mulheres que procuraram um serviço de saúde apresentavam lesões palpáveis na mama, sendo que 90% dessas lesões caracterizavam-se como alterações funcionais benignas da mama (LAM et al., 2008).

A presença de sinais e sintomas parece ser para as mulheres um fator de motivação para a procura do serviço, configurando-se como uma espécie de alerta de que é necessário procurá-lo de imediato, indicando que embora existam campanhas sobre a necessidade de se prevenir ou diagnosticar doenças

precocemente, a questão da doença é culturalmente enraizada na maioria da população, conforme relatado pelos profissionais em seus depoimentos:

“Ou **quando ocorre um caso no bairro**, “ah, fulana fez uma cirurgia pra...”, ai a gente percebe que a **demanda aumenta**” (Renoir)

“Às vezes **tem mulheres tão apavoradas**... “encontrei um caroço hoje no meu seio”... **já chega fechando a porta e tirando o seio**. “Olha pra você ver”... **com tanto medo**... a gente observa isso” (Renoir)

A valorização dos sinais e sintomas pelas mulheres também é evidenciada, principalmente na percepção dos profissionais, como mostram em suas falas quando questionados sobre a frequência com que as mulheres pedem para ter a mama examinada:

“**Tem mulher que pede... Essas já chegam com alguma queixa** de mastalgia, assim de nódulo, alguma coisa não... daí **eu examino**”. (Dali)

“**Tem sim, muito pouco**, mas tem algumas que pedem [...] **São coisas raras**, já aconteceu isso duas vezes, mas às vezes chega... Essa pessoa chega tão apavorada que ela esquece de muitas coisas e já vai mostrando a mama porque quer que examina logo pra tirar isso da cabeça dela... (Renoir)

(Sobre a mulher pedir o ECM) “**O exame? Só o da mama? Sem fazer preventivo?** Tem, é difícil, mas às vezes aparece, geralmente **quando elas tão sentindo alguma coisa, aí elas vem**” (Picasso)

O diagnóstico precoce do CM é condição *sine qua non* para um prognóstico favorável, e é neste sentido que são planejados os programas de detecção precoce, buscando-se identificar o quanto antes a doença, tanto em mulheres assintomáticas, que correspondem à maioria da população-alvo desses programas, como em mulheres com algum tipo de queixa mamária.

É importante considerar-se que toda e qualquer medida que adiante a detecção do CM deve ser incentivada, entre estas medidas destaca-se a educação para a saúde. O conhecimento dos sinais e sintomas do CM pelas mulheres é favorável a um comportamento vigilante, fazendo com que essas mulheres procurem os serviços de saúde mais rapidamente ao notarem qualquer anormalidade em suas mamas.

Entretanto, cabe aos profissionais de saúde informar e conscientizar as mulheres sobre o caráter progressivo do CM, para que estas não esperem pelo aparecimento de sintomas para procurarem um serviço de saúde. A realização do ECM anual e da mamografia conforme recomendação pode antecipar o diagnóstico da doença aumentando as chances de cura (SHEN et al, 2005).

O ECM faz parte das ações do cuidado integral à saúde da mulher e a partir de 40 anos de idade o exame deve ser realizado anualmente em todas as mulheres (BRASIL, 2006). Embora a cidade de Dourados apresente percentual de realização do ECM um pouco superior a informada em outros estudos (DIAS-DA-COSTA et al., 2003; DIAS-DA-COSTA et al., 2007), torna-se evidente a necessidade de um maior engajamento dos profissionais de saúde, responsáveis diretos pela operacionalização das ações juntamente às mulheres. Além disso, os gestores de saúde precisam estar integrados aos profissionais que desenvolvem as ações na atenção básica à saúde, suplantando as dificuldades, para que as ações planejadas possam ser efetivamente colocadas em prática.

### **Vinculação do ECM ao exame Papanicolaou**

Embora a assistência à mulher no que se refere à prevenção e controle do CM e do câncer do colo uterino façam parte de um programa de saúde único, o Viva Mulher, instituído pelo Ministério da Saúde por intermédio do INCA, estes dois tipos de câncer apresentam diferenças marcantes em relação à incidência, mortalidade e medidas preventivas e, por conseguinte devem ter suas ações planejadas e implementadas de forma distinta, reconhecendo-se as peculiaridades de cada um dos programas.

As recomendações para a realização do Papanicolaou em relação à faixa etária alvo e também à frequência da realização do exame, diferem substancialmente das recomendações para o ECM, dessa forma a vinculação direta dos dois exames acaba por reduzir a realização anual do ECM, principalmente no grupo de mulheres em que o Papanicolaou não seja indicado (PINHO et al., 2003).

Observa-se ainda, que existe por parte dos gestores da saúde, uma diferença na priorização de ações voltadas pra esses dois tipos de câncer. A cobertura do exame citológico (Papanicolaou) é bem maior se comparada à cobertura da mamografia, 70% e 40% respectivamente na população brasileira

(SOUZA; FIORAVENTE, 2008). O custo da mamografia é muito superior ao custo do exame citológico e isso pode explicar a baixa cobertura do exame.

Na cidade de Dourados, o programa de detecção precoce do CM, foi organizado a partir do Projeto Toque de Vida, sendo que um dos objetivos deste projeto, foi que a detecção do CM fosse tida nos municípios como prioridade, principalmente por meio da realização do ECM anual como estratégia de rastreamento organizado do câncer de mama na população feminina de 40 a 69 anos de idade cadastradas na ESF.

Entretanto observa-se que a realização do ECM aparece como uma ação coadjuvante no que concerne a saúde da mulher em Dourados, já que fica evidente a priorização da realização da prevenção do colo uterino nos discursos dos profissionais:

**“Toda mulher que vem colher o preventivo aqui na unidade ela tem a mama examinada”.** (Gauguin)

**“Todo mundo que vem fazer preventivo, tem a mama examinada”.** (Degas)

**“Então, no momento do exame do preventivo a gente também faz o exame de mama”.** (Renoir)

**“Eu colho preventivo toda terça... e durante o preventivo eu faço a entrevista e o exame clínico das mamas”** (Dali)

As informações coletadas com as mulheres incluídas neste estudo confirmam o relato dos profissionais. Conforme dados já discutidos (Tabela 5.9), notou-se que entre as mulheres que realizaram o Papanicolaou nos últimos três anos, 67,2% tiveram suas mamas examinadas por um profissional no mesmo período. Outros estudos corroboram que a realização do Papanicolaou está positivamente associada à maior realização de outras práticas preventivas na população feminina, como por exemplo, a mamografia e o ECM (DIAS-DA-COSTA, 2003; AMORIM et al., 2008).

Além dessa associação natural entre os dois exames observada entre os profissionais que em sua prática realizam o ECM primariamente nas mulheres que procuram a UBSF para a realização do exame citológico, existe a percepção de que as próprias mulheres também parecem procurar os serviços de saúde para realizar o Papanicolaou e não o ECM, indicando que ainda não há uma cultura instituída com relação à detecção precoce do CM.

“A mama vem como **conseqüência do preventivo. Ela não vem fazer o exame da mama, né?, acho que é isso... elas vem pra fazer o preventivo, aí como conseqüência ela faz a mama.** Quando é a primeira vez até estranha, **mas vai fazer a mama?** (Picasso)

“Se elas não vêm fazer o preventivo, aí **automaticamente** não fez o da mama também”. (Picasso)

Este achado reforça a idéia de que as mulheres devam receber informações que favoreçam a formação de uma consciência sobre a necessidade de práticas preventivas para o CM, neste caso procurando os serviços de saúde para a realização do ECM.

Não foi objetivo deste estudo a comparação das ações destinadas aos dois diferentes tipos de câncer, portanto é impossível dizer em que medida as ações destinadas à prevenção do CM ou ao câncer do colo uterino estão sendo desenvolvidas pelos profissionais da ESF. Entretanto, parece oportuno levantar algumas questões sobre a situação encontrada.

Inicialmente deve-se considerar que embora mais difundido que o ECM, o exame citológico não apresenta a cobertura ideal (SOUZA; FIORAVENTE, 2008), portanto a associação da prática do ECM com a coleta do exame citológico de maneira casada poderia reduzir as oportunidades de detecção precoce do CM, visto que existe uma parcela da população não coberta pelo exame, conforme destacado na fala de um dos profissionais entrevistados:

“A gente aproveita o exame preventivo... porque a gente preconiza que todas as mulheres pelo menos uma vez por ano façam o exame preventivo... **é lógico que nem todas vêm, mas a maioria vem e já aproveita e faz o exame da mama**”. (Botticelli)

Essa informação torna-se ainda mais preocupante se considerarmos que o exame do colo uterino é erroneamente associado à atividade sexual, e assim, a adesão das mulheres ao exame reduz na medida em que a idade progride (NOVAES; BRAGA; SCHOUDT, 2006). Nessa lógica, as mulheres mais expostas ao risco de desenvolver o CM devido à idade mais avançada, não estariam realizando o ECM e conseqüentemente à mamografia por não estarem com seu exame citológico atualizado.

Os profissionais entrevistados possuem essa percepção em relação às mulheres com idade mais avançada, inclusive considerando-se a necessidade de modificar esse comportamento na mulher, conforme a seguir:

“A própria **paciente de mais idade é que tem mais resistência**... Agora a gente começa a trabalhar com a mulher desde juvenzinha ta? [...] então eu acredito que esta, **daqui a uns 30 ou 40 anos vai estar bem educada quanto a prevenção de doenças**” (Modigliani)

Reforçando essa idéia podemos encontrar em um interessante estudo a seguinte afirmação:

A identificação de grupos de mulheres com necessidades e condições de acesso diversas e o perfil específico dos fatores preditivos dos dois exames nas mulheres brasileiras indica necessidade de adoção de estratégias diferenciadas, pelos sistemas e serviços de saúde, para o aprimoramento dos programas de rastreamento de câncer nas mulheres brasileiras (NOVAES; BRAGA; SCHOUDT, 2006, p. 1034).

É inegável que em Dourados a realização do ECM no momento do Papanicolaou, foi uma boa estratégia encontrada pelos profissionais para organizar a atenção ao CM, introduzindo-se a prática do ECM na ESF. Segundo um dos profissionais, a capacitação oferecida enfatizou ser o momento da coleta do exame preventivo do câncer uterino bastante propício para a realização do ECM, considerando-se que o Papanicolaou já estava instituído como rotina nas UBSF para todas as mulheres:

“A capacitação foi boa por isso..., fez a gente perceber que **não dá pra separar as duas coisas (preventivo e ECM)** e tem que aderir (ECM) como rotina mesmo.” (Raphael)

Diante do exposto, parece pertinente que a capacitação desses profissionais seja pautada no princípio da integralidade, entendendo-se a mulher como um ser holístico, e nesse sentido, promover ações integradas, mas não engessadas, ou seja, as ações para a prevenção dos cânceres de mama e do colo uterino não devem ser pensadas dicotomicamente, mas é importante ressaltar a necessidade de se reconhecer que a população-alvo dos dois programas apresenta especificidades que devem ser ponderadas, a fim de se alcançar resultados mais efetivos em ambas as frentes, buscando-se estratégias para aumentar a cobertura de ambos os exames e atraindo as mulheres que não estão sendo beneficiadas pelos programas de prevenção e detecção do câncer feminino, seja por motivos relacionados à própria mulher ou à oferta do serviço de saúde.

