

**UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE**

NEIDE DERENZO

**DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA: ANÁLISE DA
PERCEPÇÃO DE MULHERES ATENDIDAS PELA EQUIPE SAÚDE
DA FAMÍLIA**

MARINGÁ
2015

NEIDE DERENZO

**DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA: ANÁLISE DA
PERCEPÇÃO DE MULHERES ATENDIDAS PELA EQUIPE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde no Centro Universitário de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Picinin
Bernuci
Co-orientadora Prof. Dra. Cássia Kely
Favoretto Costa

MARINGÁ

2015

D259d

DERENZO, Neide

Detecção Precoce do Câncer de Mama: análise da percepção de Mulheres atendidas pela Equipe Saúde da Família.

Neide Derenzo. Maringá-Pr. Unicesumar, 2016.
49p.

Mestrado em Promoção da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Picinin Bernuci
Co-Orientadora: Profa. Dra. Cássia Kely Favoretto Costa

1. Neoplasia Mamária. 2. Rastreamento. 3. Prevenção. 4. Promoção da Saúde
I. Título. UNICESUMAR.

CDD 22ª Ed. 614

NBR 12899 - AACR/2

NEIDE DERENZO

**Detecção Precoce do Câncer de Mama: Análise da Percepção de Mulheres
Atendidas pela Equipe Saúde da Família**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro
Universitário de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em
Promoção da Saúde pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

COMISSÃO JULGADORA

Prof. Dr. Marcelo Picinin Bernuci
Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR
Presidente

Profª Drª Ely Mitie Massuda
Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR
Membro Interno

Profª Drª Maria Antonia Ramos Costa
Universidade Estadual do Paraná – UNESPAR - Campus Paranavaí
Membro Titular Externo

Aprovado em: 03 de março de 2016.

DEDICATÓRIA

A Deus, pela fé que me mantém viva, lutando e não me deixando desistir, mesmo com todas as dificuldades que passei e estou passando no decorrer destes dois anos de Mestrado, tendo que optar pelo meu emprego de 16 anos de dedicação, perda de meu querido Pai “Afonso Derenzo” e o acidente com meu amado filho “Lucas Derenzo” com uma lesão grave cerebral e hoje estamos lutando para continuarmos vivos. Ao meu esposo “José Luiz” companheiro, parceiro e incentivador e aos meus outros dois filhos queridos “Natália e Leonardo” pela compreensão da minha ausência desde o ingresso no mestrado até a defesa.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me amparar em horas e momentos tão difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades, mostrar os caminhos nas horas incertas e me suprir em todas as minhas necessidades.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Marcelo Picinin Bernuci, pela dedicação, carinho e por ter aceitado dar continuidade no meu trabalho de forma profissional.

À minha querida co-orientadora Prof.^a Dr.^a Cassia Kely Favoretto Costa, pela dedicação, paciência, carinho, compreensão e por ter me conduzido por todo o início da minha dissertação com calma necessária para me ajudar nos momentos difíceis que passei.

Ao meu amado esposo José Luiz e aos meus queridos filhos Natália, Leonardo e Lucas pela minha ausência em horários que necessitavam de meus carinhos, mas não deixaram de me apoiar.

Agradecimento especial para a Prof.^a Dr.^a Maria Antônia Ramos Costa pelo apoio e incentivo para não me deixar desistir, mostrando que a pesquisa é a melhor forma de criação e de melhoria para a vida profissional.

A todos os enfermeiros(as) das Equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF), que me receberam com carinho e auxiliaram no levantamento dos cadastros das mulheres, e em especial aos ACS que colaboraram prontamente, sempre com um sorriso e disponibilidade em ajudar principalmente a localizar as residências das mulheres na aplicação do questionário.

Agradeço a todos os meus professores e funcionários do CESUMAR pelo convívio e pelos ensinamentos.

Enfim, agradeço a todos os amigos, adquiridos durante o mestrado, pessoas maravilhosas que tive o privilégio de conhecer. Muito obrigada!

RESUMO

O câncer de mama é o câncer mais frequentemente diagnosticado e a principal causa de morte por câncer entre as mulheres em todo o mundo. O conhecimento da percepção das mulheres sobre a doença e os métodos preventivos podem auxiliar no desenvolvimento de novas estratégias a serem aplicadas nos programas de controle do câncer de mama. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo analisar a percepção das mulheres sobre os fatores de risco para o câncer de mama, métodos preventivos e atendimento dos serviços de saúde. Para tanto, foram entrevistadas 193 das 14.638 mulheres com 35 a 69 anos de idade cadastradas em 24 equipes da estratégia de saúde da família de um município do noroeste do Paraná, Brasil. Os resultados mostram que os principais fatores de risco relacionados com o aumento da incidência de câncer de mama foram: histórico familiar (52%), estilo de vida (42%), história reprodutiva (22%) e exposição a radiações (13%). Sobre os métodos de detecção precoce e prevenção, 75,92% já realizaram mamografia, 86,53% já tiveram suas mamas examinadas clinicamente por profissional e somente 46,11% realizam mensalmente o autoexame da mama. Quanto às fontes de informações sobre o programa de prevenção do câncer de mama, dos 61% das participantes que citaram ter recebido alguma orientação nos últimos três anos, 76% indicaram os meios de comunicação e 15% os serviços de saúde como fonte desta informação. Quanto às principais melhorias que ocorreram nos últimos três anos no atendimento da UBS, 40% delas informaram que conseguem marcar consultas com mais facilidade, 34% estabeleceram maior vínculo com os profissionais da UBS e 22% observam maior capacitação e conhecimento dos profissionais. Quanto aos principais problemas dos últimos três anos no atendimento da UBS, 65% das entrevistadas citaram o fato de não conseguirem realizar consultas e exames de mama rapidamente e 35% delas não conseguirem marcar consultas com maior facilidade. Os resultados obtidos no estudo apontam que a população apresenta considerável nível de informação sobre os fatores de risco do câncer de mama bem como sobre os métodos preventivos, no entanto, questões relacionadas à dinâmica do serviço assistencial parecem ser preponderantes para a insatisfação das mesmas, constituindo um possível fator de recusa de adesão ao programa de controle de câncer.

Palavras-chave: Neoplasia Mamária; Rastreamento; Prevenção; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Breast cancer is often a disease diagnosable. It is the main cause of death among women worldwide. The perception of women about the disease and the preventive methods can assist in the development of new strategies to be applied in the control of breast cancer. This way, this research aimed to analyze the perception of women about the risk factors for breast cancer, preventive methods and the health care services. For this purpose, in a total of 14.638 women, we interviewed 193 women with 35 to 69 years old. These women are registered in 24 teams of the family health strategy in a city in the Northwest of Paraná state, Brazil. The results show that the main risk factors are related to the increased incidence of breast cancer, such as: family history (52%), lifestyle (42%), reproductive history (22%) and radiation exposure (13%). As for the methods of early detection and prevention, 75,92 % of interviewers have already performed mammogram. 86,53 % of women have already had their breasts examined clinically for a health professional and only 46.11% of them have performed breast self-examination monthly. In regard to sources of information about the Breast Cancer Prevention Program, 61% of interviewed received some guidance over the past three years, 76% indicated the media to this information and 15% health services as the source of this information. To the major improvements that have occurred in the last three years in service at Basic Health Unit (BHU), we highlighted that 40% of them have informed us that they can schedule appointments more easily. 34% have established a greater link with the professionals at BHU and 22% have observed greater empowerment and knowledge of professionals. To the main problems of the last three years in service at BHU, 65% interviewed related the fact of not being able to perform medical consultations and breast exams quickly. 35% of them failed to schedule medical consultations with more easily. The results indicate that the population offers considerable level of information about the risk factors of breast cancer, as well as on the preventive methods. However, issues related to the dynamics of welfare service seem to be prevalent to the dissatisfaction of them. For this reason, it has constituted a possible factor of refusal of membership to the Cancer Control Program.

Keywords: Mammary Tumor; Screening; Prevention; Health Promotion.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição de frequências das respostas das entrevistadas referentes ao perfil sócio econômico e demográfico. Paranaíba, Paraná, 2014.....	24
Tabela 2. Distribuição de frequências das respostas das entrevistadas referentes à história reprodutiva. Paranaíba, Paraná, 2014.....	25
Tabela 3. Distribuição de frequências dos fatores relacionados com o aumento da incidência de câncer de mama citados pelas entrevistadas. Paranaíba, Paraná, 2014.	26
Tabela 4. Distribuição de frequências das respostas das entrevistadas referentes à mamografia. Paranaíba, Paraná, 2014.....	27
Tabela 5. Distribuição de frequências das respostas das entrevistadas referentes ao ECM. Paranaíba, Paraná, 2014.....	28
Tabela 6 – Distribuição de frequências das respostas das entrevistadas referentes ao AEM. Paranaíba, Paraná, 2014.....	29
Tabela 7. Distribuição de frequências das respostas das entrevistadas referentes às informações sobre a utilização dos serviços de saúde relacionados ao câncer de mama. Paranaíba, Paraná, 2014.....	30

LISTA DE ABREVIATURAS

AEM	Autoexame das Mamas
BI-RADS	Breast Imagingn Reporting and Data System
BRCA	Cancro de Mama – Câncer de Mama
CA de Mama	Câncer de mama
CM	Câncer de Mama
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
ECM	Exame Clínico da mama
ERPR	Estrogênio Receptor Receptor-Progesterona
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FC	Fundamental Completo
FI	Fundamental Incompleto
IDH	Índices de Desenvolvimento Humano
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MC	Médio Completo
MI	Médio Incompleto
MS	Ministério da Saúde
NR	Não Respondido
OMS	Organização Mundial da Saúde
SC	Superior Completo
SI	Superior Incompleto
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCH	University College Hospital

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	13
1.1 Objetivo Geral	15
1.2 Objetivos Específicos	15
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
2.1 Câncer de mama e fatores de risco	16
2.2 Métodos de detecção	18
3. MATERIAIS E MÉTODOS	22
3.1 Desenho do Estudo.....	22
3.2 Obtenção e análise dos dados	22
3.3 Técnica, instrumento para coleta e análise de dados.....	23
4. RESULTADOS	24
4.1 Perfil socioeconômico e demográfico	24
4.2 História reprodutiva.....	25
4.3 Percepção das mulheres sobre os fatores de risco relacionados ao Câncer de Mama....	26
4.4 Percepção das mulheres sobre a mamografia e o autoexame das mamas.....	26
4.5 Utilização dos serviços de saúde e percepção sobre o atendimento.....	30
5. DISCUSSÃO	32
6. CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS	37
ANEXOS	43
Anexo A.....	43
Anexo B.....	44
Anexo C.....	45
Anexo D.....	47
APÊNDICES	48
Apêndice A.....	48

1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama tem sido considerado um grave problema de saúde pública, pois se configura como a causa mais comum de morte entre as mulheres (OMS, 2013). Embora a incidência deste tipo de câncer tenha aumentado expressivamente ao longo das últimas décadas e esteja positivamente associada com baixos índices de desenvolvimento humano (IDH), (GHONCHEH *et al.*, 2015) a taxa de mortalidade sofre progressiva regressão em países de renda alta (DeSANTIS *et al.*, 2015). Ainda segundo este estudo, contrastantes e preocupantes são as crescentes taxas de incidência e mortalidade em vários países, particularmente aqueles submetidos a mudanças rápidas no índice de desenvolvimento humano.

Estudos recentes têm apontado que os incrementos na incidência do câncer de mama podem estar relacionados ao aumento da expectativa de vida, ao processo de urbanização e de industrialização (PARK *et al.*, 2014; TORRE *et al.*, 2016) bem como à melhora da tecnologia diagnóstica e a ampliação de programas de rastreamento (KAPLAN *et al.*, 2015; LOBERG *et al.*, 2015). No entanto, tendências de aumento de incidência e morte refletem diferenças nos padrões de fatores de risco e acesso e disponibilidade a detecção precoce e tratamento oportuno. Relatos da associação entre altos índices de mortalidade e diagnóstico tardio e assistência médica incipiente têm sido amplamente divulgados (IGENE, 2008; ALVES *et al.*, 2014; TATALOVICH *et al.*, 2015; FAROLFI *et al.*, 2015) e parecem ser frequentes nos países em desenvolvimento.

