

LUIZ ALBERTO BARCELLOS MARINHO

**CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DO AUTO
EXAME DA MAMA E DO EXAME DE MAMOGRAFIA
EM USUÁRIAS DOS CENTROS DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE CAMPINAS**

Tese de Doutorado

**ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. MARIA SALETE COSTA G URGEL
CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. JOSÉ GUILHERME CECATTI**

**UNICAMP
2001**

LUIZ ALBERTO BARCELLOS MARINHO

**CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DO AUTO
EXAME DA MAMA E DO EXAME DE MAMOGRAFIA
EM USUÁRIAS DOS CENTROS DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE CAMPINAS**

Tese de Doutorado apresentada à Pós-
Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do Título de
Doutor em Tocoginecologia, área de
Tocoginecologia

**ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. MARIA SALETE COSTA GURGEL
CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. JOSÉ GUILHERME CECATTI**

**UNICAMP
2001**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

M338c Marinho, Luiz Alberto Barcellos
 Conhecimento, atitude e prática do auto exame da
 mama e do exame de mamografia em usuárias dos
 centros de saúde do município de Campinas / Luiz Alberto
 Barcellos Marinho. Campinas, SP : [s.n.], 2001.

 Orientadores : Maria Salete Costa Gurgel, José
 Guilherme Cecatti
 Tese (Doutorado) Universidade Estadual de
 Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

 1. Mama - câncer. 2. Câncer - prevenção. 3. Serviço
 municipal de saúde para mulher. I. Maria Salete Costa
 Gurgel. II. José Guilherme Cecatti. III. Universidade
 Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
 IV. Título.

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

Aluno: LUIZ ALBERTO BARCELLOS MARINHO

Orientadora: Prof^a. Dr^a. MARIA SALETE COSTA GURGEL

Co-Orientador: Prof. Dr. JOSÉ GUILHERME CECATTI

Membros:

1.

2.

3.

4.

5.

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

Data: 14/12/2001

Dedico...

*a você **Tânia** que sempre ocupou um lugar especial em minha vida
e que sempre esteve ao meu lado,
quer nos dias felizes, como nos períodos mais críticos,
agindo como aquelas “mulheres de Atenas”
que viviam para seus maridos apenas.*

*...aos meus filhos, **Aurora, Álvaro e Arthur.**
Obrigado pelo estímulo que direta ou indiretamente proporcionaram.
Foram fundamentais para que conseguisse vencer as dificuldades
e chegar ao final desta jornada.*

**“Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas.
Geram pros seus maridos os novos filhos de Atenas.
Elas não têm gosto ou vontade, nem defeito, nem qualidade,
têm medo apenas...”**

(Chico Buarque de Holanda e Augusto Boal)

“Bem-aventurado o homem que acha sabedoria, e o homem que adquire conhecimento”

(PROVÉRBIOS DE SALOMÃO)

Meu Preito de Gratidão

Ao DEUS ALTÍSSIMO

***que fez os homens um pouco menores do que os anjos,
dando domínio sobre as obras do Criador, e que me deu
todas as condições para a concretização deste trabalho.***

À Profa. Dra. Maria Salete Costa Gurgel, minha orientadora, que participou ativamente nas decisões desta pesquisa e contribuiu para que este estudo atingisse os objetivos propostos. Por todos os ensinamentos, meu muito obrigado

Ao Prof. Dr. José Guilherme Ceccatti, meu co-orientador, por sua participação em momentos extremamente difíceis na análise dos dados neste trabalho, onde a sua experiência foi de capital importância para a conclusão desta pesquisa.

À Profa. Dra. Ana Neuza Vieira Matos, minha mestra, que me ensinou a dar os primeiros passos na pesquisa científica. Por todas as lições que me foram ministradas durante todo o tempo de convivência na Universidade de Campinas, o meu eterno muito obrigado

Ao Prof. Dr. Ovídio Rettori, meu mestre que, junto com a Profa. Dra. Ana Neuza Vieira Matos teve papel importante na minha formação quanto ao rigor científico da pesquisa médica. Ao cidadão argentino cujo coração é muito mais verde e amarelo, a minha gratidão.

À Prof. Dra. Maria José Duarte Osis, por sua experiência e importante participação na elaboração dos questionários usados neste estudo, meus sinceros agradecimentos.

Ao Prof. Dr. Henrique Benedito Brenelli, mestre e amigo de longa data e que sempre acreditou no meu trabalho. Dizer apenas muito obrigado é pouco pelo muito que recebi.

À Dra. Aurora Raquel Marinho Oliveira, minha filha, pelo seu trabalho na digitação dos dados codificados nesta pesquisa.

Ao Dr. Álvaro Emanuel Martins Marinho, meu filho e especialista em imagem e som, minha gratidão pela ajuda na diagramação deste trabalho.