## **Descrença no exame clínico da mama como método de detecção precoce do câncer de mama**

No Brasil não foram encontrados na literatura consultada, estudos que investigassem a percepção dos profissionais sobre a prática do ECM, daí a importância desta investigação na busca de melhor compreender como se dá este processo na prática do profissional e sua relação com a usuária dos serviços de saúde.

Diferentemente da mamografia, que é um exame de imagem com laudo documental, pode-se dizer que o ECM é bastante subjetivo, já que os bons resultados de sua execução dependem da proficiência do profissional que o desempenha. Assim, é natural que muitas vezes o próprio profissional sinta-se inseguro em relação a sua habilidade e ao valor dessa prática (MCDONALD; SASLOW; ALCIATI, 2004), como pode ser observado entre os profissionais estudados por meio de seus discursos:

**“A gente tem essas dúvidas**, assim, né? Quando você encontra alguma coisa tudo bem, encontrei né? **Quando não encontra, é que vem a impressão**, puxa vida, será que...” (Renoir)

“Assim com relação a mim, **eu acho o exame clínico assim...um pouco...**, ah não sei, **eu não me sinto muito a vontade**” (Dali)

“Porque assim, eu acho que pelo fato da gente conhecer que **a gente só vai conseguir palpar aqueles nódulos a partir de um centímetro** e que a partir daí já é né? (câncer) **...eu fico assim muito preocupado**” (Dali)

“Se pudesse também **dar garantias pra essa mulher e provar pra ela... ta tudo bem, olha o seu exame aqui** né?” (referindo-se a ausência de um resultado concreto do ECM) (Renoir)

A realização do ECM como base para um programa de detecção precoce do CM exige a capacitação permanente dos profissionais que desenvolvem o exame (MADAN et al., 2002). A abordagem da influência da experiência do profissional na detecção do CM é pouco freqüente nos estudos já realizados sobre o método, mas é seguro afirmar que a experiência do profissional em conduzir o ECM aumenta a sensibilidade do exame (MCDONALD; SASLOW; ALCIATI, 2004), ou seja, a maior freqüência da execução do ECM é um dos fatores que pode melhorar sua acurácia, afirmação também compartilhada entre os profissionais:

“Apesar que eu acho que a **agilidade é mais no dia a dia** mesmo né? que **você vai desenvolvendo melhor o jeito de fazer o ECM**” (Dali)

“**A experiência vem com o tempo**, sabe? Com o fato do **profissional se familiarizar com o exame...** Porque **nada se aprende assim de repente** né?” (Modigliani)

Além disso, existem evidências de que a competência de muitos profissionais para a realização do ECM é questionável, afora isso, existe o fato de que os próprios profissionais não acreditam em sua habilidade para realizar o exame corretamente, sendo que esta falta de confiança compromete sua motivação para a execução do ECM, resultando em baixas freqüências da prática na população (IANNOTTI et al., 2002).

Gerling et al. (2003) salientam que muitos profissionais reconhecem a necessidade de melhorar sua competência para a execução do ECM e completam dizendo que os profissionais acabam por subutilizar o ECM por não se sentirem habilitados para o exame.

Os profissionais estudados na cidade de Dourados foram capacitados para a realização do ECM, receberam um treinamento teórico-prático e mais uma atualização teórica, informação fornecida pelos próprios profissionais. Entretanto, alguns ainda manifestam insegurança e a necessidade de realizar mais capacitações, conforme evidenciado nesta fala:

“Eu acho que **a gente podia ter mais capacitação** em relação ao exame clínico... já tivemos né? [...] **só que eu acho que é insuficiente**, a gente podia se reunir mais vezes” (Dali)

Esta percepção dos profissionais explicitada na fala acima é bastante pertinente e compatível com os resultados de um estudo no qual observou-se que o treinamento aumentou a habilidade de enfermeiras para a detecção de alterações mamárias e melhorou a auto-percepção da competência para executar o ECM, o que poderia refletir no aumento da freqüência da prática do ECM pelos profissionais (IANNOTTI et al., 2002).

Outra constatação que merece ser discutida é o reconhecimento pelos profissionais do papel do ECM na detecção precoce do CM. É sabido que tanto o ECM como o AEM são menos sensíveis que a mamografia (ELMORE et al., 2005). Até o momento, não existem evidências suficientes que suportem a redução nas taxas de mortalidade entre mulheres que tiveram o CM detectado pelo AEM ou pelo

ECM (TORRES-ARREOLA; DOUBOVA, 2006). Entretanto, é importante enfatizar que aproximadamente 10% dos tumores não são detectados pelo exame mamográfico e acabam sendo detectados no ECM (MADAN et al., 2002).

Há ainda um grupo de mulheres para quem a mamografia é pouco benéfica, como por exemplo, no grupo com idade inferior a 40 anos de idade (MCDONALD; SASLOW; ALCIATI, 2004), fortalecendo a opinião de alguns autores que o ECM é um método promissor e de grande valia nos programas de detecção precoce, tanto quando utilizado de forma complementar à mamografia, quanto como método de base em localidades que não dispõe de mamógrafos (SMITH et al., 2006).

A despeito das dificuldades para a realização da mamografia para todas as mulheres com indicação para o exame, os profissionais reforçam a necessidade de confirmar as alterações encontradas no ECM por meio da mamografia. Se por um lado isto demonstra o conhecimento dos profissionais sobre a necessidade da mamografia, por outro revela uma tendência à valorização de tecnologias duras (MERHY, 2002), percebida nestes depoimentos:

**“Na medida do possível**, quando a gente suspeita de alguma coisa, a gente manda fazer a mamografia ” (Degas)

“Eu percebi **que tinha um nódulo, pedi uma mamografia** pra confirmar” (Picasso)

**“Quando a gente suspeita de alguma coisa, a gente manda fazer a mamografia”**  
(Modigliani)

“Existe alguns fatores que deixa a gente **um pouco inseguro em questão do exame**, daí a necessidade de que se tivesse uma **disponibilidade maior da questão da monografia**”  
(Renoir)

A valorização de tecnologias mais complexas na área da saúde não se restringe aos profissionais, as mulheres também demonstram opinião parecida. A exemplo dos profissionais, as mulheres também consideram necessária a utilização de métodos de maior complexidade para detecção precoce do CM, conforme explicitado na Tabela 5.2, ou seja a maioria das mulheres considera que mesmo realizando o AEM regularmente, ela deve realizar o ECM e a mamografia, e consideram ainda que mesmo mulheres que tiveram as mamas examinadas por um profissional da saúde, deva realizar a mamografia.

Os profissionais entrevistados confirmam esse comportamento das mulheres, conforme suas falas:

“**O preventivo** você colhe o material... **a mulher depois ela tem uma resposta disso, ela vai receber o papel** (resultado), **o exame de mama não**, você faz o exame e **fica só naquilo**” (Renoir)

“A gente observa que **as pessoas desejam uma prova**, né? (Renoir)

“**Elas vêm porque sabem que vou pedir mamografia**, elas ficam muito mais animadas... **a mamografia elas adoram**” (Picasso).

“Às vezes **nem quer fazer o exame clínico, mas quer a mamografia** né?” (Gauguin).

O conhecimento é essencial para a adoção de uma prática adequada pelas mulheres em relação ao CM, logo, elas precisam receber informações sobre a necessidade de realizar cada um dos métodos que compõe o programa para detecção precoce do CM em Dourados, mas há de se ter cautela, para que não seja estimulada a idéia de que o ECM não é confiável, pois isso poderia reduzir a aderência dessas mulheres ao exame, o que em alguns casos representa a redução na oportunidade de um diagnóstico mais precoce do CM.

### **Barreiras para a detecção precoce do CM**

Na busca por melhor compreender o conhecimento e prática dos profissionais em relação à detecção precoce do CM, especialmente no que se refere à realização do ECM, torna-se necessário um aprofundamento a respeito das barreiras que se interpõem entre o saber e o fazer profissional.

Os profissionais entrevistados demonstram ter conhecimento sobre as recomendações para a detecção precoce e controle do CM, entretanto em sua percepção a incorporação de novas práticas como o ECM de rotina, depende em muito do envolvimento e motivação dos atores envolvidos na ação conforme reconhecem os profissionais por meio de suas falas:

“**Não é todo mundo que faz** (profissionais) não é rotina, **se tiver oportunidade de não fazer, não faz** (o ECM) , nem o preventivo” (Raphael)

“Eu acho que **depende muito do profissional** (a realização do ECM), quando ele ta bem assim, **integrado no serviço** e bem assim **comprometido**, porque tem uns profissionais...(que não fazem)” (Gauguin)

“Toda vez que você sai de uma capacitação, você fala: então **eu vou dedicar um período do trabalho pra fazer isso né...se dedicar a saúde da mulher ...aí passa uma semana, passa duas e você acaba deixando de lado**” (Degas)

A falta de motivação e envolvimento dos profissionais para a realização de ações como o ECM e educação para a saúde, implica diretamente em seus resultados. O profissional pouco engajado para a realização do ECM faz com que em sua prática essa ação seja executada com pouca ou nenhuma frequência o que resulta em baixa cobertura real ou baixa utilização do serviço (HARTZ; SILVA, 2005), conforme evidenciado entre as mulheres neste estudo, já que uma considerável parcela destas mulheres não teve suas mamas examinadas conforme recomendação (Tabela 5.8), sendo que a baixa utilização de um serviço pode ser resultante de barreiras de diversas ordens, entre elas, as de percepção de acesso e qualidade por parte das usuárias (POBLANO-VERÁSTEGUI; FIGUEROA-PEREA; LÓPEZ-CARRILLO, 2004).

Em relação ao ECM especificamente, muitos estudos tem investigado os motivos da não realização do exame no que se relaciona às mulheres, principalmente fatores sócio-demográficos e culturais que poderiam influenciar o acesso ao ECM (MCGREEVY; BARON; HOEL, 2002; COUGHLIN; SABATINO; SHAW, 2008).

Contudo, é fundamental que se avalie também, os fatores relacionados à baixa realização do exame pelos próprios profissionais. Em outras palavras a realização depende em grande parte da decisão do profissional em realizá-lo, por isso a relevância de se procurar identificar as possíveis barreiras para a prática não só do ECM, mas de outras ações relacionadas ao CM entre este grupo de profissionais.