Este cenário hodierno se reflete no Brasil, onde a estimativa de novos casos de câncer de mama se assemelha a países de baixo desenvolvimento (CECILIO *et al.*, 2015). Apenas para o ano de 2015 foi estimado o risco de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2014) e, na região sudeste, uma das áreas mais desenvolvidas do país, embora o número de mortes por esta neoplasia tenha se estabilizado, a alta incidência ainda é um fator preocupante (KLUTHCOVSKY *et al.*, 2014; GONZAGA *et al.*, 2015). Para o Estado do Paraná, a taxa de incidência em 2014 foi de 61,76 casos a cada 100 mil mulheres, e o número de óbitos no período compreendido entre os anos 2000 a 2012 ultrapassou 8.000 mulheres (BRASIL, 2014). Este perfil não se difere nos municípios com alto índice de IDH, como é o caso do Município de Paranaíba, localizado na região noroeste do Paraná, no sul do Brasil, que apresenta aumento crescente de mortalidade por esta neoplasia maligna, passando de seis mortes em 2013 para dez em 2014.

Virtuosamente, em países desenvolvidos, os índices de mortalidade foram reduzidos de maneira expressiva após maciço investimento e organização do rastreamento e diagnóstico precoce organizado (GLOBAL BURDEN OF DISEASE CANCER COLLABORATION, 2015). No entanto, no Brasil, o rastreamento oportunístico prevalece, no qual a população procura de maneira espontânea as unidades de saúde para investigação (INCA, 2014).

Embora existam estratégias e programas para orientar e estimular a prevenção ao câncer de mama, a eficácia dessas medidas é questionável. A adesão aos métodos preventivos ainda é limitada, visto que grande parte das mulheres busca ajuda quando a doença já apresentou proporções substanciais. Há evidências de que esta realidade se deva à falta de conhecimento dos fatores de risco da doença e da relevância da detecção precoce para o prognóstico favorável (CASTRO, 2009; FREITAS *et al.*, 2012; VIEIRA *et al.*, 2015). Além disso, reconhece-se, pelo menos em nosso país, que mulheres atendidas em serviços públicos apresentam pior prognóstico, o que tem sido particularmente atribuído ao fato de a doença ter sido diagnosticada em um estágio muito avançado (GUERRA *et al.*, 2015).

Diante do fato de que a falta de conhecimento sobre os riscos e as terapias pode levar a equívocos e à subutilização de prevenção e tratamento (GREENE e HIBBARD, 2012; WELLS *et al.*, 2015; LIVAUDAIS-TOMAN *et al.*, 2015; DAMIANI *et al.*, 2015; COSTA *et al.*, 2016), o estudo do nível de informação das mulheres acerca da doença e a percepção que elas têm a respeito dos métodos de detecção precoce e também dos fatores de risco é fundamental para o desenvolvimento de programas e campanhas direcionadas a esse público. Dessa forma, o presente estudo analisou a percepção das mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Paranavaí-PR com relação à detecção precoce do câncer de mama.

1.1 Objetivo geral

Analisar a percepção das mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Paranavaí-PR com relação à detecção precoce do câncer de mama.

1.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil socioeconômico, demográfico e a história reprodutiva;
- Identificar os fatores de risco para o câncer de mama na percepção das mulheres;
- Analisar a percepção das mulheres sobre os serviços de saúde relacionados aos aspectos de promoção da saúde e de prevenção do câncer de mama.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Câncer de mama e fatores de risco

O câncer de mama corresponde às alterações genéticas, hereditárias ou espontâneas que ocorrem no ácido desoxirribonucleico (DNA) das células epiteliais da mama, que afetam o tecido ductal ou lobular (ou seja, o local de produção do leite). É caracterizado por um desenvolvimento anormal (neoplásico) destas células, que se multiplicam de forma descontrolada e desordenada, formando um tumor. As células alteradas têm a capacidade de migrar e de se implantar em gânglios linfáticos ou órgãos distantes, gerando o processo denominado de metástase (ALDEN, 2013).

Dentre os fatores de risco para o câncer de mama, primeiramente, pode-se destacar o fato de o indivíduo ser do sexo feminino e apresentar número de casos de câncer de mama bem maior do que o masculino anualmente (PIRHARD; MERCÊS, 2009). Isto ocorre devido à maior quantidade de tecido mamário presente nas mulheres e à sua maior exposição ao estrogênio (GONÇALVES *et al.*, 2010).

A idade, por sua vez, é o segundo fator de risco associado ao câncer de mama. O risco da neoplasia mamária cresce com o aumento da idade da mulher, aparecendo, em média, acima dos 50 anos (SANTOS; ARAUJO, 2012; RODRIGUEZ *et al.*, 2013). Destaca-se ainda a sua ocorrência em idade inferior a 40 anos, sendo mais raro na faixa etária inferior a 30 anos (BOTELL; BERMÚDEZ, 2009).

Nesta linha, a história familiar, principalmente em parentes de primeiro grau (mãe, irmã ou filha), também tem sido associada a um elevado risco de desenvolver o câncer de mama. Welsh *et al.* (2009) e Pivetta *et al.* (2014) destacam que as filhas de mulheres que já tiveram câncer de mama apresentam a chance de desenvolvê-lo em duas ou três vezes a mais que outras pessoas sem o mesmo parentesco. A predisposição hereditária é responsável por 5% a 10% dos casos e a maioria ocorre devido a mutações em dois genes denominados BRCA-1 e BRCA-2 (BRASIL, 2014).

Os fatores endócrinos que predispõem ao câncer de mama, relacionados ao aspecto hormonal, principalmente na vida reprodutiva da mulher são os seguintes: a menarca precoce, em especial antes dos 11 anos de idade, menopausa tardia, após os 54 anos de idade, primeira gestação após os 30 anos, uso de anticoncepcionais, terapias de reposição hormonal e nulíparas (MATTOS, 2011; JÁCOME, 2013).

Em relação à menarca que corresponde à idade em que ocorre a primeira menstruação da mulher, sabe-se que quanto mais cedo ela ocorrer, maior será a exposição ao risco de desenvolver o câncer de mama, pois há uma mudança hormonal que resulta em ovulação, menstruação e a propagação celular do tecido mamário, levando a uma maior exposição hormonal (BRASIL, 2014).

Já na menopausa, que é o termo usado para o momento da última menstruação, que pode ocorrer entre 45 e 55 anos, os ovários param de produzir hormônios femininos e no caso da menopausa tardia (após os 55 anos) os riscos estão relacionados ao aumento de exposição prolongada aos estrogênios (BRASIL, 2011). Quanto mais tarde a mulher entrar na menopausa, mais tempo ela ficará exposta a esse hormônio, responsável por estimular as células da glândula mamária a se reproduzir (PIRHARD; MERCÊS, 2009).

A primeira gestação após os 30 anos também é classificada como um fator de risco para o câncer de mama, pois neste período ocorre um aumento de estrogênio no organismo da mulher e, associado a esse fato, está o uso de contraceptivos com dose moderada e alta de estrógeno, que expandem em aproximadamente 1,6 e 2,7 vezes, respectivamente, a chance do desenvolvimento da doença (BRASIL, 2011).

Nesta linha dos fatores de risco, a terapia hormonal também está relacionada ao câncer de mama pela ação do estrogênio. O estrogênio é um hormônio indispensável na indução do crescimento das células do tecido mamário, o que aumenta o potencial de alterações genéticas e, conseqüentemente, o desenvolvimento do câncer (PIRHARD; MERCÊS, 2009).

Alimentação inadequada, sedentarismo e consumo de álcool também são considerados fatores determinantes para o desenvolvimento de câncer mamário. A alimentação inadequada das mulheres fornece um ambiente favorável para o desenvolvimento, crescimento, multiplicação e disseminação da célula cancerosa, principalmente se esses alimentos pobres de substâncias essenciais forem consumidos por longos períodos. Um exemplo desses alimentos são os embutidos, que contêm níveis significativos de agentes cancerígenos, como também a ingestão de carnes gordurosas, frituras e hambúrguer, que podem alterar os níveis de hormônio no sangue e, destaca-se a dieta com uso excessivo de gorduras, principalmente as saturadas, que favorecem a carcinogênese mamária (BRASIL, 2014).

O fator dieta está relacionado também ao aumento do peso ou a níveis distintos de obesidade. Este aspecto está associado ao risco de câncer de mama, principalmente para as mulheres após a menopausa, pois neste período a produção do hormônio estrogênio é

interrompida nos ovários e o corpo da mulher passa a desenvolvê-lo no tecido adiposo. Assim, quanto maior a quantidade deste tecido, mais alta é a concentração de gordura e, conseqüentemente, aumenta-se o risco da neoplasia mamária (COTTET *et al.*, 2009; INUMARU *et al.*, 2011).

O risco de câncer de mama também pode surgir a partir do consumo de álcool: no caso de um consumo acima de 60g por dia, a cada 10g de incremento de dose diária, aumenta o risco de câncer em até 9%. O etanol age como carcinogênico, aumentando a permeabilidade da membrana celular a carcinógenos, inibindo a desintoxicação pelo fígado, prejudicando o metabolismo de nutrientes e induzindo ao estresse oxidativo. Além disso, pode atuar como mutagênico, por meio do acetaldeído, aumentar os níveis séricos de estrógenos e a atividade de transcrição do receptor de estrógeno, elevando a resposta da célula à ação deste hormônio (INUMARU *et al.*, 2011).

Em relação ao tabagismo, existem compostos presentes na fumaça do cigarro (hidrocarbonetos policíclicos, aminas aromáticas e nitrosaminas) que induzem a carcinogênese mamária por meio do achado de adutos de DNA e de mutações do gene p53 (LOMBARDI, 2011). Sabe-se que entre os 6.700 compostos encontrados no tabaco, dos quais 4.720 são substâncias identificadas quimicamente, algumas dessas são farmacologicamente ativas, antigênicas, citotóxicas, mutagênicas e carcinogênicas (JUNG *et al.*, 2014).

2.2 Métodos de detecção

O câncer de mama é um tipo de doença, que quando diagnosticada na fase inicial, tem grandes chances de cura, com baixo nível de morbidade e mortalidade feminina. No Brasil, o Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional do Câncer – INCA, tem inserido programas em nível estadual e municipal para avaliar e acompanhar as políticas nacionais que estão sendo aplicadas no controle do câncer. Além disso, tem procurado incorporar novas ações de rastreamento e detecção precoce do câncer de mama (BRASIL, 2014).

Em 2014, Oshiro *et al.* destaca que, mesmo havendo políticas nacionais e regionais de detecção precoce, o câncer de mama no Brasil ainda é um importante problema de saúde pública devido ao diagnóstico tardio. Esse fato pode ser atribuído às dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde, ao desequilíbrio entre a oferta e a demanda por atendimentos e à gestão ineficiente das esferas municipal e estadual para definir os fluxos de procura,

principalmente para os casos suspeitos, e à falta de conhecimento sobre os possíveis fatores de risco e métodos de tratamento.

Neste contexto, Shi *et al.* (2010) e Brasil (2014) mostram que o diagnóstico e o tratamento precoce do câncer de mama são muito importantes para a sobrevivência da mulher e, quanto mais cedo for detectado, maior a probabilidade da cura com tratamentos menos agressivos. Destaca-se que são diretrizes relacionadas à prevenção do câncer no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a implementação de ações de detecção precoce do câncer, por meio de rastreamento (“screening”) e diagnóstico precoce (BRASIL, 2013).

No Brasil, conforme a revisão das Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama, publicada em 2015, a mamografia é o método preconizado para rastreamento na rotina da atenção integral à saúde da mulher (BRASIL, 2015). A mamografia é o único exame cuja aplicação em programas de rastreamento apresenta eficácia comprovada na redução da mortalidade do câncer de mama.

A mamografia, por sua vez, é a mais importante técnica de imagem para as mamas e, se executada adequadamente, diminui a mortalidade por tipo de doença em mulheres com mais de 50 anos. Mesmo antes dessa idade, o exame é válido, porém, há maior dificuldade de interpretação devido à maior densidade do tecido mamário. Sendo assim, é o método de escolha para rastreamento de carcinoma mamário (ZIMMERMANN *et al.*, 2012).