Ao Sr. Klésio Divino Palhares, por sua participação na codificação das questões que foram aplicadas às entrevistadas desta pesquisa.

À Sra. Margarete Amado Souza Donadon, por sua atenção para com os alunos do curso de pós-graduação

Aos amigos e colaboradores da ASTEC, que sempre estiveram ao meu lado durante todo o período da pós-graduação, auxiliando-me em diversas fases na montagem deste estudo.

Aos laboratórios: Asta Médica, Novartis, Pfizer, Merck do Brasil e Eli Lilly do Brasil – divisão Evista, pela colaboração na impressão dos questionários utilizados neste estudo, meus agradecimentos.

Às entrevistadoras que atuaram aplicando o questionário em vários centros de saúde de Campinas, meu muito obrigado pela dedicação e senso de responsabilidade que tiveram na coleta de dados da pesquisa

Às mulheres, anônimas, da cidade de Campinas, que são como as mulheres de Atenas, guerreiras, corajosas e que, mesmo não tendo a assistência médica adequada, têm lutado para conseguir melhorias para sua saúde e suas vidas. Por sua bravura e colaboração, respondendo aos questionários, deste estudo, meu muito obrigado.

Nossos agradecimentos ao Fundo de Apoio ao Ensino e a Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (FAEP) que financiou parcialmente a realização deste estudo através de um auxílio à pesquisa

Sumário

Símbolos, Siglas e Abreviaturas	
Resumo	
Summary	
1. Introdução	1
2. Objetivos	16
2.1. Objetivo geral	16
2.2. Objetivos específicos	16
3. Sujeitos e Métodos	17
3.1. Tipo de estudo	17
3.2. Tamanho amostral	17
3.3. Critérios e procedimentos para a seleção dos sujeitos	20
3.3.1. Critérios de inclusão	22
3.3.2. Critérios de exclusão	22
3.4. Variáveis e conceitos	23
3.4.1. Variáveis de controle	23
3.4.2. Dificuldades para realizar o auto-exame da mama	23
3.4.3. Variáveis dependentes	24
3.5. Instrumentos para coleta de dados	27
3.6. Processamento e análise dos dados	28
3.7. Aspectos éticos	28
4. Resultados	29
4.1. Caracterização da população	29
4.2. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas	31
4.3. Conhecimento, atitude e prática da mamografia	36
5. Discussão	43
6. Conclusões	61
7. Referências Bibliográficas	62
8. Bibliografia de Normatizações	77
9. Anexos	78
9.1. Anexo I	78
9.2. Anexo II	90

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

CEMICAMP	Centro de Pesquisas e Controle das doenças materno infantis de Campinas
CFM	Conselho Federal de Medicina
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
Et. al.	E outros, e outras
NS	Não significativo
PCCCUC	Programa de Controle de Câncer Cérvico-Uterino de Campinas
PCCM	Programa de Controle de Câncer de Mama
PRO-AIM	Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade do Estado de São Paulo

Resumo

O câncer de mama é considerado um problema de saúde pública em quase todos os países. O efeito devastador causado por esta neoplasia tem motivado a criação de programas de educação em saúde a fim de se conseguir seu diagnóstico precoce quando as chances de cura são maiores. O objetivo deste estudo é avaliar qual o conhecimento, a atitude e a prática do auto exame das mamas e do exame de mamografia entre as mulheres que se utilizam do serviço médico municipal de Campinas e identificar quais as barreiras para que a população feminina tenha acesso à realização de procedimentos que auxiliem no diagnóstico precoce do câncer de mama. Foram entrevistadas 663 mulheres de 13 Centros de Saúde municipais, através de um inquérito CAP, incluídas de forma aleatória, de maneira que no estudo estivessem representadas mulheres residentes tanto em áreas mais favorecidas, como em locais mais distantes no município de Campinas. Para análise dos resultados, as respostas das mulheres foram descritas quanto ao conhecimento, atitude, prática e suas respectivas adequações como previamente definido. Esta adequação comparada entre as categorias das variáveis de controle através do teste X^2 . Os resultados obtidos

neste estudo mostraram que o conhecimento e a prática do auto exame das mamas e do exame de mamografia foram inadequados, embora a atitude frente a estes dois procedimentos tenha sido adequada. O estudo também mostrou que, para a realização do auto exame das mamas, o esquecimento desta prática é a principal barreira para que não seja realizada, enquanto a principal barreira para não se fazer a mamografia foi a falta de solicitação deste exame por parte dos médicos que atuam nos Centros de Saúde. Mostrou ainda a associação entre a adequação da prática do auto exame das mamas com e as variáveis de controle: por idade maior de 50 anos, escolaridade maior que 5 anos, trabalho fora e renda superior a cinco salários mínimos. Quanto ao exame de mamografia, houve associação entre a adequação da atitude e as variáveis escolaridade igual ou maior a cinco anos e ser casada. Houve também associação entre a adequação da prática da mamografia e as variáveis trabalho fora e renda familiar igual ou superior a 5 salários mínimos.