Observa-se por seu discurso, que os profissionais consideram a falta de tempo em decorrência da quantidade de atividades acumuladas uma importante barreira para que seus conhecimentos sobre a detecção precoce do CM possam ser colocados em prática de forma mais intensiva, conforme seus discursos:

**“Nós temos muitos programas pra dar conta... eu percebo que aqueles que você não tem uma visibilidade maior... acaba ficando um pouquinho anestesiado ali, né?, em alguns momentos você desperta e em outros momentos você vai levando né?”** (Renoir)

**“A gente tinha que sair um pouco da burocracia, tinha que parar de preencher papel e tinha que parar de ser Bombril, por exemplo, queima uma lâmpada... falta material”** (Raphael)

**“A preocupação existe, mas é tanta coisa que a gente tem que desenvolver, são 11 programas”** (Gauguin)

“Você tem que dar conta de um **bando de meta, do preventivo, do ECM, de vacina, de visita, tem relatório pra fazer**, eu procuro fazer o **mais próximo do ideal**, mas se você deixar, **o que você aprendeu cai no esquecimento**” (Dali)

Fica claro, que as ações para detecção precoce do CM somaram-se a outras já existentes, sem que houvesse um planejamento das ações entre gestores e profissionais, comprometendo dessa forma, a frequência de ações como a realização do ECM, as ações educativas, bem como o registro e seguimento das mulheres com achados alterados.

Torna-se fundamental que a implementação de ações em saúde seja planejada conjuntamente, a fim de que possam de fato ser colocadas em prática, visto que, os profissionais ao não serem chamados a discutir e planejar novas ações tendem a não incorporá-las de maneira satisfatória, reduzindo seu potencial de ação e seus resultados.

Outro ponto importante diz respeito ao trabalho em equipe. Os profissionais demonstram falta de integração quando comentam a respeito de suas próprias práticas e das práticas de outros profissionais da equipe de SF sobre o CM, conforme abaixo:

“**Eu falo por mim** sabe, não pelos outros “(sobre a prática do ECM)”(Gauguin)

“Mesmo que tenha tido treinamento e tudo, **ele (colega de equipe) procura não se envolver**, e acaba **ficando só pra mim** mesmo (realizar o ECM) (Picasso)

“E às vezes acontece na reunião de equipe quando eu falo que ta vindo muito pouca mulher, **aí todo mundo se mobiliza**, daí eles (outros profissionais) chamam pra vir, passou um mês aí **todo mundo esquece**; funciona assim” (Picasso)

(Achado alterado) “Encaminho pro (nome do profissional), só que **daí é uma opção dele, eu não posso responder por ele, embora eu ache que teria que ser feito** (mamografia)” (Dali)

“Eu sei que eu **nunca vou atingir minha meta** (ECM), **só eu examinando**, eu nunca vou atingir a meta (sem que outro profissional da equipe realize ECM) (Gauguin)

Para Pedrosa e Teles (2001), a ESF em sua especificidade, pressupõe o trabalho em equipe, sem ele torna-se impossível pensar-se em integralidade nas

ações de saúde. O trabalho em equipe exige projetos comuns para atender as necessidades dos usuários dos serviços de saúde.

Ao depararmos com profissionais que “falam por si” automaticamente o cuidado produzido será o que cada profissional considera ser sua atribuição, ou seja o que estão sendo produzidas são práticas individuais descontextualizadas com baixo poder de resolubilidade, justamente por fragmentarem as necessidades das usuárias.

É essencial que os profissionais não apenas compartilhem o mesmo espaço físico, mas que principalmente trabalhem de forma integrada. Fortuna (1999) citado por Fortuna et al. (2005) considera o trabalho de equipe em saúde:

Como um rede de relações entre pessoas, rede de relações de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, onde é possível identificar processos grupais. Trabalhar em equipe equivale a se relacionar (p.264).

Diante disto, faz-se necessária a melhoria na comunicação entre os membros da equipe, para que as ações referentes ao CM sejam realizadas em sua totalidade, aumentando-se não só a oferta dos serviços, mas a qualidade dos mesmos.

Ao adotar uma postura individualizada, os profissionais acabam por desenvolver práticas isoladas, ignorando-se o fazer dos outros profissionais, inclusive com definições de atribuições que deveriam ser interligadas e acabam por serem muitas vezes subrealizadas, resultando em prejuízos às usuárias, que acabam sendo privadas de algumas ações. Como no caso do CM, em que as ações de educação em saúde e realização do ECM deveriam ser contempladas nas práticas dos profissionais médicos e enfermeiros de forma conjunta, o que se percebe é que nem todos estão desenvolvendo essas ações, sem que isso seja explicitado ou conversado entre os membros da equipe, comprometendo os resultados globais do cuidado.

### 5.7.2 Relação entre o profissional e a usuária

O planejamento de ações no campo da saúde deve entre outras coisas priorizar as necessidades da população a quem estas ações serão destinadas (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Os serviços de saúde ao proporem estratégias de enfrentamento para o problema do CM na população feminina devem assegurar que, as ações propostas sejam apoiadas em evidências científicas e que estejam disponíveis à população.

Sabe-se, entretanto que embora exista no Brasil um Documento de Consenso para Controle do Câncer de Mama (BRASIL, 2004) com recomendações para a realização do ECM, da mamografia e para o seguimento dos casos alterados até a total resolutividade, na maioria dos municípios brasileiros a oferta de serviços é insuficiente para o cumprimento das recomendações do Ministério da Saúde (DIAS-DA-COSTA et al., 2007), o que de certo modo, acaba por produzir desigualdades na acessibilidade ao cuidado oferecido pelos serviços.

O termo cuidado foi aqui usado para que seja possível uma análise, não da relação oferta-procura de uma ação ou serviço, mas sim, da profundidade que está por trás da relação que se estabelece entre quem oferece e quem recebe a ação.

Ferri et al. (2007) em seu trabalho, salientam a importância do desenvolvimento de práticas capazes de satisfazer às necessidades do usuário na sua singularidade, e a respeito do termo cuidado definem que:

O termo cuidado abrange práticas de saúde que envolvem muitas considerações, isto é, para que as práticas de saúde tenham, como produto final, o cuidado, está implícito que, nos serviços, estejam ocorrendo: o acolhimento, as relações de responsabilidade, a autonomia dos sujeitos envolvidos, as necessidades de saúde, a resolubilidade, o compromisso, o social, o econômico, as políticas públicas, enfim, a integralidade (FERRI et al., 2007, p.517).

Ao falarmos em cuidado, estamos, portanto falando de uma relação que se estabelece entre quem oferece e quem recebe. A implementação do Projeto Toque de Vida, trouxe para os profissionais novos conhecimentos, práticas e responsabilidades. No caso específico do programa de Dourados, as novas práticas estabelecidas, não se restringiram à simples incorporação de mais uma ação para

somar-se a tantas outras já executadas pelos profissionais da ESF, mas exigiu que os profissionais laçassem mão de estratégias de sensibilização das mulheres para que estas respondessem positivamente ao “convite” para a realização do ECM e das demais práticas de detecção precoce do CM.

Contudo, na percepção dos profissionais, as mulheres, são pouco participativas e demonstram certo grau de desinteresse nas ações relacionadas ao CM, o que pode ser ilustrado nas falas a seguir:

**“Elas não vem, elas faltam”** (Picasso)

**“Geralmente não... (procuram o serviço) só quando elas ouvem alguma reportagem na televisão aí elas vêm, mas em geral não...”** (Degas)

**“Ai eu não quero fazer hoje (o ECM)”**, não quer fazer tudo bem... você (o profissional) tem que entender” (Renoir)

**“E a gente faz muita visita domiciliar, explica, fala, pede para vir ao posto e mesmo assim tem algumas que realmente não aparecem.”** (Raphael)

Por outro lado, observa-se que entre as mulheres entrevistadas, 39,4% não receberam o ECM nos últimos três anos (Tabela 5.8) e 19,6% acham que não houve aumento na frequência com que suas mamas são examinadas nos últimos três anos (Figura 5.4). Estes dados sugerem que na opinião das mulheres, há um descaso por parte dos profissionais em relação ao ECM e, por conseguinte, à detecção precoce do CM, haja vista que o ECM é o método de base para o rastreamento da doença em Dourados.

Um dos fatores que pode explicar a baixa execução do ECM refere-se a uma questão já discutida, que trata da realização do ECM atrelada à realização do exame Papanicolaou, o que exclui uma importante parcela da população que foi estabelecida como alvo das ações para a detecção precoce do CM. Ademais, 27,7% das mulheres estudadas não realizaram ECM, mesmo tendo realizado o Papanicolaou e apenas 3,8% das mulheres receberam o ECM sem que tenham realizado o Papanicolaou (Tabela 5.9).

A população estabelecida como alvo da intervenção em questão consiste em todas as mulheres com idade entre 40 e 69 anos cadastradas na ESF, mas os próprios profissionais reconhecem que na maioria das UBSF, o ECM está sendo realizado numa população específica, neste caso nas mulheres que procuram os

serviços para a realização do exame preventivo do colo uterino, conforme percebido nos discursos dos profissionais abaixo:

“Elas fazem o toque da mama com o enfermeiro **quando colhem o preventivo, todas fazem né?**” (Degas)

“Todas, **que colhe preventivo, todas, todo mundo que vem fazer preventivo, tem a mama examinada**” (Raphael)

Os profissionais relatam ainda, que além das mulheres que realizam o Papanicolaou, o ECM é realizado nas mulheres que procuram pelo exame ou que queiram ter as mamas examinadas conforme expressado nas idéias a seguir:

“Olha eu examino as mulheres que vem por **livre demanda**, que **querem fazer** o exame.” (Raphael)

“**Fica a cargo dela vir aqui atrás da gente**” (Picasso)

“Claro que **a gente não obriga, a gente oferece e aquela que se dispõe a ser examinada a gente examina**” (Modigliani)

Com isso, fica claro que não existe na maioria dos profissionais uma postura pró-ativa no sentido de buscar as mulheres que por algum motivo não estão chegando até o serviço, seja por barreiras socioeconômicas, culturais ou organizacionais. Parece que de modo geral, há uma acomodação entres os profissionais quando estes adotam um comportamento passivo frente à mulher em relação ao CM. Inclusive responsabilizando a mulher no que diz respeito à busca pelo cuidado, desconsiderando que em muitos casos o que a impede de procurar o serviço é o desconhecimento sobre a disponibilidade do mesmo.

O desenvolvimento da autonomia na mulher é de suma importância para que ela participe ativamente do processo, mas para isso ela precisa ser suprida de conhecimentos que a possibilite a tomada de decisão. Estratégias de sensibilização para que a mulher incorpore a necessidade da realização do ECM anual e de outras práticas são fundamentais, e sem dúvida este é um dos objetivos das práticas educativas, além de proporcionar maior vínculo entre o profissional e a usuária, sendo esta uma das principais inovações trazidas com a implantação da ESF (ALVES, 2005).