Existem dois tipos de mamografia, a convencional e a digital. A mamografia convencional usa o sistema de écran-filme associado a um equipamento específico para o exame de mamografia com gravação de imagem da película por meio de reações de agentes químicos e é aceita como padrão para o rastreio mamográfico populacional da mulher assintomática sem câncer de mama (SOUZA, 2012).

A mamografia digital é um método mais recente, em que a imagem é obtida por raios X em um aparelho especialmente desenhado para este fim com um detector individual para o equipamento, sendo obtida uma imagem digital. O custo do equipamento é cerca de três a quatro vezes maior do que o da mamografia convencional. A acurácia global das técnicas parece ser muito similar, mas, analisando as mulheres mais jovens, com idade inferior a 50 anos e com mamas mais densas, parece haver uma vantagem a favor da tomografia digital (SOUZA, 2012). Segundo Tosteson *et al.* (2008), em pesquisa com um modelo de custo-efetividade sob a perspectiva da sociedade americana do Medicare, mostrou-se que usar mamografia digital é custo-efetivo apenas em mulheres jovens. Entende-se que este custo-

efetivo está ligado à valorização do diagnósticos em mulheres mais novas com maior probabilidade de cura do que em mulheres de mais idade.

Outros métodos de prevenção e detecção precoce de câncer de mama mais utilizados no período atual são o Exame Clínico das Mamas (ECM) e o ultrassom. A ultrassonografia é, ao lado da mamografia, o mais importante método de imagem na investigação diagnóstica de alterações mamárias suspeitas, e os dois métodos são vistos como complementares na abordagem de diferentes situações clínicas. A ultrassonografia apresenta duas importantes vantagens sobre a mamografia na investigação diagnóstica do câncer de mama: a ausência do uso de radiação ionizante e o fato de sua acuidade diagnóstica não depender da densidade mamária (HOUSSAMI; LORD; CIATTO, 2009).

A ultrassonografia é o principal método adjunto da mamografia e do exame físico na detecção e no diagnóstico das doenças mamárias, sendo que seu uso vem crescendo ao longo dos anos. É o exame de escolha para mulheres com menos de 35 anos de idade, ou com mamas densas, nódulos palpáveis, processos inflamatórios e grávidas com sintomas mamários (SILVA; RIUL, 2011).

As indicações da ultrassonografia têm os seguintes objetivos: diferenciar e caracterizar nódulos sólidos e cistos identificados pela mamografia ou pelo exame clínico; orientar procedimentos intervencionistas na mama; avaliar pacientes jovens, gestantes ou lactantes com alterações clínicas na mama; pesquisar abscessos nas mastites; avaliar nódulos palpáveis em mamas radiologicamente densas; analisar implantes mamários; estadiar, locorregionalmente, o câncer de mama; caracterizar assimetrias focais que podem corresponder a nódulos; avaliar a resposta à quimioterapia neoadjuvante e complementar a mamografia no rastreamento do câncer de mama em mulheres com mamas radiologicamente densas (CHALA; BARROS, 2007).

O recomendado é o rastreamento por esses métodos anualmente e, para mulheres dos 50 aos 69 anos, sugere-se a mamografia. Já para mulheres com risco elevado, indica-se o rastreamento (anual) por exame clínico das mamas e mamografia a partir dos 35 anos (BRASIL, 2014).

2.3- Detecção Precoce e Prevenção do câncer de Mama

Sabe-se que o controle do câncer de mama no Brasil, tem um histórico de avanços e conquistas. Em meados dos anos 80, teve um marco histórico ao ser contemplado no

Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que postulava o cuidado mais amplo para além da atenção ao ciclo gravídico-puerperal. No final dos anos 90, com a implantação do Programa Viva Mulher, foram iniciadas ações voltadas à formulação de diretrizes e à estruturação da rede assistencial para a detecção precoce do câncer de mama. Em 2005, com o lançamento da Política Nacional de Atenção Oncológica, o controle dos cânceres do colo do útero e de mama foi destacado como componente fundamental dos planos estaduais e municipais de saúde (BRASIL, 2010).

Outro grande avanço nas políticas de saúde para a prevenção do câncer de mama no Brasil aconteceu em maio de 2013, quando a política de atenção oncológica foi atualizada pela Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013). Nesse mesmo ano, foi instituído o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN), uma versão em plataforma *web* que integra os Sistemas de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e do Câncer de Mama (SISMAMA) (BRASIL, 2014).

A Política Nacional para a prevenção e controle do câncer define diretrizes e princípios básicos para a identificação e a intervenção sobre os determinantes e condicionantes dos tipos de câncer. Neste aspecto prioriza ações de promoção à saúde como, por exemplo, a promoção de atividades e práticas relacionadas à promoção da saúde a serem desenvolvidas em espaços que inclusive ultrapassem os limites dos serviços de saúde, chegando, por exemplo, às escolas, aos locais de trabalhos e aos lares. Destaca também a eliminação, a redução e o controle de fatores de risco físicos, químicos e biológicos e a intervenção sobre seus determinantes socioeconômicos, além de integrar ações de detecção precoce do câncer, que são consideradas diretrizes relacionadas à prevenção do câncer (BRASIL, 2013).

Sobre a detecção precoce, que é uma forma de prevenção secundária e visa a identificar o câncer em estágios iniciais, momento em que a doença pode ter melhor prognóstico, existem duas estratégias: rastreamento e diagnóstico precoce (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). O objetivo do diagnóstico precoce é identificar pessoas com sinais e sintomas iniciais de uma determinada doença, primando pela qualidade e pela garantia da integralidade assistencial em todas as etapas da linha de cuidado da doença. A estratégia de diagnóstico precoce do câncer de mama mais aceita mundialmente nos últimos anos é formada pelo tripé: população alerta para os sinais e sintomas suspeitos de câncer; profissionais de saúde capacitados para avaliação dos casos suspeitos e sistemas e serviços de

saúde preparados para garantir a confirmação diagnóstica oportuna, com qualidade e garantia da integralidade da assistência em toda a linha de cuidado.

Já o rastreamento é uma estratégia baseada na realização de testes relativamente simples em pessoas saudáveis, com o intuito de identificar doenças em sua fase pré-clínica (assintomática). Quanto à forma de organização, o rastreamento pode ser populacional ou oportunístico. O rastreamento populacional ou organizado baseia-se na criação de programas estruturados por meio dos quais a população-alvo é convidada/convocada a participar das ações de rastreamento na periodicidade preconizada, com monitoramento e avaliação do desempenho de todas as etapas do processo. O rastreamento oportunístico ocorre quando as ações de rastreamento são realizadas de forma não sistemática, sem a convocação ativa da população-alvo definida por diretrizes. Nesse contexto, em geral, aproveita-se a presença da pessoa que está no serviço de saúde por outro motivo, para realizar testes de rastreamento ou solicitar os exames (BRAISL, 2014).

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo descritivo do tipo transversal, desenvolvido no município de Paranavaí, Paraná, no período compreendido entre os meses de agosto de 2014 a outubro de 2015. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário Cesumar – UniCesumar sob o parecer nº 977.791.

3.2 Obtenção e análise dos dados

O público alvo do estudo foram mulheres cadastradas em 24 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que estão alocadas em 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Paranavaí, no Paraná, com faixa etária de 35 a 69 anos (Anexo B). A população total correspondeu a 14.638 mulheres. Após cálculo de amostragem sistemática, por sorteio aleatório, com uma prevalência de câncer de mama de aproximadamente 80 por 100 mil (BRASIL, 2014), nível de confiança de 95% e erro de 4%, obteve-se uma amostra mínima de 193 mulheres.

Depois de estabelecido o número amostral, realizou-se sorteio aleatório das participantes, que foram localizadas com a ajuda do agente comunitário de saúde responsável pela equipe da saúde da família. As mulheres sorteadas foram abordadas, pela pesquisadora e receberam esclarecimentos em relação aos objetivos e método da pesquisa. Na sequência, foram convidadas a participar como voluntárias do estudo, destacando que poderiam aceitar ou não o convite, sem qualquer ônus e a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Apêndice B.

Dentre as 193 mulheres sorteadas inicialmente, 37 delas foram substituídas. Duas delas se encontravam impossibilitadas de responderem ao questionário (Doença Mental); 25 delas não foram encontradas na residência após três tentativas consecutivas; cinco se recusaram a responder o questionário; e cinco não residiam mais no endereço inicial. As substituições foram realizadas por conveniência onde a residente da casa localizada no lado direito da moradia da participante inicial foi selecionada. Se a nova participante não estivesse na faixa etária ideal, a vizinha da esquerda a substituiu e assim sucessivamente.

3.3 Técnica de coleta, instrumento para coleta e análise de dados

A técnica de coleta de dados correspondeu a uma entrevista estruturada (Apêndice A), desenvolvida a partir de Batiston (2009), que foi adaptada e submetida a um teste piloto com 30 mulheres cadastradas na ESF I São Jorge do município analisado. O objetivo foi verificar possíveis inconsistências e/ou dificuldades de interpretação das questões em relação ao objetivo da pesquisa. Destaca-se que no sorteio estatístico esta ESF não foi considerada, além disso, a pesquisadora realizou as entrevistas.

O instrumento de coleta de dados (questionário) foi dividido em quatro blocos com as seguintes informações (Apêndice 1): a) perfil socioeconômico e demográfico (questões 1-8); b) história reprodutiva (questões 9-17); c) detecção precoce do câncer de mama (questões 18-43) e d) o uso dos serviços de saúde referentes a essa doença (questões 44-48).

A organização, tabulação e sumarização dos dados foram feitas no *Microsoft Excel* 2010 e apresentados por meio de tabelas. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva com o auxílio do *software SAS (Statistical Analysis Software)*, versão 9.3.

4. RESULTADOS

4.1 Perfil sócio econômico e demográfico

A tabela 1 apresenta dados referentes à caracterização do perfil socioeconômico e demográfico das mulheres entrevistadas no estudo. Entre as 193 participantes, a média de idade foi de 53 anos; 64% delas declararam-se casadas; 47% sem estudo ou com o ensino fundamental incompleto; 67% são católicas, 54% se declararam de etnia branca e 44% de etnia negra/parda. Notou-se que grande parte das mulheres (31%) trabalha no lar e 24% são aposentadas/pensionistas, situação em que a maioria (63%) declarou ter renda familiar mensal de um a três salários mínimos.

Tabela 1 – Distribuição de frequências das respostas das entrevistadas referentes ao perfil socioeconômico e demográfico. Paranavaí, Paraná, 2014.

	Frequência	%
Faixa etária		NR = 0
35 40 anos	21	10,88
40 50 anos	48	24,87
50 60 anos	72	37,31
≥ 69 anos	52	26,94
Estado civil		NR = 0
Casada	123	63,73
Separada	17	8,81
Solteira	28	14,51
Viúva	25	12,95
Escolaridade		NR = 0
Não estudou / FI	91	47,15
FC / MI	42	21,76
MC / SI	46	23,83
SC / Especialização	14	7,25
Religião		NR = 0
Católico	129	66,84
Evangélico	57	29,53
Outras	7	3,63
Etnia		NR = 0
Branca	105	54,4
Negra / parda	86	44,56
Outras	2	1,04

NR: Não respondido;

FI: Fundamental incompleto; FC: Fundamental completo; MI: Médio incompleto;

MI: Médio incompleto; SI: Superior incompleto; SC: Superior completo.

4.2 História reprodutiva

Os dados referentes à história reprodutiva das mulheres entrevistadas no estudo estão apresentados na tabela 2. Dentre as que responderam as questões, 58,73% tiveram sua primeira menstruação entre os 12 e os 14 anos de idade e 46,52% tiveram sua primeira relação sexual entre 16 e 20 anos de idade. Das entrevistadas, 91% tiveram filhos, sendo que destas, 57% gestaram com 20 a 29 anos de idade e 56% amamentaram por mais de seis meses. Nota-se também que 82% das entrevistadas já fizeram uso de anticoncepcionais e, dentre as que usaram, quase 40% usou por menos de 5 anos e 16% por 20 anos ou mais. Apenas 38% das entrevistadas ainda não entraram na menopausa enquanto 27% entraram quando tinham mais de 50 anos. Por outro lado, apenas 17% das mulheres fizeram uso de Terapia de Reposição Hormonal para o tratamento de sintomas da menopausa.

Tabela 2 – Distribuição de frequências das respostas das entrevistadas referentes à história reprodutiva. Paranavaí, Paraná, 2014.

	Frequência	%
Idade da 1ª menstruação		NR = 4
> 12 anos	34	17,99
12 - 15 anos	111	58,73
≥ 15 anos	44	23,28
Idade da 1ª relação sexual		NR = 6
> 16 anos	21	11,23
16 - 20 anos	87	46,52
≥ 20 anos	79	42,25
Filhos		NR = 0
Não	17	8,81
Sim	176	91,19
Idade em que teve 1º filho		NR = 17
< 20 anos	64	36,36
20 - 30 anos	101	57,39
≥ 30 anos	11	6,25
Amamentou		NR = 13
Sim, menos de 6 meses	55	30,56
Sim, mais de 6 meses	100	55,56
Não	25	13,89
Anticoncepcional		NR = 0
Não	34	17,62
Sim	159	82,38

NR: Não respondido.

4.3 Percepção das mulheres sobre os fatores de risco relacionados ao Câncer de Mama

Os dados referentes à percepção da população estudada sobre os fatores de risco para o câncer de mama se encontram organizados na tabela 3. Quando questionadas acerca dos principais fatores relacionados ao aumento da incidência de câncer de mama, 22% das respondentes apontaram as opções relacionadas ao histórico reprodutivo (idade, menstruação, gravidez, menopausa). O uso de anticoncepcionais orais foi citado por cerca de um quinto delas. Fatores relacionados ao histórico familiar foram citados por 52% das entrevistadas, já os fatores relacionados ao estilo de vida (obesidade, alcoolismo, tabagismo) foram apontados por 42% das mulheres, ao passo que exposição a radiações por 13% delas. Outros fatores ainda foram citados por 55% das respondentes, sendo que os mais comuns foram alimentação, o fato de não amamentar e fatores psicológicos. Foi verificado também que a grande maioria (81%) das questionadas apontaram que ninguém de suas respectivas famílias já teve câncer de mama.

Tabela 3 – Distribuição de frequências dos fatores relacionados ao aumento da incidência de câncer de mama citados pelas entrevistadas. Paranavaí, Paraná, 2014.

Fatores*	Frequência	%
		NR = 55
Histórico reprodutivo	31	22,46
Uso de anticoncepcionais orais	28	20,29
Estilo de vida	58	42,03
Exposição a radiações	18	13,04
Histórico familiar	72	52,17
Outro	76	55,07

NR: Não respondido;

* mais de um fator poderia ser citado, sendo as frequências referentes a cada fator.

4.4 Percepção das mulheres sobre a mamografia, exame clínico das mamas e o autoexame das mamas

Os dados referentes à percepção das mulheres quanto à mamografia estão apresentados na tabela 4. Um quarto das entrevistadas nunca realizou o exame de mamografia, sendo que metade delas apontou que o motivo foi porque nenhum médico o havia pedido e a outra metade porque nunca sentiu nada nas mamas. Cerca de 90% das entrevistadas que já realizaram a mamografia apontaram que o exame foi realizado em uma

máquina ou aparelho e 86% delas disse que foi realizada a compressão (aperto) da mama. Em relação à frequência da mamografia, 36% a realizaram a cada dois anos e 34% a realizaram anualmente. Além disso, mais da metade (58%) das mulheres fizeram a última mamografia há menos de um ano e o motivo mais frequente foi devido a exames de rotina. Das que já realizaram o exame, apenas 13% tiveram alterações detectadas na mamografia. Além disso, 85% das respondentes acha que quem tem a mama examinada por um profissional da saúde na Unidade Básica de Saúde (UBS) precisa fazer mamografia.

Tabela 4 – Distribuição de frequências das respostas das entrevistadas referentes à mamografia. Paranavá, Paraná, 2014.

	Frequência	%
Já fez mamografia		NR = 2
Não	46	24,08
Sim	145	75,92
Maneira que o exame foi realizado*		NR = 48
Solicitou para retirar blusa e sutiã	41	28,47
Realizou em uma máquina ou aparelho	125	86,81
Durou poucos minutos	23	15,97
Colocou a mama entre duas placas ou chapas	111	77,08
Realizou compressão (aperto) da mama	124	86,11
Outro	11	7,64
Última mamografia		NR = 54
< 1 ano	80	57,55
1 - 3 anos	35	25,18
≥ 3 anos	24	17,27
Motivo da última mamografia		NR = 48
Exame de rotina	118	81,38
Checar problemas existentes	17	11,72
Outros	10	6,9
Frequência da realização de mamografia		NR = 48
De 6 em 6 meses	4	2,76
Anualmente	50	34,48
1 vez a cada 2 anos	52	35,86
1 vez a cada 3 anos	11	7,59
1 vez a cada 4 anos	8	5,52
1 vez a cada 5 anos	6	4,14
Menos de 1 vez a cada 10 anos	14	9,66
Alterações na mamografia		NR = 5
Não	164	87,23
Sim	24	12,77
Motivo para nunca ter realizado		NR = 151

Nenhum médico pediu	21	50,00
Nunca sentiu nada nas mamas	21	50,00
Necessidade de mamografia dado que a mama foi examinada por um profissional na UBS		NR = 13
Não soube	20	11,11
Não	6	3,33
Sim	153	85,00
Apenas se sentir algo	1	0,56

NR: Não respondido;

* mais de uma maneira poderia ser citada, sendo as frequências referentes a cada maneira.

Quanto à realização do exame clínico das mamas (ECM) (tabela 5) por um profissional da saúde, 87% das mulheres o realizaram com um médico ou enfermeiro e pouco mais da metade (53%) delas o fizeram pela última vez há menos de um ano. Das que o fizeram, 89% não apresentaram nenhum problema visível no momento, enquanto que em 13% foi encontrada alguma alteração quando da realização do exame. O principal motivo que as levou a realizar o exame clínico foi o exame de rotina.

Tabela 5 – Distribuição de frequências das respostas das entrevistadas referentes ao ECM. Paranavaí, Paraná, 2014.

	Frequência	%
Realizou ECM com profissional da saúde		NR = 0
Sim	167	86,53
Não	26	13,47
Último ECM realizado		NR = 37
< 1 ano	83	53,21
1 2 anos	34	21,79
2 4 anos	26	16,67
4 6 anos	13	8,33
Sistema de saúde em que realizou o último ECM		NR = 25
Particular	23	13,69
Plano	18	10,71
SUS	127	75,60
Motivo do último ECM		NR = 42
Exame de rotina	134	88,74
Problemas existentes	17	11,26
Alterações no ECM		NR = 24
Sim	22	13,02
Não	147	86,98

NR: Não respondido;

Em relação ao conhecimento sobre o AEM, descrito na tabela 6, foi observado que 61% das mulheres não sabem dizer se receberam informações sobre o programa de prevenção do câncer de mama nos últimos três anos, somente 19% informaram terem recebido e 20% não receberam. Também foi verificado que 12% das participantes da pesquisa nunca o fizeram e para a maioria (87%) que o realizou, em 13% foi encontrada alteração nas mamas. Do total de mulheres pesquisadas, 46% das respondentes disseram realizar o AEM todo mês e 21% não têm uma frequência fixa para a realização do exame, enquanto que 12% nunca o realiza. Além disso, a maioria (84%) das respondentes acha que, mesmo realizando o autoexame da mama, necessita ser examinada por um profissional de saúde na UBS, porém, 6% ainda pensam que o ECM só é necessário quando apresentar alguma alteração.

Tabela 6 – Distribuição de frequências das respostas das entrevistadas referentes ao AEM. Paranavaí, Paraná, 2014.

	Frequência	%
Recebeu informações sobre o Programa de CM nos últimos 3 anos		NR = 0
Sim	37	19,17
Não	38	19,69
Não sabe	118	61,14
Conhece o AEM		NR = 0
Sim	6	3,11
Não	187	96,89
Encontrou alteração pelo AEM		NR = 5
Sim	24	12,77
Não	164	87,23
Como aprendeu realizar o AEM		NR = 46
Profissional da saúde	103	70,07
Televisão	35	23,81
Sozinha	4	2,72
Não sabe	5	3,40
Frequência da realização do AEM		NR = 0
Mensal	89	46,11
Trimestral	16	8,29
Semestral	10	5,18
Anual	9	4,66
1 - 2 anos	4	2,07
6 - 10 anos	1	0,52
Variável	41	21,24
Nunca realizou	23	11,92
Quem realiza o AEM necessita ser examinada por um profissional na UBS		NR = 20

Sim	145	83,82
Não	9	5,20
Não sabe	9	5,20
Só se houver alterações	10	5,78

NR: Não respondido.

4.5 Utilização dos serviços de saúde e percepção sobre o atendimento

A tabela 7 apresenta as informações referentes à utilização dos serviços de saúde relacionados ao câncer de mama pelas entrevistadas. A maioria (74 %) das mulheres utiliza o SUS para consultas e exames da mama. Quase 70% das entrevistas apontou que foi encaminhada para realizar a mamografia após a consulta e exame da mama. Cerca de 40% das mulheres que foram encaminhadas para um novo exame conseguiram realizá-lo rapidamente, sendo que 48% delas demoraram para consegui-lo.

Tabela 7 – Distribuição de frequências das respostas das entrevistadas referentes às informações sobre a utilização dos serviços de saúde relacionados ao câncer de mama. Paranaíba, Paraná, 2014.

	Frequência	%
Plano de saúde para consultas/exames da mama		NR = 2
Particular	13	6,81
Plano	37	19,37
SUS	141	73,82
Encaminhamento após exame da mama		NR = 36
Ultrassonografia	1	0,65
Mamografia	106	69,28
Nada – sem solicitação	46	30,07
Realização do exame, se foi encaminhada		NR = 49
Conseguiu rapidamente	57	40,71
Demorou para conseguir	67	47,86
Não conseguiu	2	1,43
Não procurou	3	2,14
Pagou para conseguir rapidamente	11	7,86

NR: Não respondido.

A partir dessa compreensão, é importante destacar que a disponibilização de tecnologias e procedimentos que possuem maior densidade tecnológica e com baixas ou médias frequências de utilização, invariavelmente, depende da existência de especialistas com expertise e habilidades especiais. Tal lógica conduz os gestores do SUS à organização e ao

uso racional dos recursos locais disponíveis, seja na atenção primária, seja na atenção especializada ambulatorial e hospitalar. No município em questão, o fluxograma do atendimento das mulheres (Figura 1), demonstra como os gestores municipais se organizaram para o atendimento da demanda para o rastreamento de câncer.