É importante salientar que tanto o exame da mama, quanto o exame preventivo do colo uterino, estão ligados a questões da sexualidade feminina torna-se necessário, portanto, o entendimento de que a participação da mulher nesses exames, não pode ser analisada apenas sob o prisma de sua participação ou não em uma ação, ou ainda de sua atitude de pedir ou não por um exame, no caso o ECM. Deve-se considerar que a prática relaciona-se com o tipo de conhecimento que cada uma adquiriu e relaciona-se ainda com a importância dada a essa prática, o que envolve importantes questões de ordem socioculturais.

Ao esperar que as mulheres peçam pelo exame ou expressem seu desejo em realizá-lo, muitas vezes os profissionais acabam por desconsiderar a complexidade que envolve esses conhecimentos e práticas, no que se refere a sentimentos como o medo, a vergonha, o pudor e o desconhecimento sobre a saúde e o próprio corpo, sendo indispensável que os profissionais reconheçam a dimensão cultural do corpo e seu significado no universo feminino (CRUZ; LOUREIRO, 2008).

Os profissionais entrevistados percebem que a existência de algumas crenças envolvendo a sexualidade acabam por dificultar algumas práticas como o AEM e o ECM, conforme as idéias expressadas a seguir:

“Elas tem medo de se tocarem, **medo**, ou de encontrar alguma coisa, ou medo de tocar nos seios, **vergonha**, ou **questão de sexualidade**, aí eu não saberia te dizer, **teria que entender um pouquinho melhor isso**” (Renoir)

“É tem muitas aí que não vem porque trabalha ou outras porque sentem **vergonha** né? Tem tudo isso aí, tem **certo preconceito** ainda” (Botticelli)

“Tem mulheres aí que tem até **vergonha do próprio corpo** sabe?” (Botticelli)

“Eu acho que elas têm um pouco de **dificuldade** (de aprender o AEM), não sei na minha frente, elas tem algum **pudor**, alguma coisa de **ficar se tocando**, que muitas vezes na minha frente elas tem né?” (Dali)

As falas acima demonstram que os profissionais têm consciência da existência de preconceitos entre as mulheres que acabam por interferir nas práticas para a detecção do CM. Não se observa entre os profissionais, no entanto, uma preocupação em se conhecer as crenças destas mulheres sobre as questões que envolvem o corpo e a sexualidade, para que seus conceitos sejam compreendidos,

respeitados, porém resignificados à luz de novos conhecimentos, favorecendo maior adesão às práticas preventivas do CM.

Cruz e Loureiro (2008) em seu estudo sobre o câncer cérvico-uterino, fazem uma análise também pertinente ao CM e enfatizam que “Se as vivências das mulheres forem conhecidas, os significados por elas atribuídos podem servir como embasamento para planejar e adequar as orientações de prevenção”. Em outras palavras, as ações educativas devem considerar a subjetividade da mulher, apropriando-se de metodologias problematizadoras, favorecendo-se o vínculo entre os interlocutores e oportunizando a participação das mulheres, ao contrário do que se observa atualmente, onde as informações são fornecidas por meio de palestras impessoais, focadas em temas propostos pelo profissional, não sendo consideradas as necessidades e desejos das usuárias, além de não favorecer a troca de saberes, colocando a mulher em uma posição passiva frente à sua própria saúde.

O conhecimento sobre o CM, seus fatores de risco, métodos e importância da detecção precoce, tratamentos disponíveis para a doença, e as chances de cura e sobrevivência, constituem questões-chaves para avanços no caminho rumo a práticas adequadas em relação à doença (FERNANDES et al., 2007).

Pensando-se na importância do conhecimento para a prática, buscou-se saber entre os profissionais se estes desenvolvem ações educativas, e em caso positivo, quais os métodos utilizados e quais assuntos eles costumam abordar com as mulheres. Tonani e Carvalho (2008) em seu estudo encontraram que entre os entrevistados, 53,7% sentiram-se estimulados a realizar uma atividade preventiva a partir de uma informação recebida, o que reforça a importância das ações educativas.

O discurso dos profissionais entrevistados é compatível com as informações prestadas pelas mulheres deste estudo, já que o AEM é o principal tema ensinado às mulheres, entre as quais a frequência de conhecimento sobre o AEM foi bastante alta (94,4%) conforme mostrado na Tabela 5.2.

Os profissionais consideram que embora as mulheres tenham recebido informações para realização do AEM, não há uma homogeneidade entre as mulheres sobre a frequência com que elas o praticam, e na visão dos profissionais essa prática é aquém do necessário. Por outro lado, encontrou-se entre as mulheres alta frequência auto-referida do AEM, embora a prática adequada tenha sido

observada em uma pequena parcela das mulheres (Tabela 5.6), dados compatíveis com outros estudos (MARINHO et al., 2003; MONTEIRO et al., 2003).

Os discursos referentes às ações educativas dos profissionais e sua percepção sobre o conhecimento e prática do AEM entre as mulheres são ilustrados logo abaixo:

**“Eu explico pra ela (AEM): pra conhecer teu corpo né?. Se você se conhece, quando aparecer alguma alteração você vai saber e vai vir aqui pra mim procurar, pra eu ver o quê que tem aí, mas elas não fazem em casa não”** (Picasso)

**“Ah eu não fico perguntando, mas eu acho que a maioria faz sim, as vezes eu já pergunto achando que a resposta vai ser não e, não, elas dizem sim, que fazem sim”** (Degas)

“Ou seja, não sabem nada...ou assim...ou não sabem, as vezes eu acho que até sabem, porque não é possível né?, o **tanto que a gente explica...mas não liga sabe?**” (Raphael)

“Olha eu acho que **são poucas que fazem** (AEM), bem poucas, **mesmo a gente falando, falando**” (Botticelli)

Entre os objetivos das práticas educativas, sem dúvida a possibilidade de transformar práticas relacionadas à saúde é uma das mais importantes. A forma como se dá a construção do conhecimento é fundamental para que este, posteriormente, desencadeie novas práticas nas mulheres. Todavia, percebe-se entre os profissionais uma desmotivação para esse tipo de ação, suas falas indicam descrédito no potencial de suas ações como desencadeadoras de novos comportamentos nas mulheres, e isso sem dúvida diminui a frequência e os resultados das práticas educativas. Acaba-se formando um ciclo no qual o profissional desmotivado para educar, realiza poucas e ineficazes práticas de educação, que por não atenderem às necessidades das mulheres, não provocam mudanças em suas práticas, o que por sua vez desmotiva os profissionais. Mais uma vez reforça-se a necessidade urgente de se estabelecer novas metodologias de educação para a saúde, capazes de quebrar esse ciclo instalado.

Um aspecto interessante sobre as questões relacionadas às práticas educativas refere-se aos resultados das ações executadas pelos profissionais, ou seja, em que medida as informações por eles oferecidas às mulheres sobre o CM estão sendo assimiladas e transformadas em conhecimentos potencialmente transformadores de práticas entre as mulheres.

Percebe-se pelas falas dos profissionais que as ações educativas fazem parte de suas atividades, entretanto, nota-se que estas informações não estão sendo suficientes para, em alguns casos, melhorar o conhecimento e modificar as práticas das mulheres como, por exemplo, no caso dos fatores de risco para o CM.

As mulheres incluídas neste estudo apresentaram pouco conhecimento sobre os fatores de risco e baixa mudança de hábitos de vida (Tabela 5.4), assim como no caso do AEM, em que aproximadamente 20% das mulheres não modificaram sua prática após ter recebido informações sobre o método (Tabela 5.6). A comunicação entre o profissional e a usuária é fundamental para o sucesso de qualquer tipo de intervenção. Esta relação deve ser mutuamente construída e para isso, é necessário que os profissionais estejam atentos para identificar possíveis entraves para uma comunicação efetiva, não tratando simplesmente de informar as mulheres, e sim de sensibilizá-las.

Os depoimentos a seguir sobre as práticas educativas apontam para a necessidade de adoção de abordagens mais efetivas, já que as falas dos próprios profissionais indicam certa desvalorização dessas práticas, como neste caso em que o profissional as descreve no diminutivo:

(Orientação sobre a prática do AEM) “Falo, falo aqui na hora do exame e dou o **papelzinho** e ainda dou as **palestrinhas** na recepção” (Dali)

Neste outro caso, fica evidente que as ações não estão sendo planejadas e sistematizadas de forma satisfatória, já que aparentemente não se trata de uma prática realizada regularmente e parece não haver uma preocupação no direcionamento da ação a uma população específica a quem se deseja atingir, ou seja, quem estiver ouve e quem não estiver?, Como será informada?.

Chama a atenção a atenção o descaso dos profissionais com as práticas educativas, não havendo uma preocupação em fornecer conhecimentos que possam ser revertidos em práticas capazes de prevenir o CM, fortalecendo-se a idéia de valorização da doença e da cura em detrimento da prevenção e da saúde.

“**Não é freqüente**, mas a gente faz **palestras**, **não é pra todo mundo**, mas o **pessoal que às vezes ta no dia da palestra ouve** (as orientações)” (Botticelli)

Um indício de que a forma como o conhecimento é passado influencia na sua assimilação está na seguinte comparação: entre as mulheres estudadas o AEM é conhecido e praticado em altas frequências, sendo que segundo os profissionais, o AEM não é ensinado apenas por meio de palestras, mas sim numa conversa individual, fazendo-se com que a mulher se sinta valorizada na sua subjetividade pelo profissional.

Os profissionais relatam que ensinam e consideram que este conhecimento gere o efeito esperado na maioria das mulheres, que é a prática regular do AEM, conforme relatos a seguir:

“Ah **eu oriento na hora que eu faço o ECM**: ah você faz o auto-exame e tal? Você sabe como que é? Aí eu explico” (Raphael)

“É ensinado, é ensinado... **a enfermeira toda vez que ela vai examinar a mama, ela ensina a fazer o AEM né?**” (Botticelli)

“Tem as palestras, mas geralmente **eu prefiro na consulta, aqui, cara a cara...**(ensinar o AEM) (Degas)

“**Elas tem conhecimento do AEM**, a maioria tem, acho muito difícil alguma falar que não sabe o que é... todas sabem e **eu oriento na hora do ECM também**” (Dali)

O sucesso de uma ação que vise a detecção precoce e a redução nos riscos do CM deve ser planejada pensando-se para além do fornecimento de informações. A mulher precisa ser estimulada para a modificação de hábitos e para a adoção de uma postura pró-ativa no processo de seu cuidado, conhecendo e utilizando seu direito ao acesso e aos serviços demandados.

O CM conforme discutido ao longo deste trabalho representa um grande desafio para a saúde pública, principalmente pela impossibilidade de impedir seu desenvolvimento e pela escassez de recursos financeiros para a utilização da mamografia como exame de massa para rastreamento da doença em municípios como Dourados.