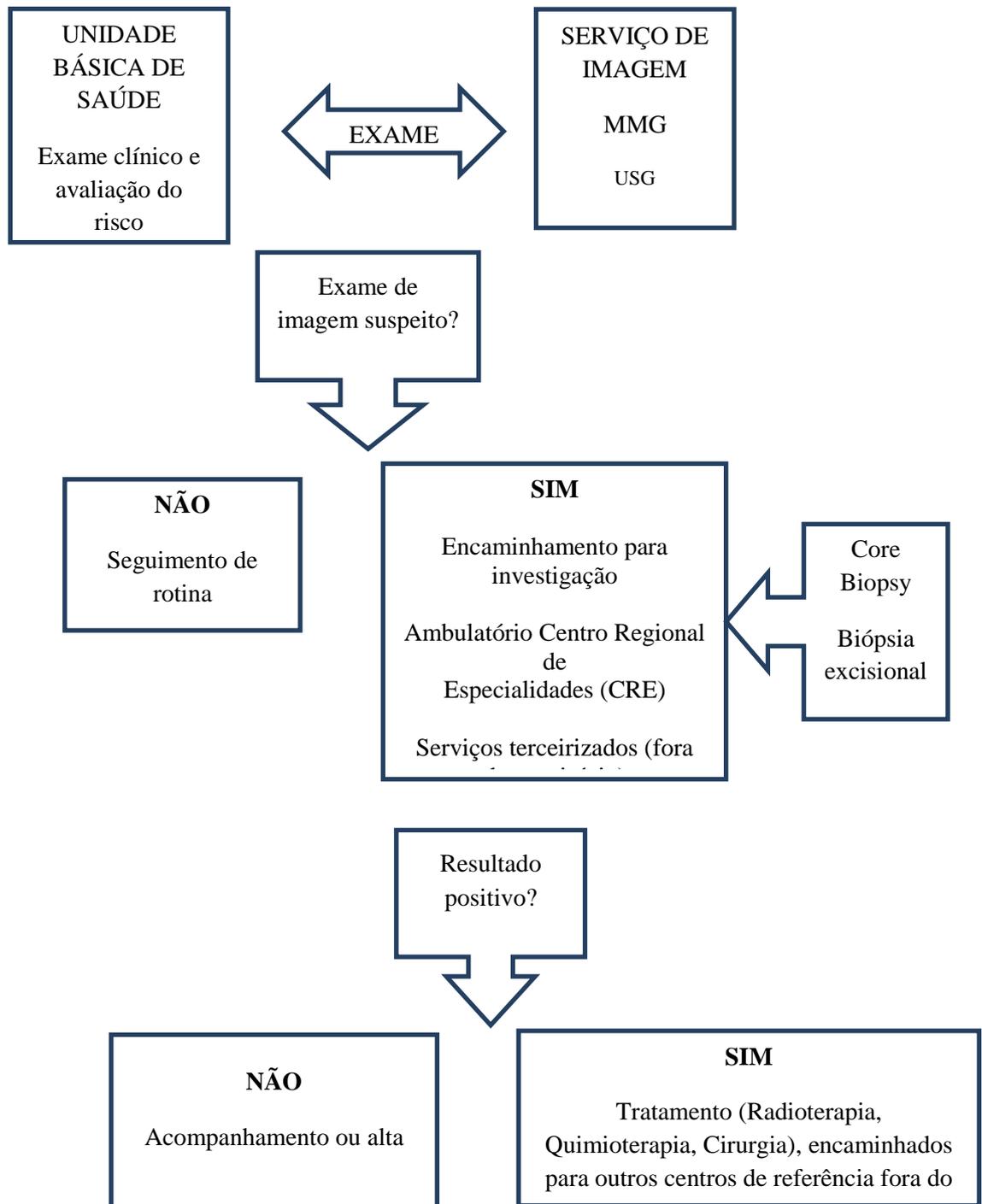


Figura 1. Fluxograma do atendimento nos serviços de saúde pública do município de Paranavaí-PR para rastreamento do câncer de mama, Paranavaí, PR, 2015.

Quanto à percepção das mulheres com relação às principais melhorias que ocorreram nos últimos três anos no atendimento da UBS, 40% delas informaram que agora conseguem marcar consultas com mais facilidade, 34% delas que estabeleceram maior vínculo com os profissionais da UBS e 22% que conseguem observar maior capacitação e conhecimento dos profissionais em relação ao câncer de mama. 24% indicaram que não houve melhorias, enquanto 12% não utilizam a UBS ou o SUS. Quanto aos principais problemas dos últimos três anos no atendimento da UBS, 65% das entrevistadas citaram o fato de não conseguirem realizar consultas e exames de mama rapidamente e 35% delas citaram não conseguirem marcar consultas com maior facilidade. Apenas 13% das mulheres citaram que não há problemas no atendimento da UBS.

5. DISCUSSÃO

Há evidências crescentes de que a mortalidade por câncer de mama é mais elevada em mulheres de ascendência africana do que europeia (BREWSTER *et al.*, 2014; DeSANTIS *et al.*, 2014). Segundo Silva e colaboradores (2013) em um estudo realizado no Estado do Espírito Santo, mulheres classificadas com cor da pele preta apresentam 2,5 vezes mais risco de desenvolverem câncer de mama do que as de cor branca e, no mesmo estudo, o risco é de 1,5 vezes maior quando comparadas com as mulheres de cor parda. Além disso, um estudo de corte realizado em 239 hospitais do Brasil (MEDEIROS *et al.*, 2015) mostrou que mulheres com cor da pele diferente da branca apresentam maiores chances de atrasos no diagnóstico e tratamento do câncer de mama, sugerindo uma influência do fator étnico também no manejo do diagnóstico precoce. Na população do presente estudo, cerca da metade das mulheres possuem cor da pele do tipo branca e a outra metade corresponde à cor parda e preta. De acordo com os resultados encontrados na literatura, podemos afirmar que, para a população investigada no presente estudo, o fator de risco cor da pele está presente e, portanto deve ser considerado no plano das ações locais de detecção precoce do câncer de mama.

Outro dado que chama a atenção no perfil sócio-demográfico das mulheres entrevistadas é que quase a metade é considerada analfabeta, ou com o ensino fundamental incompleto. Em estudo realizado por Silva e colaboradores (2013), mulheres analfabetas apresentam 4,27 vezes mais riscos de desenvolver câncer de mama do que mulheres com nível superior completo. Um estudo recente realizado no Estado de São Paulo avaliou a implantação de um programa municipal de oferta de mamografias bianuais sem custos durante um período de dois anos e mostrou que metade da população do estudo que nunca tinha feito uma mamografia se tratava quase que exclusivamente de mulheres com baixo nível de instrução (VIEIRA *et al.*, 2015). Diante do fato de que o maior nível de escolaridade pode facilitar o acesso ao conhecimento e às informações, e que a população do presente estudo apresenta nível de escolaridade baixo, é possível sugerir que este seja também um fator relevante a ser analisado para a detecção precoce do câncer de mama como também a ser incorporado nas elaborações de estratégias locais de melhora da adesão ao programa preventivo.

Quanto à história reprodutiva, constatamos, no presente estudo, que uma parcela considerável das mulheres investigadas relatou ter amamentado seus filhos por menos de seis meses. Reconhecidamente, o ato de amamentar tem sido associado com risco diminuído de desenvolvimento de lesões mamárias malignas e, de acordo com o Ministério da Saúde, a

amamentação pode ser um fator protetor quando praticada no mínimo por seis meses (BRASIL, 2015). Em estudo realizado por Huo e colaboradores (2008), um grupo de mulheres foram acompanhadas durante oito anos de sua vida reprodutiva e, dentre elas, as multíparas que amamentaram seus filhos por um período de pelo menos 12 meses apresentaram menor risco de desenvolver câncer de mama do que aquelas que amamentaram por um período inferior a seis meses. Embora não tenhamos em nosso estudo avaliado a percepção das mulheres quanto às campanhas de amamentação, a constatação da baixa frequência de mulheres que amamentaram por mais de seis meses sugere uma possível deficiência deste programa e enfatiza a necessidade de incorporação de abordagens referentes ao hábito de amamentar nas elaborações de medidas de prevenção do câncer de mama.

Ainda sobre a história reprodutiva, ressalta-se que grande parte das mulheres entrevistadas utilizou-se de anticoncepcionais, onde cerca de 20% destas utilizaram por 20 anos ou mais. As controvérsias relacionadas ao uso de anticoncepcionais e a neoplasia mamária são bastante encontradas na literatura especializada e entre os profissionais de saúde. O câncer de mama é uma doença do tipo hormônio sensível, em que o estrogênio tem sido implicado como principal agente cancerígeno (DUNN *et al.*, 2005). Por outro lado, a utilização de contraceptivos mistos, ou seja, aqueles que associam estrogênio e progestogênio parecem oferecer pouco risco ao desenvolvimento de neoplasias mamárias (KUMLE *et al.*, 2002). Já aqueles livres de estrogênio, ou seja, composto apenas por progestogênios, oferecem risco mínimo ou ausente de desenvolvimento de câncer de mama (SAMSON *et al.*, 2015). Embora não tenhamos avaliado em nosso estudo qual a composição dos anticonceptivos utilizados, a constatação de que muitas mulheres fazem uso desta medicação por muitos anos ressalta a necessidade de um melhor acompanhamento das mesmas pelas equipes da saúde da família.

Em relação à percepção das mulheres sobre os fatores de risco relacionados com o aumento da incidência de CA de mama, a história familiar foi citada pela maioria como um dos principais fatores para o câncer de mama. De fato, há estudos que mostram que 12-30% dos cânceres de mama têm origem principalmente genética (LOCATELLI *et al.*, 2004) e são de herança autossômica dominante, resultado da mutação de vários genes, dentre os quais se destacam o BRCA1, BRCA2 e RAD50 (LIN *et al.*, 2016). Apesar de a maioria das entrevistadas afirmarem não terem casos de câncer de mama na família, o conhecimento sobre a importância deste fator de risco por elas ressalta que esta questão está amplamente difundida. Além disso, fatores relacionados ao estilo de vida, em especial a obesidade, e o uso

de álcool e tabaco foram também citados pela maioria das pesquisadas, mostrando que o conhecimento sobre os principais fatores de risco não parece ser um fator limitante para a adesão ao programa. No entanto, outros estudos devem ser realizados para verificar se a detenção destes conhecimentos faz, de fato, diferença no cotidiano destas mulheres e as mobilizem a aderirem ao programa preventivo. Um fato que nos chama atenção é que, das mulheres entrevistadas que afirmaram terem recebido informações sobre o câncer de mama, 76% disseram que as receberam através dos meios de comunicação. Mais uma vez, embora não tenhamos avaliado a eficácia das ações de mobilização dos profissionais da saúde envolvidos com o programa de prevenção do câncer de mama, os dados desta pesquisa apontam a necessidade de uma maior atuação destes profissionais na otimização da informação sobre a doença, a fim de garantir maior sensibilização da população alvo.

Por outro lado, observa-se que a maioria das mulheres investigadas declararam ter aprendido a realizar o AEM com médico, enfermeiro ou outro profissional da saúde, ressaltando um ponto positivo da atuação desses profissionais na execução deste método preventivo. Além disso, como a maioria das mulheres relataram que já tinham realizado exame clínico das mamas com um médico ou profissional da saúde e, destas, pouco mais da metade fizeram o exame clínico pela última vez há menos de um ano, mostra que, para este tipo de exame, o serviço local de assistência à saúde tem sido efetivo. As recomendações do Ministério da Saúde (MS), desde 2004, quanto à população-alvo e periodicidade dos exames são: a) para mulheres de 40 a 49 anos, o ECM deve ser anual e, se este estiver alterado, deve-se realizar a mamografia; b) para mulheres de 50 a 69 anos o ECM deve ser anual e a mamografia bienal; c) para mulheres de 35 anos ou mais com risco elevado tanto o ECM quanto a mamografia devem ser realizados anualmente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Para a população investigada no presente estudo, que possui média de idade de 53 anos, a realização do ECM tem sido realizada como a recomendada pelo MS, ou seja, anualmente. No entanto, a constatação de que um quarto das mulheres entrevistadas nunca realizou a mamografia e que, para metade destas, o motivo foi não ter sido solicitado pelo médico e a outra metade porque nunca sentiu nada nas mamas, sugere uma deficiência na oferta deste serviço a essa população. Além disso, das que realizaram a mamografia, 36% o faz a cada dois anos e 35% anualmente, ressaltando novamente a necessidade de uma adequação do serviço ao que é preconizado pelo MS. Um dado que chama também atenção é que 85% das mulheres participantes do estudo citaram que, quando um profissional de saúde realiza a avaliação das mamas, o mesmo deve solicitar a mamografia, independentemente de

ter encontrado alteração ou não. Esse fato alerta também para a necessidade de uma melhor orientação das mulheres-alvo do programa de controle do câncer de mama pelos profissionais envolvidos.

Quanto às informações sobre a utilização dos serviços de saúde, verificou-se que a grande maioria das entrevistadas utiliza o SUS para consultas e exames da mama. Este dado também foi encontrado em outro estudo que discutiu o financiamento do exame de mamografia, em que 56,3% dos exames foram financiados pelo SUS, 35,4% por plano de saúde e 8,3% pela própria paciente (LAGES *et al.*, 2012). Verificamos também que o encaminhamento para o exame de mamografia foi realizado, na sua maioria, após a consulta e exame da mama por profissional de saúde, o que acorda com o preconizado pelo MS.

No entanto, destaca-se que o tempo de demora após o encaminhamento até a realização do exame ainda é um ponto frágil do sistema. Cerca da metade das mulheres entrevistadas demoraram em conseguir a vaga para a realização do exame. De acordo com Oshiro e colaboradores (2014), o intervalo entre a conformação da suspeita do exame clínico pela mamografia é decisivo para o prognóstico, assim, quanto menor o intervalo, melhor o prognóstico.

Quando questionadas sobre quais seriam os principais problemas no atendimento da UBS nos últimos três anos, a maioria das pacientes investigadas no presente estudo foram assertivas em afirmar que é a demora no agendamento da mamografia. Como o padrão de rastreamento das lesões do câncer de mama prevalente no Brasil é ainda oportunístico, cujo sucesso depende tanto da procura espontânea da população-alvo pelos serviços quanto da busca ativa desta população pelos prestadores de serviços, fatores que perturbem a interação destes extremos podem ser decisivos para o sucesso das estratégias de controle da doença. O entendimento pleno da mulher sobre a doença, fatores de risco, métodos preventivos e de tratamento bem como do funcionamento do serviço de assistência à saúde podem facilitar a adesão das mesmas às ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce do câncer de mama.

6. CONCLUSÃO

Os dados obtidos no presente estudo mostram que a percepção das mulheres sobre o programa de detecção precoce do câncer de mama é resultado da conjugação da dificuldade de acesso e da inaptidão dos serviços de saúde para a definição do diagnóstico. Quando somada a negligência à elementos subjetivos, como falta de esclarecimentos sobre os métodos preventivos e fatores de risco, a percepção das mesmas pode influenciar negativamente na adesão ao programa preventivo. Conclui-se que é um fator determinante nas ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce do câncer que ocorra um processo educativo permanente, pois tem-se que atenção à saúde é permeada por um intenso e contínuo processo de produção e incorporação de inovações tecnológicas, e tanto os profissionais como as mulheres usuárias do sistema de saúde, tem que sentir-se empoderadas sobre este tema para que o impacto das ações sejam positivas e diminuam os índices de mortalidade e morbidade por câncer de mama.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALDEN, L. P. C. Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica. 10ª edição. Ed. ELSEVIER.. Rio de Janeiro. 2013

ALVES, M. O.; MAGALHÃES, S. C. M.; COELHO, B. A. Contribuições da Geografia Médica para o Estudo do Câncer de Mama. HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, v. 10, n. 19, p. 86 - 96, 2014.

Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro. [acessado 2016 jan 18]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/download/>

BATISTON, A. P ET *et al.* Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 11 (2): 163-171 abr. / jun., 2011.

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. 2009. 128 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)-Programa Multiinstitucional de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, UnB/UFMG/UFMS, Campo Grande, 2009. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/3791/1/2009_AdrianePiresBatiston.pdf>. Acesso em: Maio 2014.

BOTELL, M. L. e BERMÚDEZ, M. R. Aspectos históricos y culturales sobre elcâncer de mama. Revista Cubana de Medicina General Integral, v. 25, n. 3, p.160-166. 2009.

BRASIL a. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 95 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd29.pdf>. Acesso em: Set. 2014.

BRASIL. Instituto Nacional De Câncer . Sumário Executivo. Políticas e Ações para Prevenção do Câncer no Brasil. Alimentos, Nutrição e Atividade Física. Rio de Janeiro: INCA, 2009. 16p

BRASIL. Ministério da Saúde. Câncer de mama e de colo do útero têm mais chances de cura se descobertos cedo. Portal Brasil 2011. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/cancer-de-mama-e-de-colo-do-utero-tem-mais-chances-de-cura-se-descobertos-cedo>>. Acesso em: Set. 2014.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 189, de 31 de janeiro de 2014. Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação. Brasili, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0189_31_01_2014.html. Acesso: Mar 2016.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília, 2013.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acesso: mar 2016.

BRASIL. Ministério Da Saúde. INCA: Instituto Nacional de Câncer .Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil/

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015. 168 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Historia do Sistema TNM. INCA, 2015. Disponível em: < www.inca.gov.br/tratamento/tnm >. Acesso: Jan. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INCA: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Controle do Câncer de Mama – Fatores de risco. 2015.

http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controlo_cancer_mama/fatores_risco. Acesso em: 28/12/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014. 124p.

Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>>. Acesso:Jan. 2015.

BREWSTER, A.M.; CHAVEZ-MACGREGOR, M. e BROWN, P. Epidemiology, biology, and treatment of triple-negative breast cancer in women of African ancestry. *Lancet Oncol.* Dec;15(13):e 625-34. 2014

CASTRO, R. Câncer na Mídia: uma Questão de Saúde Pública. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 55, n. 1, p. 41-48, 2009.

CECILIO, A. *P et al.* Breast cancer in Brazil: epidemiology and treatment challenges. *Breast Cancer* (Dove Med Press). 2015 Jan 29;7:43-9. doi: 10.2147/BCTT.S50361. eCollection 2015.

CHALA, L. F.; BARROS, N. de. Avaliação das mamas com métodos de imagem. *RadiolBras*, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 4-6, 2007.

COSTA, A. R *et al.* Health-related knowledge of primary prevention of cancer in Portugal. *Eur J Cancer Prev.* Jan;25(1):50-3. 2016

COTTET, V *et al.* Postmenopausal Breast Cancer Risk and Dietary Patterns in the E3N-EPIC Prospective Cohort Study. *American Journal of Epidemiology*, v. 170, n.10, 1257–1267, 2009.

RODRIGUEZ, C. C.; DESPAIGNE, A. E. y BELTRAN, M.A.Y. Factores de riesgo de cáncer de mama en mujeres pertenecientes a un consultorio médico del Centro Urbano "José Martí". *MEDISAN.* vol.17, n.9, p. 4089-4095. 2013

DAMIANI, G *et al.* The impact of level of education on adherence to breast and cervical cancer screening: Evidence from a systematic review and meta-analysis. *Prev Med.* dec; 81:281-9. 2015

DeSANTIS, C. E *et al.* International Variation in Female Breast Cancer Incidence and Mortality Rates. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* Oct;24(10):1495-506. 2015

DUNN, B. K.; WICKERHAM, D.L.; FORD, L.G. Prevention of hormone-related cancers: breast Cancer. *J Clin Oncol* 23(2):357–367. 2005.

FAROLFI, A *et al.* Time to initiation of adjuvant chemotherapy in patients with rapidly proliferating early breast cancer. *Eur J Cancer.* Sep;51(14):1874-81. 2015

FREITAS, C *et al.* A population-based breast cancer screening programme: conducting a comprehensive survey to explore adherence determinants. *Eur J Cancer Care.* May;21(3):349-59. 2012

GHONCHEH, M.; MIRZAEI, M.; SALEHINIYA, H. Incidence and Mortality of Breast Cancer and their Relationship with the Human Development Index (HDI) in the World in Asian Pac J Cancer Prev. 2015;16(18):8439-43. 2012.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE CANCER COLLABORATION. The Global Burden of Cancer 2013. *JAMA Oncol.* Jul;1(4):505-27. 2015

GONÇALVES, L. L. C *et al.* Fatores de Risco para o Câncer de Mama em Mulheres Assistidas em Ambulatório de Oncologia. *Revista Enfermagem, UERJ, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 468-72.* 2010.

GONZAGA, C. M *et al.* Temporal trends in female breast cancer mortality in Brazil and orrelations with social inequalities: ecological time-series study. *BMC Public Health.* Feb 7;15:96. 2015

GREENE, J.; HIBBARD, J.H. Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes. *J Gen Intern Med.* May;27(5):520-6. 2012

GUERRA, M. R *et al.* Breast cancer survival and health iniquities. *Cad Saúde Publica.* Aug;31(8):1673-84. 2015.

HOUSSAMI, N.; LORD, S. J.; CIATTO, S. Breast cancer screening: Emerging role of new imaging techniques as adjuncts to mammography. *Medical Journal of Australia, Sydney, v. 190, n. 9, p. 493-498, may 2009.*

HUO, D *et al.* Parity and breastfeeding are protective against breast cancer in Nigerian women. *British Journal of Cancer.* 98, 992–996. 2008

IGENE, Helen. Global health inequalities and breast cancer: an impending public health problem for developing countries. *Breast J.* Sep-Oct;14(5):428-34. 2008

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional*

de Câncer. Rio de Janeiro: [acessado 2016 jan 18]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfi/gestor/homepage/outros_destques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pd.2014

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Rastreamento Organizado do Câncer da Mama. 2014. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br> . Acesso em 04 de dezembro de 2015.

INTERNACIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER- IARC. Monographs of Carcinogenic Risks to Humans and Handbooks of Cancer Prevention. [Geneva]: WHO, 2015. Disponível em: < <http://monographs.iarc.fr/ENG/Publications/OrganSitePoster.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2015.

INUMARU L. E.; SILVEIRA E. A.; NAVES M. M. V. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.2, n. 7, p.1259-1270, 2011.

JÁCOME, G.P.O. Câncer de Mama em Mulheres Jovens no Rio de Janeiro: Estudo de Fatores de Risco e Sobrevida. 2013. 111f. Dissertação de Doutorado – Escola Nacional de Saúde pública Sérgio Arouca – Rio de Janeiro, 2013.

JUNG, W *et al.* Fatores de risco para câncer de mama no setor calçadista. *Revista Baiana de Enfermagem*.v. 28, n. 2, p. 145-155, 2014.

KAPLAN, H. G *et al.* Effect of treatment and mammography detection on breast cancer survival over time: 1990-2007. *Cancer*. 121(15):2553-61. 2015

KLUTHCOVSKY, A. C *et al.* Female breast cancer mortality in Brazil and its regions. *Rev Assoc Med Bras*. 60(4):387-93. 2014

KUMLE, M.; WEIDERPASS, E.; BRAATEN, T.; PERSSON, I.; ADAMI, H.O.; LUND, E. Use of oral contraceptives and breast cancer risk: the Norwegian–Swedish women’s lifestyle and health cohort study. *Cancer Epidemiol Biomark Prev* 11(11):1375–1381; 2002.

LAGES, R. B.; OLIVEIRA, G. da P.; FILHO, V. M. S.; NOGUEIRA, F. M.; TELES, J. B. M.; VIEIRA, S. C. Desigualdades associadas à não realização de mamografia na zona urbana de Teresina-Piauí- Brasil, 2010-201. Centro/Sul. Teresina, PI *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(4): 737-47. 2012

LIN, P. H *et al.* Multiple gene sequencing for risk assessment in patients with early-onset or familial breast cancer. *Oncotarget*. doi: 10.18632/oncotarget.7027. 2016.

LIVAUDAIS-TOMAN, J *et al.* Impact of a primary care based intervention on breast cancer knowledge, risk perception and concern: A randomized, controlled trial. *Breast* (6):758-66. . 2015

LØBERG, M *et al.* Benefits and harms of mammography screening. *Breast Cancer Res*. May 1;17:63. 2015

LOCATELLI, I.; LICHTENSTEIN, P.; YASHIN, A.I. The heritability of breast cancer: a Bayesian correlated frailty model applied to Swedish twins data. *Twin Res*. 7:182–191. 2004

LOMBARDI, E. M. S.; PRADO, G. F.; SANTOS, U. P.; FERNANDES, F. L. A. O tabagismo e a mulher: Riscos, impactos e desafios. *J BrasPneumol.* V. 37, n.1, p.118-128, 2011.

MATTOS, J.S. de C. Impacto do rastreamento mamografia em mulheres de 40 a 49 anos da região de Barretos – SP. 2011. 74f. Tese (Doutorado em Medicina – Programa de Oncologia) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2011.

MEDEIROS, G.C *et al.* Determinants of the time between breast cancer diagnosis and initiation of treatment in Brazilian women. *Cad Saude Publica.*31(6):1269-82. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer.* Rio de Janeiro: INCA; 2014. acessado 2016 jan 18. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfi/gestor/homepage/outros>.

OSHIRO, M de L *et al.* Câncer de Mama Avançado como Evento Sentinela para Avaliação do Programa de Detecção Precoce do Câncer de Mama no Centro-Oeste do Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia.*, v. 60, n.1, p. 15-23. 2014

PARK, B *et al.* Correlation of breast cancer incidence with the number of motor vehicles and consumption of gasoline in Korea. *Asian Pac J Cancer Prev*;15(7):2959-64. . 2014.

PIRHARD, C.R; MERCÊS, N. N. A. das. Fatores de risco para câncer de mama: nível de conhecimento dos acadêmicos de uma universidade. *Rev. enferm. UERJ*, v.17, n. 1, p.102-6, 2009.