O município de Dourados possui um mamógrafo para atendimento das mulheres pelo SUS, o que limita a oferta deste serviço para muitas mulheres com indicação para o exame, conforme identificado neste trabalho.

Para minimizar o impacto da doença na população feminina, torna-se necessário que estratégias efetivas e acessíveis sejam incorporadas nas práticas dos profissionais da saúde, como por exemplo, a educação para a saúde e o ECM

anual. O Toque de Vida veio como uma estratégia para organizar a atenção ao CM, por meio principalmente da realização anual do ECM como método de rastreamento em mulheres de 40 a 69 anos de idade na ESF, entretanto, cabe aos gestores municipais e profissionais da ESF concorrer para que as ações disparadas pelo projeto sejam institucionalizadas de forma permanente.

Vale ressaltar que a ESF abre-se como uma excelente oportunidade para que ações como as citadas sejam oferecidas à população, considerando-se o modelo organizacional caracterizado pelo trabalho em equipe, estabelecimento de vínculos e práticas pautadas na integralidade da atenção, entretanto, muitas ainda são as barreiras para que a detecção precoce do CM esteja ao alcance da população mais vulnerável social e culturalmente e pelo próprio risco da doença observado em alguns grupos de mulheres.

## 6. CONCLUSÕES

Neste estudo observou-se que as mulheres possuem conhecimento sobre o CM e sobre o AEM, entretanto pouco sabe sobre os fatores de risco da doença, além disso, o conhecimento não tem sido suficiente para a mudança de comportamento, com adoção de hábitos favoráveis à saúde e aderência aos métodos de detecção precoce do CM disponíveis na cidade de Dourados.

Outro fator a se considerar é que entre as mulheres observou-se a presença de algumas crenças que, muitas vezes, impedem que novas opiniões sejam formadas. Os problemas advindos das questões que envolvem o corpo e a sexualidade estão latentes nas mulheres e a forma como os profissionais vem lidando com estas questões não parece contribuir para que as dificuldades sejam transpostas.

As práticas educativas são fundamentais para que se estabeleça um canal de comunicação entre profissionais e usuárias, entretanto, estas práticas não estão sendo desenvolvidas a contento, nem no que diz respeito à frequência e nem no que diz respeito principalmente à forma como as informações são transmitidas. Os próprios profissionais que definem o assunto, data, horário, local e público-alvo das ações de educação, se mostram incrédulos sobre seu potencial, o que gera práticas descontextualizadas e não convincentes, não atendendo nem as expectativas dos profissionais e nem as necessidades e desejos das mulheres.

Percebe-se que a comunicação é um grave problema a ser solucionado para melhoria das ações relacionadas ao CM. A comunicação entre os profissionais e as mulheres é insuficiente, ineficaz e com poucas chances de proporcionar desdobramentos positivos para a incorporação de conhecimentos e práticas sobre a detecção precoce do CM. Este vínculo é primordial para que os objetivos das ações sejam efetivamente alcançados e fortalecidos.

Um grande exemplo da falta de comunicação está na percepção que os profissionais têm a respeito das mulheres e vice-versa sobre o ECM. Os profissionais “culpam” as mulheres por não participarem das ações e não procurarem pelo ECM, em contrapartida, a expressiva maioria das mulheres não percebeu aumento na frequência com que suas mamas são examinadas na UBSF, e quase a metade não notou melhora na atenção dispensada ao CM. Este achado realmente chama a atenção, considerando-se que o ECM foi uma estratégia inserida

como rotina a partir de 2004 e o aumento na oferta desta ação deveria ter sido notada por um grupo maior de mulheres.

Sem dúvida que isso pode ser resultante da constatação de que o ECM embora esteja “disponível” a todas as mulheres, acaba por ser utilizado basicamente por aquelas que realizam o Papanicolaou, o que reflete a insuficiência das estratégias de busca e sensibilização de mulheres que estão à margem deste serviço.

A realização do ECM conjuntamente ao Papanicolaou é bastante coerente e certamente facilitou a inserção do ECM na rotina de mulheres que nunca haviam tido suas mamas examinadas, contudo, essa lógica é excludente, no sentido de que o grupo de mulheres que não realizam o Papanicolaou acaba por não receber o ECM. E deve-se considerar que este grupo constitui-se principalmente de mulheres com idades mais avançadas, representando justamente o grupo de maior risco para o CM. Pode-se conceber então, que o ECM não está sendo utilizado pelas mulheres que mais se beneficiariam dele, principalmente diante do acesso reduzido à mamografia.

Entende-se que o aumento da cobertura tanto do ECM, como do Papanicolaou deve ser priorizada. Não basta a oferta do serviço, este, deve ser de fato utilizado por suas usuárias, o que mais uma vez remete para a necessidade de se repensar as práticas educativas.

A despeito das dificuldades organizacionais muitas vezes resultante do planejamento a nível gestor sem a participação dos profissionais, a comunicação entre os profissionais também apresenta-se fragilizada. A equipe de SF pressupõe práticas integrais e interdisciplinares, portanto as ações para a detecção precoce do CM devem ser planejadas pelos atores envolvidos, incluindo-se a população feminina, conforme os recursos disponíveis e as necessidades de saúde da população.

Nota-se que em Dourados os profissionais apresentam-se sobrecarregados com a quantidade de programas vinculados à SF, além do tempo gasto com a burocracia. Isto faz com que a cultura individualista se perpetue. As ações embora algumas vezes, tenham objetivos comuns são realizadas de forma fragmentada retrocedendo no percurso já percorrido em busca da integralidade na atenção. Trabalho em Equipe pressupõe interação, relação, conjunto, o que não faz parte da

realidade observada especificamente no caso do CM e que, certamente, não é uma realidade exclusiva dos profissionais em Dourados.

Estas dificuldades acabam por reduzir o engajamento dos profissionais nas ações propostas, e considerando-os peças fundamentais de uma engrenagem, sem seu envolvimento o que teremos serão resultados pobres, a despeito do investimento de recursos de várias ordens para o planejamento e implantação de uma ação com esta referente ao CM.

Fica claro que a implantação de programas e ações nos serviços de saúde é de suma importância, mas seu planejamento deve ser pensado para além dos recursos financeiros, capacitações e atividades. Deve-se pensar em como esta ação será de fato operacionalizada, para isso há de se ouvir aqueles de fato farão a engrenagem funcionar: gestores, profissionais e população, senão, corre-se o risco de que ações importantes como a que está aqui sendo tratada, acabem por serem bem idealizadas, porém subutilizadas e conseqüentemente descontinuadas.

## REFERÊNCIAS<sup>1</sup>

Abreu E, Koifman S. Fatores prognósticos no câncer de mama feminina. Rev Bras Cancerol 2002; 48(1):113-31.

Afonso N. Women at high risk for breast cancer--what the primary care provider needs to know. J Am Board Fam Med. 2009; 22(1):43-50.

Aguillar VLN, Bauab SP. Mamas radiograficamente densas: um desafio para o radiologista. Rev. bras. Mastologia; 2004; 14(4):142-8.

Albert US, Schulz K. Clinical breast examination: what can be recommended for its use to detect breast cancer in countries with limited resources?. Breast J 2003; 9(suppl 2):s90-s93.

Albert US, Altland H, Duda V, Engel J, Geraedts M, Heywang-Köbrunner S, et al. 2008 Update of the guideline: early detection of breast cancer in Germany. J Cancer Res Clin Oncol 2009; 135:339-54.

Althuis MD, Dozier JM, Anderson WF, Devesa SS, Brinton LA. Global trends in breast cancer incidence e mortality 1973-1997. Int Epidemiol 2005; 34:405-12.

Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface 2005; 9(16): 39-52.

American Cancer Society. Breast cancer, facts & figures 2001-2002. American Cancer Society; 2002. [Acesso em: 01 fev 2008]. Disponível em:<  
<http://www.cancer.org/downloads/STT/BrCaFF2001.pdf>>

---

<sup>1</sup> Conforme International Commttee of Medical Journal Editors (Vancouver Style) – Grupo de Vancouver, 1979.

American Cancer Society. Cancer facts & figures 2008. Atlanta: American Cancer Society; 2008. [Acesso em: 01 fev 2008]. Disponível em:<  
<http://www.cancer.org/downloads/STT/2008CAFFfinalsecured.pdf>>

Amorim VMSL, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados a não realização da mamografia e do exame clínico das mamas: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 2008; 24(11):2623-32.

Anderson B, Braun S, Lim S, Smith RA, Taplin S, Thomas DB. Early detection of breast cancer in countries with limited resources. Breast J 2003; 9(suppl 2):s51-s59.

Angus J, Paszat L, McKeever P, Trebilcock A, Shivji F, Edwards B. Pathways to breast cancer diagnosis and treatment: exploring the social relations of diagnostic delay. Texto Contexto Enferm 2007; 16(4):591-8.

Austoker J. Breast self examination. BMJ 2003; 326:1-2.

Bancej C, Decker K, Chiarelli A, Harrison M, Turner D, Brisson J. Contribution of clinical breast examination to mammography screening in the early detection of breast cancer. J Med Screen 2003; 10(1):1-13.

Bardin L.. Análise de conteúdo. Lisboa: edições 70; 1977.

Batiston AP, Santiago SM. Avaliação epidemiológica das pacientes com câncer de mama submetidas a tratamento fisioterapêutico no Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2003.

Batiston AP, Tamaki EM, Santos MLM, Cazola LHO. Método de detecção do câncer de mama e suas implicações. Cogitare Enferm. No prelo.

Beral V, Banks E, Reeves G. Evidence from randomised trials on the long-term effects of hormone replacement therapy. *Lancet*. 2002; 360(9337):942-4.

Bertol SRS. A comunicação da saúde na divulgação do câncer de mama: estudo comparado Brasil - Estados Unidos. *Communicare* 2008; 8(1): 128-40.

Besen CB, Netto MS, Ros MAD, Silva FW, Silva CG, Pires MF. A Estratégia Saúde da Família como objeto de educação em saúde. *Saúde e Sociedade* 2007; 16(1): 57-68.

Bobo JK, Lawson HW, Lee NC. Risk factors for failure to detect a cancer during clinical breast examinations (United States). *Cancer Causes Control* 2003; 14:461-8.

Borghesan DHP, Baraúna M, Pelloso SM, Carvalho MDB. Auto-exame das mamas: conhecimento e prática entre profissionais da área da saúde de uma instituição pública. *Acta sci. Health sci* 2003; 25(1):103-13.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Falando sobre o câncer de mama. [acesso em 19 ago 2005]. Disponível em:<  
[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/pagina%20cancer/mama/Falando\\_ca\\_mama\\_v11\\_05\\_01.doc](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/pagina%20cancer/mama/Falando_ca_mama_v11_05_01.doc)>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Atlas de mortalidade por câncer no Brasil. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Controle do câncer de mama: documento de consenso; 2004. [acesso em 10 mar 2007]. Disponível em:  
<http://www.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

Buck C. Después de Lalonde: Hacia la generación de salud. OPS. Boletín Epidemiológico 1986; 7(2):10-6.