PIVETTA, H. M. F *et al.* Prevalência de fatores de risco de mulheres com câncer de mama. *Revista Ciências Médicas e Biológicas*, Salvador, v. 13, n. 2, p. 170-175, 2014.

SAMSON, M.; PORTER, N.; OREKOYA, O.; HEBERT, J.R.; ADAMS, S.A.; BENNETT, C. L.; STECK, S. E. Progestin and breast cancer risk: a systematic review. *Breast Cancer Res Treat.* 155(1):3-12. 2016.

SANTOS, A. B. dos e ARAÚJO, M. do. C. Fatores de risco em mulheres com câncer de mama atendidas no Centro de Diagnóstico Nossa Senhora do Rosário em Santa Maria-RS. *Ciências da Saúde*; v. 13, n. 1, p. 63-70. 2012

SHI, X.; CHENG, H.D.; HU, L.; JU, W.; TIAN, J. Detection and classification of masses in breast ultrasound image. *Digital SignalProcessing*, v.20, n. 3, pg. 824-836, 2010.

SILVA, P. A. A. da e RIUL, S S. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. *Revista Brasileira Enfermagem.*v. 64, n. 6, p. 1016-21, 2011.

SILVA, P. F *et al.* Associação entre Variáveis Sociodemográficas e Estadiamento Clínico Avançado das Neoplasias da Mama em Hospital de Referência no Estado do Espírito Santo. *Revista Brasileira de Cancerologia*; 59(3): 361-367. 2013.

SOUZA F.H. Mamografia digital em comparação com mamografia convencional no rastreamento de câncer de mama no Brasil: Revisão sistemática, custo da doença e análise de

custo-efetividade no sistema único de saúde. 2012. 212 f. Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, RS, 2012. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/76211/000893276.pdf>>. Acesso em: Maio 2015.

TATALOVICH, Z *et al.* Geographic disparities in late stage breast cancer incidence: results from eight states in the United States. *Int J Health Geogr.* 2015 Oct 24;14:31.

TORRE, L. A *et al.* Global Cancer Incidence and Mortality Rates and Trends-An Update. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2016 Jan;25(1):16-27.

TOSTESON, A. N., et al., Cost-effectiveness of digital mammographic breast cancer screening. *Ann Intern Med,* v.148, n.1, p.1-10, 2008.

VIEIRA, R. A *et al.* Barriers related to non-adherence in a mammography breast-screening program during the implementation period in the interior of São Paulo State, Brazil. *J Epidemiol Glob Health;*5(3):211-9. 2015.

WELLS, A. A *et al.* Perspectives of Low-Income African-American Women Non-adherent to Mammography Screening: the Importance of Information, Behavioral Skills, and Motivation. *J Cancer Educ.* 2015 Dec 10.

WELSH, A. A *et al.* Population-based estimates of the relation between breast cancer risk, tumor subtype, and family history. *Breast Cancer Res Treat,* v. 114, n. 3, p.549-58, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: module 3: early detection. Geneva, 2007.

ZIMMERMANN J.B *et al.* Avaliação clínica, mamográfica e frequência de doenças mamárias em pacientes de um serviço privado de saúde. *Revista HCPA,* v..32, n.2, p.131-137, 2012.

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE PERMISSÃO PARA COLETA E UTILIZAÇÃO DE DADOS

À Secretaria Municipal de Saúde de Paranavaí

TÍTULO: "DETEÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA (CM): ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DE MULHERES ATENDIDAS PELO PROGRAMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) EM PARANAÍ-PR"

NOME DA PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Profª Drª Cássia Kely Favoretto Costa

NOME DA PESQUISADORA: Neide Derenzo

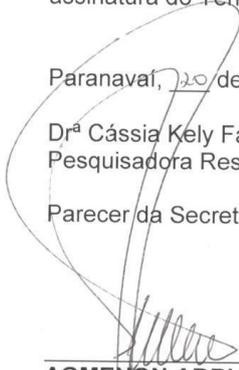
Os pesquisadores do Projeto de pesquisa "DETEÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA (CM): ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DE MULHERES ATENDIDAS PELO PROGRAMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) EM PARANAÍ-PR", que faz parte do Trabalho de Dissertação de Mestrado em Promoção a Saúde do Centro Universitário de Maringá - Cesumar solicita autorização para realizar a referida pesquisa que tem como objetivo avaliar a percepção que as mulheres atendidas pelo Programa Estratégia Saúde da Família (ESF) de Paranavaí, Paraná, apresentam referente à detecção precoce do câncer de mama (CM).

O referido projeto será realizado junto às mulheres na faixa etária de 35 a 69 anos cadastradas na Estratégia Saúde da Família, que aceitem participar da pesquisa, no período de agosto de 2014 a dezembro de 2015 e concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima. Diante disso, o sigilo e anonimato serão garantido através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Paranavaí, 20 de dezembro de 2014.

Drª Cássia Kely Favoretto Costa
Pesquisadora Responsável

Parecer da Secretaria Municipal da saúde:-



AGMENON ARRUDA
RG: 087.215.1 VR
SECRETÁRIO DE SAÚDE

ANEXO B

Tabela 1a – Distribuição de mulheres de 35-69 anos cadastradas nas equipes ESF,Paranavaí, Paraná – Março/2015

Equipe ESF	Mulheres 35-69 anos
ESF I São Jorge	685
ESF II São Jorge	613
ESF III São Jorge	330
ESF I Campo Belo	825
ESF II Campo Belo	820
ESF I Celso Konda	675
ESF II Celso Konda	737
ESF José Eloy	895
ESF I Ipê	947
ESF II Ipê	941
ESF III Ipê	632
ESF Sumaré	807
ESF Chácara Jaragua	598
ESF I Zona Leste	493
ESF II Zona Leste	289
ESF I Centro	620
ESF II Centro	325
ESF I Jardim Maringá	589
ESF II Jardim Maringá	532
ESF III Jardim MARINGÁ	459
ESF I Morumbi	710
ESF II Morumbi	751
ESF Rural Morumbi	40
ESF Distritos	325
Total	14.638

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Paranavaí (2014).

ANEXO C

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
MARINGÁ - CESUMAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DETECÇÃO PRECOZE DO CÂNCER DE MAMA (CM): ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DE MULHERES ATENDIDAS PELO PROGRAMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) EM PARANAÍ-PR

Pesquisador: Cássia Kely Favoretto Costa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 42283815.6.0000.5539

Instituição Proponente: Centro Universitário de Maringá - CESUMAR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 977.791

Data da Relatoria: 05/03/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa se visa avaliar a percepção que as mulheres atendidas pelo Programa Estratégia Saúde da Família (ESF) de Paranavaí, Paraná, apresentam referente à detecção precoce do câncer de mama.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a percepção que as mulheres atendidas pelo Programa Estratégia Saúde da Família (ESF) de Paranavaí, Paraná, apresentam referente à detecção precoce do câncer de mama

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: Apenas os riscos inerentes ao uso de questionários.

BENEFÍCIOS: Contribuir na elaboração e execução efetiva de ações voltadas ao rastreamento e detecção precoce da doença junto a este público.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pertinente para a área da saúde pública.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta.

Endereço: Avenida Guedner, 1610 - Bloco 07 2.º Térreo

Bairro: Jardim Aclimação

CEP: 75.000-000

UF: PR

Município: MARINGÁ

Telefone: (44)3027-6360

E-mail: cep@cesumar.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
MARINGÁ - CESUMAR



Continuação do Parecer: 977.791

Recomendações:

Aprovar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

MARINGÁ, 09 de Março de 2015

Assinado por:

Ludhiana Ethel Kendrick Silva Bertencello
(Coordenador)

Endereço: Avenida Guedner, 1610 - Bloco 07 - Térreo

Bairro: Jardim Aclimação

CEP: 75.000-000

UF: PR

Município: MARINGÁ

Telefone: (44)3027-6360

E-mail: cep@cesumar.br

ANEXO D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sra. está sendo convidada a participar de uma pesquisa coordenada pela professora Dra. Cássia Kely Costa Favoretto intitulada “**DETEÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA (CM): ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DE MULHERES ATENDIDAS PELO PROGRAMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) EM PARANAÍ-PR**” de responsabilidade das pesquisadoras Enf. Mestranda Neide Derenzo. O objetivo da pesquisa é avaliar a percepção que as mulheres atendidas pelo Programa Estratégia Saúde da Família (ESF) de Paranaíba, Paraná, apresentam referente à detecção precoce do câncer de mama (CM). Para tanto será realizada uma entrevista com a senhora, utilizando um questionário que a senhora irá responder a caneta. O questionário será anônimo e todas as informações coletadas neste estudo serão estritamente confidenciais, garantindo a sua privacidade. O estudo proposto não se trata de intervenção física, nem é do tipo experimental e por isso não oferece nenhum risco ou desconforto. Entretanto esperamos mostrar o conhecimento atual sobre o câncer de mama das mulheres cadastradas na ESF, tanto em termos de práticas de detecção precoce quanto dos serviços públicos ofertados. A sua participação nesta pesquisa será voluntária, ou seja, não terá nenhuma despesa para participar desta pesquisa, bem como, nada será pago por esta participação e sua recusa não irá acarretar qualquer penalidade, complicação legal ou perda de benefícios. Os procedimentos adotados obedecem aos critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme a Resolução nº196/96 do Conselho Nacional. Seu consentimento poderá ser retirado a qualquer tempo, sem prejuízos. O esclarecimento de qualquer dúvida, referente à pesquisa poderá ser feita durante a leitura do presente termo ou a qualquer momento do estudo com as pesquisadoras. Sua participação é muito importante para nós. Caso concorde em colaborar, solicito o seu consentimento para participar desta pesquisa, assinando este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e uma cópia assinada do mesmo termo será entregue a você.

Eu, _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo, **CONCORDO VOLUNTARIAMENTE**, em participar desse estudo.

Eu, Neide Derenzo (pesquisador), declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo.

Assinatura

Data: ____/____/____

Pesquisador responsável: Dra. Cássia Kely Costa Favoretto – Telefone: (44) 30276360 – Ramais: 1178 e 141475. Endereço: Av. Guedner, 1610 Cep: 87050-390. Secretaria Do Programa de Pós-Graduação em promoção da saúde – Unicesumar de Maringá.

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos procurar um dos membros da equipe do projeto ou o Comitê Permanente de Ética em pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Unicesumar de Maringá – Telefone: (44) 30276360.

APÊNDICES

APÊNDICE A



Nº Questionário : _____

Horário: _____ Data: ___/___/___

Bom dia! Boa tarde! Eu sou aluna do curso de Mestrado em Promoção da Saúde da UNICESUMAR e estou fazendo uma pesquisa sobre detecção precoce do câncer de mama. A Sra poderia responder algumas perguntas. É bem rápido. E não se preocupe, seu nome não será identificado.

Perfil sócio econômico e demográfico

1. Idade: _____ anos
2. Estado civil: _____
3. Escolaridade (Marque apenas uma resposta)

1 <input type="checkbox"/> FI	6 <input type="checkbox"/> SC
2 <input type="checkbox"/> FC	7 <input type="checkbox"/> Esp
3 <input type="checkbox"/> MI.	8 <input type="checkbox"/> Ms/Dr
4 <input type="checkbox"/> MC	9 <input type="checkbox"/> Não estudou
5 <input type="checkbox"/> SI	
4. Qual é a sua Religião? (Marque apenas uma resposta)

1 <input type="checkbox"/> Católico	4 <input type="checkbox"/> Espírita
2 <input type="checkbox"/> Protestante	5 <input type="checkbox"/> Sem religião
3 <input type="checkbox"/> Evangélico	6 <input type="checkbox"/> Outras _____
5. Qual é a sua etnia? (Marque apenas uma resposta)

1 <input type="checkbox"/> Branca	4 <input type="checkbox"/> Amarela
2 <input type="checkbox"/> Negra	5 <input type="checkbox"/> Indígena
3 <input type="checkbox"/> Parda	6 <input type="checkbox"/> Outras _____
6. Em que você trabalha atualmente? (Marque apenas uma resposta).

01 <input type="checkbox"/>	Na agricultura, no campo, na fazenda ou na pesca.
02 <input type="checkbox"/>	Na indústria.
03 <input type="checkbox"/>	Na construção civil.
04 <input type="checkbox"/>	No comércio, banco, transporte, hotelaria, ou outros serviços.
05 <input type="checkbox"/>	Como funcionário(a) do governo federal, estadual ou municipal.
06 <input type="checkbox"/>	Como profissional liberal, professora ou técnico(a) de nível superior.
07 <input type="checkbox"/>	Trabalho fora de casa em atividades informais (pintor, eletricitista, encanador, feirante, ambulante, guardador(a) de carros, catador(a) de lixo).
08 <input type="checkbox"/>	Trabalho em minha casa informalmente (costura, aulas particulares, cozinha, artesanato, carpintaria, entre outros).
09 <input type="checkbox"/>	Faço trabalho doméstico em casa de outras pessoas (cozinheiro(a), mordomo/governanta, jardineiro, babá, lavadeira, faxineiro(a), acompanhante de idosos(as), entre outros).
10 <input type="checkbox"/>	No lar (sem remuneração).
11 <input type="checkbox"/>	Outro. Qual? _____
12 <input type="checkbox"/>	Não trabalho. (Passe para a questão 8).
7. Quantas horas semanais (em média) você trabalha? _____ horas

8. Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é aproximadamente, a renda familiar mensal? (Marque apenas uma resposta)

1 <input type="checkbox"/>	Sem rendimento.
2 <input type="checkbox"/>	Até um sm. (até R\$ 788,00).
3 <input type="checkbox"/>	De 1 a 3 sm. (de R\$ 788,00 até (R\$ 2.364,00).
4 <input type="checkbox"/>	De 3 a 6 sm. (de R\$ 2.364,00 até (R\$ 4.728,00).
5 <input type="checkbox"/>	De 6 a 9 sm. (de R\$ 4.728,00 até R\$ 7.092,00).
6 <input type="checkbox"/>	De 9 a 12 sm. (de R\$ 7.092,00 até R\$ 9.456,00).
7 <input type="checkbox"/>	Mais que 12 sm. (mais que R\$ 9.456,00).

História reprodutiva

9. Com que idade a Sra. ficou menstruada pela primeira vez? _____
 10. Com quantos anos a senhora teve sua primeira relação sexual? _____
 11. A Senhora já teve filhos?

<input type="checkbox"/> Sim.
<input type="checkbox"/> Não (Passe para a questão 14).
 12. Com quantos anos a senhora teve o primeiro filho? _____
 13. A Sra. já amamentou?

1 <input type="checkbox"/> Sim, por menos que seis meses.
2 <input type="checkbox"/> Sim, por mais que seis meses.
3 <input type="checkbox"/> Não.
 14. A Sra. já fez uso de anticoncepcionais?

<input type="checkbox"/> Sim.	<input type="checkbox"/> Não (Passe para a questão 16).
-------------------------------	---
 15. Por quanto tempo a Sra. fez uso de anticoncepcionais? _____
 16. A Sra. já entrou na menopausa?

<input type="checkbox"/> Sim. Com quantos anos? _____	<input type="checkbox"/> Não
---	------------------------------
 17. A Sra. faz ou já fez uso de Terapia de Reposição Hormonal para tratamento de sintomas da menopausa?

<input type="checkbox"/> Sim.	<input type="checkbox"/> Não (Passe para a questão 18).
-------------------------------	---
- ### Percepção sobre detecção precoce do câncer de mama
18. Alguém de sua família já teve câncer de mama?

<input type="checkbox"/> Sim.	<input type="checkbox"/> Não (Passe para a questão 20).
-------------------------------	---

19. Quem já teve câncer de mama? (Pode assinalar mais de uma alternativa)

- | | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Mãe | 5 <input type="checkbox"/> Tia Paterna |
| 2 <input type="checkbox"/> Tia Materna | 6 <input type="checkbox"/> Prima |
| 3 <input type="checkbox"/> Avó Materna | 7 <input type="checkbox"/> Irmã |
| 4 <input type="checkbox"/> Avó Paterna | 8 <input type="checkbox"/> Outros |

20. Em sua opinião, quais são os principais fatores que estão relacionados com o aumento da incidência de câncer de mama? (Não ler as respostas. Estimular até 5 respostas).

- 01 Idade maior que 40 anos
02 Primeira menstruação (antes dos 11 anos).
03 Primeira gravidez após os 30 anos.
04 Nunca ter tido filhos.
05 Menopausa tardia (após 54 anos) e utilização de reposição hormonal.
06 Uso de anticoncepcionais orais.
07 Obesidade.
08 Alcoolismo.
09 Tabagismo.
10 Exposição a radiações.
11 História familiar.
12 Outros _____

21. Nos últimos três anos a Sra. recebeu informações sobre o programa de prevenção ao câncer de mama?

- Sim. Qual? _____
 Não (Passe para a questão 23).

22. Onde foi que a Sra. recebeu informações sobre o programa de prevenção ao de câncer de mama? (Pode marcar mais de uma alternativa):

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> TV | 5 <input type="checkbox"/> Jornais |
| 2 <input type="checkbox"/> Amiga/colega | 6 <input type="checkbox"/> Rádio |
| 3 <input type="checkbox"/> Revistas | 7 <input type="checkbox"/> Internet |
| 4 <input type="checkbox"/> Médico | 8 <input type="checkbox"/> Outros _____ |

23. A Sra conhece o Auto Exame de Mama (AEM)?

- Sim. Não (Passe para a questão 27).

24. Em sua opinião, como deve ser realizado o Auto Exame de Mama (AEM)? (Pode marcar mais de uma alternativa):

- 1 Realizar 5 dias após a menstruação ou fixa uma data
2 Realizar em frente ao espelho
3 Realizar durante o banho
4 Realizar deitada
5 Com os braços ao longo corpo observa as mamas
6 Coloca a mão atrás da cabeça (nuca)
7 Com a ponta dos dedos da mão, realiza movimentos circulares (ao contrário)
8 Inicia pelo mamilo estendendo por toda a mama finaliza na axila.
9 _____

25. A Sra. já encontrou alguma alteração nas mamas realizando o Auto Exame?

- Sim. Qual? _____ Não

26. Como a Sra. aprendeu a realizar o Auto Exame da Mama? (Pode marcar mais de uma alternativa)

- 1 Com médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde.
2 Aprendeu na televisão.
3 Aprendeu sozinha.
4 Nunca aprendeu, não sabe fazer.

27. Qual é a frequência que a Sra. realiza o Auto Exame da Mama? (Marque apenas uma resposta).

- 1 Pelo menos 1 vez por mês.
2 1 vez a cada 3 meses.
3 1 vez a cada 6 meses.
4 1 vez a cada 12 meses.
5 Mais de 1 até dois anos.
6 Mais de 2 anos até 4 anos.
7 Mais de 4 anos até 4 anos.
8 Mais de 6 anos até 10 anos.
9 Mais de 10 anos.
10 Variável.
11 Nunca realizei.

28. Algum médico ou enfermeiro já fez exame clínico das suas mamas?

- Sim. Não (Passe para a questão 35).

29. Como o médico ou enfermeiro deve realizar o exame clínico das suas mamas? (Pode marcar mais de uma alternativa):

- 1 Deitada na maca
2 solicitou para colocar a mão na cabeça (nuca)
3 Iniciou apertando o mamilo
4 Com a ponta dos dedos realiza palpação em movimentos circulares
5 Iniciou pelo mamilo estendendo por toda a mama finalizando na axila.
6 _____
7 _____
8 _____

30. Quando um médico ou enfermeiro fez exame clinico das suas mamas pela última vez?

- 1 Até 1 ano
2 Mais de 1 ano até 2 anos.
3 Mais de 2 anos até 4 anos.
4 Mais de 4 anos até 6 anos.
5 Mais de 6 anos até 10 anos.
6 Mais de 10 anos.

31. Na última vez que um médico ou enfermeiro fez o exame clínico das suas mamas, a Sra. estava sendo atendida por qual Sistema ou Plano de Saúde? _____

32. Na última vez que um médico ou enfermeiro, realizou o exame clínico das suas mamas, a Sra. fez por qual motivo?

- Como exame de rotina, não apresentando nenhum problema visível no momento.
 Para examinar problemas existentes ou anteriores ao momento do exame.
 Outro(s). Qual (is)? _____

33. Foi encontrada alguma alteração no exame clínico das mamas que a Sra. realizou?

Sim. Qual? _____ Não

34. A senhora acha que quem realiza o Auto Exame da Mama (AEM) precisa ter sua mama examinada por um profissional?

Sim. Não. Qual o motivo? _____
 Não sabe.

35. A Sra. alguma vez já fez mamografia?

Sim.
 Não (*Passa para a questão 42*).

36. Como o exame de mamografia foi realizado?

- 1 solicitou para retirar blusa e sutiã
- 2 realizou em uma máquina ou aparelho
- 3 durou poucos minutos
- 4 colocou a mama entre duas placas ou chapas
- 5 realizou compressão (aperto) da mama
- 6 _____
- 7 _____
- 8 _____

37. Quando foi a última vez que a Sra. fez uma mamografia? _____

38. Na última vez que a Sra. fez a mamografia, qual foi o sistema ou plano de Saúde que a Sra. utilizou?

39. Na última vez que realizou a mamografia, a Sra. fez por qual motivo?

- 1 Como exame de rotina, mesmo não apresentando problema visível no momento do exame.
- 2 Para checar (examinar) problemas existentes ou anteriores ao momento do exame
- 3 Outros. Qual? _____

40. Com que frequência a Sra. fez mamografia após a realização da primeira?

- 1 De 6 em 6 meses.
- 2 Anualmente.
- 3 1 vez a cada 2 anos.
- 4 1 vez a cada 3 anos.
- 5 1 vez a cada 4 anos.
- 6 1 vez a cada 5 anos.
- 7 Menos que 1 vez a cada 10 anos.

41. Foi encontrada alguma alteração na mamografia que a Sra. realizou?

Sim. Qual? _____ Não

42. Por que a Sra. nunca realizou mamografia?

- 1 Nenhum medico pediu.
- 2 Nunca senti nada nas mamas.
- 3 Este exame já foi pedido, mas tive medo de realizar.
- 4 Era muito difícil marcar este exame.
- 5 É um exame caro.

43. A senhora acha que quem tem a mama examinada por um profissional da saúde na Unidade Básica de Saúde-UBS precisa fazer mamografia?

Sim. Não sabe.
 Não. Qual o motivo? _____

Informações sobre a utilização dos serviços de saúde relacionada ao câncer de mama

44. Qual plano (sistema) de saúde a senhora utiliza para consultas e exames da mama:

- 1 Unimed. 4 Santa Rita.
- 2 Sulamérica. 5 SUS.
- 3 (SUS+ convênio). 6 Outros _____

45. Após consulta e exame da mama, a Sra foi encaminhada para realizar (*pode marcar mais de uma alternativa*):

- 1 Novo exame com outro profissional de saúde.
- 2 Ultrassonografia.
- 3 Punção.
- 5 Retorno.
- 4 Mamografia.
- 5 Nada.

46. Caso tenha sido encaminhada para marcar um novo exame a Sra.: (*pode marcar mais de uma alternativa*):

- 1 Conseguiu realizá-lo rapidamente.
- 2 Demorou para conseguir realizar o exame.
- 3 Não conseguiu realizar o exame.
- 4 Não procurou fazer o exame solicitado.
- 5 Pagou para realizar o exame mais rapidamente.

47. Em sua opinião, quais foram as melhorias que ocorreram nos últimos 3 anos no atendimento da Unidade Básica de Saúde-UBS? (*Estimule até 5 respostas*).

- 1 Consegue marcar consultas com maior facilidade.
- 2 Consegue realizar consultas e exames da mama mais rapidamente.
- 3 As mamas são examinadas com maior frequência.
- 4 Estabeleceu maior vínculo com os profissionais da UBS.
- 5 Conseguiu observar maior capacitação e conhecimento dos profissionais em relação ao câncer de mama.
- 6 _____
- 7 _____
- 8 _____

48. Em sua opinião, quais são os principais problemas dos últimos 3 anos no atendimento da Unidade Básica de Saúde-UBS?

- 1 Não consegue marcar consultas com maior facilidade.
- 2 Não consegue realizar consultas e exames da mama rapidamente.
- 3 As mamas não são examinadas com frequência.
- 4 _____
- 5 _____

Muito obrigada!