Carelli I, Pompei LM, Mattos CS, Ferreira HG, Pescuma R, Fernandes CE, Peixoto S. Knowledge, attitude and practice of breast self-examination in a female population of metropolitan São Paulo. *The Breast* ]

Chapgar AB, McMasters KM. Trends in Mammography and Clinical Breast Examination: A Population-Based Study. *J Surg Res* 2007; 140:214–9.

Champion VL. Breast self-examination: what now?. *Oncol Nurs Forum* 2003; 30(5):723-4.

Celis JAR. Avances en el diagnóstico del cáncer de la mama. Importancia de la pesquisa y diagnóstico precoz. Reflexiones sobre el problema en Venezuela. *Gac Méd Caracas* 2001; 109(3): .

Chlebowski RT, Chen Z, Anderson GL, Rohan T, Aragaki A, Lane D, et al. Ethnicity and breast cancer: factors influencing differences in incidence and outcome. *J Natl Cancer Inst.* 2005; 97:439-48.

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet* 2002;360(9328):187-95.

Coughlin SS, Sabatino SA, Shaw KM. What Factors are Associated with Where Women Undergo Clinical Breast Examination? Results from the 2005 National Health Interview Survey. *Open Clin Cancer J.* 2008 ; 2: 32-43.

Couture MC, Nguyen CT, Alvarado BE, Velasquez LD, Zunzunegui MZ. Inequalities in breast and cervical cancer screening among urban Mexican women. *Prev Med* 2008; 47:471-6.

Cruz LMB, Loureiro RP. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. *Saúde Soc. São Paulo* 2008; 17(2):120-31.

Davim RMB, Torres GV, Cabral MLN, Lima VM, Souza MA. Auto-exame de mama: conhecimento de usuárias atendidas no ambulatório de uma maternidade escola. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003; 11(1):21-7.

Dias-da-Costa JSD, Olinto MTA, Menezes AMB, Macedo S, Fuchs SC. Cobertura do exame físico de mama: estudo de base populacional em Pelotas, RS. *Rev Bras Epidemiol* 2003; 6(3):39-48.

Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Bassani D, Marchionatti CRE, Bairros FS, Oliveira MLP, et al. Desigualdades na realização do exame clínico de mama em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(7):1603-12.

Elmore JG, Armstrong K, Lehman CD, Fletcher SW. Screening for breast cancer. *JAMA* 2005; 293(1):1245-56.

Feig SA. Screening mammography: a successful public health initiative. *Rev Panam Salud Publica* 2006; 20(2/3):125-33.

Fenton JJ, Barton MB, Geiger AM, Herrinton LJ, Rolnick SJ, Harris EL, et al. Screening clinical breast examination: how often does it miss lethal breast cancer?. *Natl Cancer Inst Monogr.* 2005;(35):67-71.

Fernandes AFC, Viana CDMR, Melo EM, Silva APS. Ações para detecção precoce do câncer de mama: um estudo sobre o comportamento de acadêmicas de enfermagem. *Cienc Cuid Saude* 2007; 6(2):215-22.

Ferreira MLM, Oliveira C. Conhecimento e significado para funcionárias de indústrias têxteis sobre prevenção do câncer do colo-uterino e detecção precoce do câncer da mama. *Rev Bras Cancerol* 2006; 52(1): 5-15.

Ferri SMN, Pereira MJB, Mishima SM, Caccia-Bava MCG, Almeida MCP. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. *Interface Comunic., Saúde, Educ* 2007; 11(23): 515-29.

Fogaça EIC, Garrote LF. Câncer de mama: atenção primária e detecção precoce. *Arq Ciênc Saúde* 2004;11(3):179-81.

Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; 13(2):262-8.

Freitas Júnior R, Baêta LF, Aires NM, Paulinelli RR, Finotti MCF, Silveira MT. Auto-exame das mamas entre estudantes de medicina. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1999; 21:287-90.

Freitas Júnior R, Koifman S, Santos NRM, Nunes MOA, Melo GG, Ribeiro ACG et al. Conhecimento e prática do auto-exame de mama. *Rev. Assoc. Med. Bras* 2006; 52(5): 337-41.

Funke L, Krause-Bergmann B, Pabst R, Nave H. Prospective analysis of the long-term effect of teaching breast self-examination and breast awareness. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2008; 17(5):477-82.

Gerling GJ, Weissman AM, Thomas GW, Dove EL. Effectiveness of a dynamic breast examination training model to improve clinical breast examination (CBE) skills. *Cancer Detection and Prevention* 2003; 27:451-6.

Godinho ER, Koch HA. O perfil da mulher que se submete a mamografia em Goiânia– uma contribuição às bases para um programa de detecção precoce do câncer de mama. *Radiol Bras* 2002; 35(3):139–45.

Godinho ER, Koch HA. Rastreamento do câncer de mama: Aspectos relacionados ao médico. *Radiol Bras* 2004; 37(2):91-9.

Godinho ER, Koch HA. Fontes utilizadas pelas mulheres para aquisição de conhecimentos sobre câncer de mama. *Radiol Bras* 2005; 38(3):169-73.

Green BB, Taplin SH. Breast cancer screening controversies. *J Am Board Fam Pract* 2003; 16(3):233-41.

Gui GPH, Hogben RKF, Walsh G, Hern RA, Eeles R. The incidence of breast cancer from screening women according to predicted family history risk: does annual clinical examination add to mammography?. *Eur J Cancer* 2001; 37:1668-73.

Hackshaw AK, Paul EA. Breast self-examination and death from breast cancer: a meta- analysis. *Br J Câncer* 2003; 88:1047-53.

Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2005.

Heyman E, Tyner R, Phipps C, Cave L, Owen DC. Is the hospital setting that place for teaching breast self-examination?. *Cancer Nurs.* 1991; 14(1):35-40.

Iannotti RJ, Finney LJ, Sander AA, Leon JM. Effect of clinical breast examination training on practitioner's perceived competence. *Cancer Detection and Prevention* 26 (2002) 146-8.

Igene H. Global health inequalities and breast cancer: an impending public health problem for developing countries. *Breast J.* 2008; 14(5):428-34.

Kagay CR, Quale C, Smith-Bindman R. Screening mammography in the American elderly. *Am J Prev Med.* 2006; 31:142-149.

Kemp C, Elias S, Gebrim LH, Nazário ACP, Baracat EC, Lima GR. Estimativa de custo do rastreamento mamográfico em mulheres no climatério. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005; 27(7):415-20.

Key TJ, Verkasalo PK, Banks E. Epidemiology of breast cancer. *Lancet Oncol* 2001; 2: 133-40.

Koren ME, Hertz JE. Older Women's Breast Screening Behaviors: What Nurses Need to Know. *Medsurg Nurs* 2007;16(2):80-5.

Knutson D, Steiner E. Screening for breast cancer: current recommendations and future directions. *Am Fam Physician* 2007; 75(11):1660-6.

Ku Y. The value of breast self-examination: meta-analysis of the research literature. *Oncol Nurs Forum* 2001; 28(5):815-22.

Kudadjic-Gyamfi E, Consedine N, Magai C, Gillespie M, Pierre-Louis J. Breast self-examination practices among women from six ethnic groups and the influence of cancer worry. *Breast Cancer Res Treat* 2005; 92:35-45.

Lam WWM, Chan CP, Chan CF, Mak CCC, Chan CF, Chong KWH, et al. Factors affecting the palpability of breast lesion by self-examination. *Singapore Med J*. 2008;49(3):228-32.

Lima-Costa MF, Matos DL. Prevalência e fatores associados à realização da mamografia na faixa etária de 50-69 anos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2003). *Cad Saúde Pública* 2007; 23(7):1665-73.

Madan AK; Aliabadi-Wahle S; Babboc AM; Posner M; Beech DJ. Education of medical students in clinical breast examination during surgical clerkship. *The American Journal of Surgery* 2002; 184:637-41.

Mahoney MC, Bevers T, Linos E, Willett WC. Opportunities and Strategies for Breast Cancer Prevention Through Risk Reduction. *CA Cancer J Clin* 2008; 58:347-71

Marchi AA, Costa-Gurgel MS, Fonsechi-Carvasan GA. Rastreamento mamográfico do câncer de mama em serviços de saúde públicos e privados. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2006; 28(4):214-9.

Marchick J, Henson DE. Correlations between Access to Mammography and Breast Cancer Stage at Diagnosis. *Cancer* 2005; 103:1571–80.

Marinho LAB. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame da mama e do exame de mamografia em usuárias dos centros de saúde do município de Campinas. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2001.

Marinho LAB, Costa-Gurgel MS, Cecatti JG, Osis MJD. O papel do auto-exame mamário e da mamografia no diagnóstico precoce do câncer de mama. *Rev. Ciênc. Méd* 2002; 11(3):233-42.

Marinho LAB, Costa-Gurgel MS, Cecatti JG, Osis MJD. Conhecimento, atitude e prática do autoexame das mamas em centros de saúde. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(5):576-82.

Marinho LAB, Cecatti JG, Osis MJD, Costa-Gurgel MS. Knowledge, attitude and practice of mammography among women users of public health services. *Rev Saúde Pública* 2008;42(2):200-7.

Mato Grosso do Sul. Governo do Estado. Nosso estado: dados básicos. Disponível em:< <http://www.ms.gov.br/index.php?inside=1&tp=3&comp=&show=949>>. Acesso em: 5 de mar. de 2009.

Mcdonald S, Saslow D, Alciati MH. Performance and reporting of clinical breast examination: a review of the literature. *Ca Cancer J Clin* 2004; 54:345-61.

McGreevy KM, Baron LF, Hoel DG. Clinical Breast Examination Practices among Women Undergoing Screening Mammography. *Radiol* 2002; 224:555-9.

McCready T, Littlewood D, Jenkinson J. Breast self-examination and breast awareness: a literature review. *J Clin Nurs* 2005;14(5):570-8.

Meissner HI, Breen N, Taubman ML, Vernon SW, Graubard BY. Which women aren't getting mammograms and why? (United States). *Cancer Causes Control* 2007; 18:61–70.

Melville SK, Luckmann R, Coghlin J, Gann P. Office systems for promoting screening mammography. *J. Fam. Pract.*, 37:569-74, 1993.

Menke CH, Pohlmann PR, Backes A, Cericatto R, Oliveira M, Bittelbrunn A, et al. Tumor size as a surrogate end point for the detection of early breast cancer: a 30-Year (1972–2002), single-center experience in southern Brazil. *Breast J* 2007; 13(5):448-56.

Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

Millers AB, Baines CJ. Detection of breast cancer. Self examination contributes to reduction in mortality. *BMJ* 2001; 322:793.

Miñana JS, Ganuzaa MG, Sanchís MVM, Ferrer GP, Candel JG, Sánchez MLS, et al. Utilización de la mamografía de cribado y sus determinantes demográficos y de riesgo entre mujeres de 25 a 65 años. *Med Clin (Barc)* 1997; 108:767-71

Molina L, Dalben I, Luca LA. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. *Rev Assoc Med Bras* 2003; 49(2):185-90.

Molina EC. Estilo de vida para prevenir el cáncer de mama. *Hacia la Promoción de la Salud* 2006; 11:11-9.

Monteiro APS, Arraes EPP, Pontes LB, Campos MSSC, Ribeiro RT, Gonçalves REB. Auto-exame das mamas: frequência do conhecimento, prática e fatores associados. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2003; 25(3): 201-5.

Morabia A, Zhang FF. History of medical screening: from concepts to action. *Postgrad Med J*. 2004; 80(946):463-9.

Müller MC, Frasson A, Kieling C, Hoffmann FS, Fleck P, Zogbi H, Matta AZ, Werres J. A prática do auto-exame das mamas em mulheres de uma comunidade universitária. *Psico-USF* 2005; 10(2):185-90.

Musre OP. Câncer de mama. epidemiología y factores de riesgo. *Cuad Méd Soc (Chile)* 2007; 47(1):18-30.

Novaes HMD, Braga PE, Schoudt D. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003. *Ciência Saúde Coletiva* 2006; 11(4):1023-35.

Oestreicher N, White E, Lehman CD, Mandelson MT, Porter PL, Taplin SH. Predictors of sensitivity of clinical breast examination. *Breast Cancer Res Treat* 2002; 76:73-81.

Paiva CE, Ribeiro BS, Godinho AA, Meirelles RSP, Silva EVG, Marques GD et al. Fatores de risco para câncer de mama em Juiz de Fora (MG): um estudo caso-controlado. *Rev Bras Cancerol* 2002; 48(2):231-7.

Park B, Kim S, Kim MH, Kim E, Park SH, Lee KS. Clinical breast examination for screening of asymptomatic women: The importance of clinical breast examination for breast cancer detection. *Yonsei Med J* 2000; 41(3):312-8.

Paulinelli RR, Freitas Júnior R, Curado MP, Souza AA. A situação do câncer de mama em Goiás, no Brasil e no mundo: Tendências atuais para a incidência e mortalidade. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2003; 3(1):17-24.

Pereira MG, *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

Pinho AA, França Júnior I, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. *Cad. Saúde Pública*; 2003; 19(Sup. 2): S303-S313.

Pinho VFS, Coutinho ESF. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(5):1061-9.

Poblano-Verástegui O, Figueroa-Perea JG, López-Carrillo L. Condicionantes institucionales que influyen en la utilización del examen clínico de mama. *Salud Públ de Mex* 2004; 46(4):294-305.

Prefeitura Municipal de Dourados. Dados sócio-demográficos. Disponível em:<<http://www.dourados.ms.gov.br>>. Acesso em: 5 de mar. de 2009.

Reeder S, Berkanovic E, Marcus AC. Breast cancer detection behavior among urban women. *Public Health Rep* 1980; 95:276-81.

Rim A, Chellman-Jeffers M, Fanning A. Trends in breast cancer screening and diagnosis. *Cleve Clin J Med* 2008;75 (Supl1):S2-9.

Rutledge DN, Barsevick A, Knobf MT, Bookbinder M. Breast cancer detection: Knowledge, attitudes, and behaviors of women from Pennsylvania. *Oncol Nurs Forum* 2001; 28(6):1032-40.

Sambamoorthi U, McAlpine DD. Racial, ethnic, socioeconomic, and access disparities in the use of preventive services among women. *Prev Med.* 2003; 37:475-84.

Sclowitz ML, Menezes AMB, Gigante DP, Tessaro S. Conduas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(3):340-9.

Seah M, Tan SM. Am I breast cancer smart? Assessing breast cancer knowledge among healthcare professionals. *Singapore Med J* 2007; 48(2): 158-62.

Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso do Sul. Instituto Nacional de Câncer. Projeto Avon: Toque de Vida. Disponível em:<  
<http://www.saude.ms.gov.br/externo/downloads/ProjetoAvon.doc>>. Acesso em: 13 de out. de 2004.

Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso do Sul. Instituto Nacional de Câncer. Rastreamento do câncer de mama por meio do exame clínico no estado do Mato Grosso do Sul: Relatório Final. 2005.

Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso do Sul. Coordenadoria Estadual de Atenção Básica. Mortalidade em Mato Grosso do Sul: uma análise exploratória. 2008.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: Divisão de doenças e agravos não-transmissíveis, Centro de vigilância epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”, Coordenadoria de controle de doenças. Instituição do Comitê Estadual para a Promoção da Alimentação Saudável e Prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública* 2008; 42(2): 380-2.

Shen Y, Yang Y, Inoue LYT, Munsell MF, Miller AB, Berry DA. Role of detection method in predicting breast cancer survival: analysis of randomized screening trials. *J Natl Cancer Inst* 2005; 97(13):1195-203.

Simon CE. Breast cancer screening: cultural beliefs and diverse populations. *Health & Social Work* 2006; 31(1):37-43.

Smith RA, Caleffi M, Albert U, Chen THH, Duffy SW, Franceschi D, Nyström L. Breast Cancer in limited-resource countries: early detection and access to care. *Breast J* 2006;1(suppl 1):s16-s26.

Souza LM, Fioravente E. Fatores associados à realização dos exames preventivos de câncer de mama e de colo uterino, pelas mulheres brasileiras. Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em Caxambu- MG – Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008.

Swedish Organised Service Screening Evaluation Group. Reduction in breast cancer mortality from organized service screening with mammography: 1. further confirmation with extended data. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006;15(1):45-51.

Thuler LCS, Freitas HG. Evaluation of a community-based intervention to enhance breast cancer screening practices in Brazil. *J Eval Clin Pract* 2008; 14: 1012-17.

Tonani M, Carvalho EC. Risco de câncer e comportamentos preventivos: a persuasão como estratégia de intervenção. *Cad Saúde Pública* 2004; Sup 2:S190-S198.

Torres-Arreola LP, Doubova SV. Câncer de mama: detección oportuna en el primer nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45(2):157-66.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20( suppl.2): s190-s198.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo (SP): Atlas; 1992.

Tucunduva LTCM, Sá VHLC, Koshimura ET, Preudente FVB, Santos AF, Samano EST, et al. Estudo da atitude e do conhecimento dos médicos não oncologistas em relação às medidas de prevenção e rastreamento do câncer. *Rev Assoc Med Bras* 2004;50(3):257-62.

Vargas HI, Anderson BO, Chopra R, Lehman CD, Ibarra JA, Masso S, Vass L. Diagnosis of breast cancer in countries with limited resources. *Breast J* 2003;9(suppl 2):s60-s66.

Veronesi U, Boyle P, Goldhirsch A, Orecchia R, Viale G. Breast cancer. *Lancet* 2005; 365:1727–41.

Villacrés-Vela K, Alarcón-Rozas AE. Estudio Piloto sobre actitudes preventivas para cáncer de mama en Mujeres de Sullana. *Rev Med Hered* 2002; 13(4):131-4.

Vogel VG. Breast cancer prevention: a review of current evidence. *CA Cancer J Clin*. 2000; 50(3):156-70.

Wall KM, Núñez-Rocha GM, Salinas-Martínez AM, Sánchez-Peña SR. Determinants of the use of breast cancer screening among women workers in urban Mexico. *Prev Chronic Dis* 2008;5(2). [acesso em 30 jan 2009]. Disponível em: [http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/apr/07\\_0039.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/apr/07_0039.htm)

Weinmann S, Taplin SH, Gilbert J, Beverly RK, Geiger AM, Yood MU, Mouchawar J, Manos MM, Zapka JG, Westbrook E, Barlow WE. Characteristics of women refusing follow-up for tests or symptoms suggestive of breast cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2005; (35):33-8.

Weiss NS. Breast cancer mortality in relation to clinical breast examination and breast self-examination. *Breast J* 2003;9(suppl 2):s86-9.

Wells KJ, Roetzheim RG. Health disparities in receipt of screening mammography in latinhas: A critical review of recent literature. *Cancer Control*. 2007; 14(4):369-79.

World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: WHO; 2002.

**ANEXO A – Carta de Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul**



**Universidade Federal de Mato Grosso do Sul**  
**Comitê de Ética em Pesquisa /CEP/UFMS**



*Carta de Aprovação*

*A minha assinatura neste documento, atesta que o protocolo nº 1125 da Pesquisadora Adriane Pires Batiston intitulado “Avaliação dos resultados do Programa de detecção precoce do câncer de mama implementado nas Unidades Básicas de Saúde da Família em Dourados-MS no período de Agosto de 2004 a julho de 2005”, e o seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram revisados por este comitê e aprovados em reunião ordinária no dia 24 de abril de 2008, e seu título emendado para “Detecção precoce do câncer de mama: conhecimento e prática de mulheres e profissionais da Estratégia de Saúde da Família em Dourados/MS” em 3 de março de 2009, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde.*

*Prof. Odair Pimentel Martins*

*Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS*

*Campo Grande, 03 de março de 2009.*

**APÊNDICE A – Questionário aplicado às mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família em Dourados - MS**

**Questionário a ser aplicado nas mulheres de 40 a 69 anos cobertas pelo PSF Dourados**

<b>BLOCO 1 : PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO</b>	<b>nº</b>
. Há quanto tempo reside em Dourados? [__][__] anos [__][__] meses	
. Idade em anos: [__] anos	
. Situação conjugal: [__] casada [__] solteira [__] viúva [__] amasiada [__] separada	
. Qual a cor de sua pele? [__] branca [__] preta/negra [__] parda [__] amarela [__] vermelha [__] outra	
. A Senhora Estudou? [__] sim [__] não	
. Qual a última série que a Senhora completou na escola? [__] série do [__] grau [__] não lembra	
. A Senhora trabalha fora de casa? [__] sim [__] não Atividade:	
. Esta casa que a senhora mora é própria? [__] sim [__] não	
<b>BLOCO 2: INFORMAÇÕES SOBRE CONHECIMENTO E PRÁTICAS SOBRE O CÂNCER DE MAMA</b>	
9. Alguma pessoa da sua família já teve câncer de mama? [__] sim [__] não	
10. Quem? [__] mãe [__] irmã [__] avó materna [__] avó paterna [__] tia [__] prima [__] outras	
11. Nos últimos 3 anos a Sra. recebeu informações sobre o Câncer de mama? [__] sim [__] não [__] não lembra	
12. Onde foi que a Sra. recebeu informação? [__] Unidade de Saúde da Família [__] jornais, revistas, TV [__] amigas/conhecidas/familiares [__] outros serviços de saúde [__] escola, associações, igrejas e outros [__] não lembra [__] Outros:	
13. Em sua opinião o que pode aumentar as chances de uma mulher ter câncer de mama? _____	
14. Desses fatores que a Sra. citou como possíveis causadores do CA de mama, quais a Sra. procura evitar? _____	
15. A Sra. acha que quem realiza o AEM precisa ter sua mama examinada por um profissional? [__] sim [__] não [__] não sabe	
16. A Sra. acha que quem realiza o AEM precisa fazer a mamografia? [__] sim [__] não [__] não sabe	
17. Sra. acha que quem tem sua mama examinada por um profissional da saúde na UBSF precisa fazer a mamografial? [__] sim [__] não [__] não sabe	
<b>BLOCO 3: INFORMAÇÕES SOBRE CONHECIMENTO E PRÁTICAS SOBRE OS MÉTODOS PARA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA</b>	
18. Nos últimos 3 anos a Sra: Recebeu informações sobre: Auto-exame das mamas ou exame da mama feito pela própria mulher, em que a Sra. examina o próprio seio? [__] sim [__] não [__] não lembra	
19. Nos últimos 3 anos a Sra. recebeu orientação de: Como fazer o exame? [__] sim [__] não [__] não lembra Quando (período do mês) fazer o exame? [__] sim [__] não [__] não lembra O que deve procurar durante o exame? [__] sim [__] não [__] não lembra	
20. Após as orientações recebidas sobre o AEM a senhora: [__] passou a realizar o AEM [__] continuou a fazer o AEM [__] Não realiza o AEM	
21. Quando a Sra. Realiza o AEM: [__] todo mês : [__] 7 a 10 dias após a menstruação [__] sempre no mesmo dia de cada mês [__] qualquer dia do mês [__] quando lembra [__] outros: _____	
22. Nos últimos 3 anos a Sra. encontrou alguma alteração na sua mama durante o AEM ? [__] sim [__] não [__] não lembra	

<p>23. Caso a Sra. não realize o AEM, por qual motivo não o realiza:</p> <p><input type="checkbox"/> esquece de realizar <input type="checkbox"/> não acredita no exame <input type="checkbox"/> tem medo de encontrar um tumor <input type="checkbox"/> não sabe o que deve procurar <input type="checkbox"/> não sabe fazer o exame <input type="checkbox"/> nunca ouviu falar do exame <input type="checkbox"/> outros: _____</p>
<p>24. Nos últimos 3 anos quantas vezes suas mamas foram examinadas por um profissional da saúde na UBSF? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> nenhuma <input type="checkbox"/> outros <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> não lembra</p>
<p>25. A Senhora alguma vez pediu a um profissional da saúde para que examinasse a sua mama ? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não lembra</p>
<p>26. Nos últimos 3 anos durante o exame das mamas realizado por profissional na UBSF, foi encontrada alguma alteração ? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe</p>
<p>27. Em relação a mamografia a Sra já realizou este exame:</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe</p>
<p>28. Quantas vezes a Sra. já realizou a mamografia nos últimos 3 anos ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vezes</p>
<p>29. Por que a Senhora nunca fez a mamografia</p> <p><input type="checkbox"/> nenhum médico pediu este exame</p> <p><input type="checkbox"/> nunca senti nada nas mamas</p> <p><input type="checkbox"/> este exame já foi pedido, porém eu tinha medo de fazê-lo</p> <p><input type="checkbox"/> era muito difícil de conseguir marcar este exame</p> <p><input type="checkbox"/> porque este exame é caro</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: _____</p>
<p><b>BLOCO 4: INFORMAÇÕES SOBRE A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE RELACIONADA AO CÂNCER DE MAMA</b></p>
<p>30. Utiliza do SUS para consultas e exames da mama: <input type="checkbox"/> exclusivamente <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> misto _____ (convênio)</p>
<p>31. Nos últimos 3 anos quantas vezes a Sra fez exame preventivo do Ca do colo do útero (Papanicolau)? <input type="checkbox"/> vezes <input type="checkbox"/> não lembra</p>
<p>32. A senhora foi encaminhada para:</p> <p><input type="checkbox"/> novo exame com outro profissional <input type="checkbox"/> ultra-sonografia <input type="checkbox"/> mamografia <input type="checkbox"/> punção <input type="checkbox"/> retorno em _____ meses <input type="checkbox"/> não lembra <input type="checkbox"/> não recebeu nenhum encaminhamento</p>
<p>33. Caso tenha sido encaminhada para um novo exame a Sra.</p> <p><input type="checkbox"/> conseguiu realizá-lo rapidamente</p> <p><input type="checkbox"/> demorou a conseguir realizar o exame</p> <p><input type="checkbox"/> não conseguiu realizar o exame</p> <p><input type="checkbox"/> não procurou fazer o exame solicitado</p> <p><input type="checkbox"/> pagou para realizar o exame mais rapidamente</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: _____</p>
<p>34. Em sua opinião, nos últimos 3 anos a preocupação dos profissionais da saúde em relação ao câncer de mama na UBSF:</p> <p><input type="checkbox"/> melhorou <input type="checkbox"/> piorou <input type="checkbox"/> Não melhorou nem piorou <input type="checkbox"/> não sabe responder <input type="checkbox"/> outros: _____</p>
<p>35. Escolha uma ou mais alternativas que correspondam as melhorias observadas pela senhora nos últimos 3 anos:</p> <p><input type="checkbox"/> consegue marcar consultas com mais facilidade</p> <p><input type="checkbox"/> consegue realizar consultas e exames da mama mais rapidamente</p> <p><input type="checkbox"/> as mamas são examinadas com maior frequência</p> <p><input type="checkbox"/> estabeleceu maior vínculo com os profissionais da US</p> <p><input type="checkbox"/> a senhora está mais tranqüila em relação a saúde de suas mamas.</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: _____</p>

## **APÊNDICE B – Roteiro de entrevista aos profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família em Dourados - MS**

### Roteiro para entrevista

- 1) Em relação ao programa de saúde da mulher, o que é priorizado aqui em Dourados?
- 2) Qual a situação do câncer de mama aqui?
  - que ações?
  - como?

### Exame clínico das mamas

- 3) Toda mulher que vem aqui tem sua mama examinada?
- 4) Tem mulher que pede para realizar o ECM?
- 5) Quem faz o exame?
- 6) Você tem conseguido detectar alterações na mama durante o exame clínico

### Auto-exame da mamas

- 7) Você ensina?
- 8) As mulheres fazem?
- 9) Principais problemas?

### Mamografia

- 10) Quem é encaminhada para a mamografia?
- 11) É o ideal?
- 12) Quem é encaminhada consegue realizar o exame?

### Educação em Saúde

- 13) Os fatores de risco são abordados?
- 14) De que forma?
- 15) O que elas sabem?
- 16) Você identifica mitos? Informações erradas?

### Capacitação

- 17) O que você achou da capacitação oferecida a você em 2004 por meio do Toque de Vida?
- 18) Benefícios? Limitações?
- 19) Os conhecimentos que você adquiriu, você consegue colocar em prática?
- 20) E as práticas continuam? Se sustentam?
- 21) Por que não?/ Sim?
- 22) O que seria necessário para continuidade?

**APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família em Dourados – MS**

Você esta sendo convidada a participar em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo realizado pela Pesquisadora Adriane Pires Batiston.

O estudo tem por finalidade Avaliar sua percepção sobre o câncer de mama.

Este estudo não apresenta qualquer tipo de risco a você e nem restrições para sua participação, pois não será realizado que possa prejudicar seu bem estar físico, mental ou social. Além de você, poderão participar deste estudo mulheres com idade entre 40 e 69 anos cadastradas na Estratégia de Saúde da Família na cidade de Dourados/MS.

Caso você concorde em participar como voluntária deste estudo, você será entrevistada pela pesquisadora responsável. Suas respostas, não serão reveladas a ninguém, apenas a pesquisadora e você terão conhecimento de suas respostas.

Você será entrevistada uma única vez e não será mais procurada, a não ser que você tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, após o término do estudo, você poderá ter acesso aos resultados da pesquisa e de que forma os mesmos poderão contribuir para a melhoria do cuidado do câncer de mama em sua cidade e no estado.

Para perguntas ou solucionar qualquer dúvida referente ao estudo você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável pelos telefones: 92167-33256452 ou 92167-92543123. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo chame o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul pelo telefone 67-3345 7187.

A participação neste estudo não oferece nenhum prejuízo a você, mesmo assim você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento. Se você desistir do estudo não será proibido de participar de novos estudos. Caso você não queira participar deste estudo, você não terá nenhum prejuízo em relação ao seu atendimento na Unidade Básica de Saúde da Família.

Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento, e outra via ficará com a pesquisadora.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que sou voluntário a tomar parte no estudo

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável

Dourados, \_\_\_/\_\_\_/2008

## **APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família em Dourados - MS**

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido pela Pesquisadora Adriane Pires Batiston.

O estudo tem por finalidade avaliar sua percepção sobre as ações destinadas à detecção precoce do Câncer de mama.

Este estudo não apresenta qualquer tipo de risco a você e nem restrições para sua participação, pois não será realizado nenhum tipo de procedimento que possa lhe prejudicar em nenhum aspecto. Além de você participar deste estudo profissionais médicos e enfermeiros que foram capacitados pelo Projeto Toque de Vida em 2004 e que ainda desempenhem suas atividades na atenção básica à saúde.

Caso você concorde em participar deste estudo, você será entrevistado (a) apenas uma vez pela pesquisadora responsável, suas respostas, não serão reveladas a ninguém, apenas a pesquisadora e você terão conhecimento de suas respostas. A pesquisadora solicitará sua permissão para realizar a gravação da entrevista, neste caso as informações gravadas serão utilizadas apenas para a realização deste estudo, sua identidade será mantida em completo sigilo e apenas a pesquisadora e você saberão o que você respondeu. As fitas ficarão sob responsabilidade da pesquisadora e serão inutilizadas após o registro das informações nelas contidas.

Caso tenha alguma dúvida, você poderá procurar a pesquisadora a qualquer momento durante ou após o término do estudo, você poderá ter acesso aos resultados da pesquisa.

Para solucionar qualquer dúvida referente ao estudo você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável pelos telefones: 92167-33256452 ou 92167-92543123. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo chame o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul pelo telefone 67-3345 7187.

A participação neste estudo não oferece nenhum prejuízo a você, mesmo assim você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento. Se você desistir do estudo não será proibido de participar de novos estudos. Sua participação no estudo é voluntária.

Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento, e entregará a outra com a sua assinatura para a pesquisadora.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que sou voluntário a tomar parte no estudo

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora responsável

Dourados, \_\_\_/\_\_\_/2008