Summary

The breast cancer is considered a public health problem in almost all countries. The hazardous effect of the neoplasia has motivated the creation of educational health programs in order to achieve an early diagnosis, when the cure rates are higher. The purpose of this study to evaluate the knowledge, attitude and practice on self-examination of the breast and mammography among who use the municipal medical services of Campinas and to identify which are the barriers to access, by the female population, to the procedures which help in the early diagnosis of breast cancer. In a KAP survey 663 women of 13 municipal health center were interviewed. They were randomly included, in a such way that there were represented women living either richer areas and in places distant from the main health facilities of the city. For the analysis, the answers of women were described regarding knowledge, attitude, practice and their retrospective adequacies as previously defined. This adequacy was compared between categories of control variables through th Chi-square test. The results showed that the knowledge and practices of the self-examination of breast and mammography are inadequate, although the attitude concerning the

two procedures are appropriate. The study also showed that forgetting the self-examination of the breast is the main cause for not performing it and the main barrier for the mammography was the lack of solicitation of this exam by the physicians who worked at the Health Center. It also showed that there was an association between of the self-examination practice and the control variables, age above 50 years, literacy above 5 years, having a job and income 5 minimum wedges. Regarding mammography there was an association between the adequacy of attitude na the variables literacy above 5 years and being married. There was also an association between the adequacy of mammography practice and the variables having a job and family income above 5 minimum wedges.

1. Introdução

Após a Segunda Guerra Mundial, os Estados Unidos da América mudaram a avaliação da forma de realizar o controle de qualidade sobre os seus produtos industrializados. Perceberam que a identificação de falhas no processo de produção dos produtos fabricados pelas indústrias era muito mais eficaz do que a análise realizada retrospectivamente, quando esses produtos já tinham chegado ao público. Este processo de controle de qualidade foi inicialmente aplicado à indústria americana e posteriormente alcançou outros segmentos da sociedade, inclusive a saúde (LOEGERING, REITTER, GAMBONE, 1994).

Infelizmente, os programas de saúde pública no Brasil certamente não têm passado pela análise rotineira do controle de qualidade do que está sendo feito ou oferecido à população que, não dispondo de recursos acaba ficando à mercê das decisões de burocratas que, ocupando cargos estratégicos dentro do cenário político nacional, acabam transformando o sistema de saúde em algo improdutivo, ineficiente e desumano. Esta situação, ao mesmo tempo triste e

vergonhosa, atinge vários segmentos da saúde pública brasileira, inclusive na área oncológica e especificamente no caso do câncer de mama.

Segundo a lenda das mulheres amazonas brasileiras, as icamiabas, elas mutilavam uma das glândulas mamárias a fim de poderem manejar o arco de guerra (QUEIROZ, 1976). Contudo, já no início do século XXI, por falta de uma política de saúde voltada para tão grave problema como o câncer de mama, ainda se mutilam as mamas das mulheres que têm suportado o sofrimento do câncer de mama com coragem e que não têm nenhuma pretensão de manejar bem o arco e a flecha, mas sim de serem apenas mulheres, donas de casa, mães, esposas e contribuir dentro das suas limitações para a construção de uma sociedade mais justa.

Política de saúde pública e medicina preventiva deveriam ser prioridades em qualquer governo, de qualquer lugar do planeta. No caso do câncer de mama, alguns pesquisadores acreditam que só será possível reduzir a mortalidade por esta doença com diagnóstico precoce que identifique o tumor ainda pequeno e em estágio inicial (GOLD, BASSETT, FOX, 1987; TUBIANA & KOSCIELNY, 1999; MENDONÇA 1999). Há, portanto, a necessidade da criação de ações de prevenção e educação para a saúde para que mais vidas sejam poupadas, cirurgias menos mutiladoras sejam realizadas e que as consequências que o diagnóstico de câncer de mama em fase avançada traz, sejam menos destrutivas, tanto para a mulher como para a sociedade.

Há quase 25 anos a Assembléia Mundial de Saúde definiu a meta social de “Saúde para Todos no ano 2000” e a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1998), também conhecida como a “Conferência de Alma-Ata” se propunha a buscar uma estratégia para alcançar essa meta. Infelizmente, é preciso admitir que a palavra-chave “para todos” não tem correspondido à realidade em nosso país e que as desigualdades no campo da saúde têm se acentuado com o passar dos anos. Esta realidade tem causado o aumento do contingente dos desatendidos pelo atual sistema de saúde.

Diante desta cruel realidade, toma-se conhecimento de cifras cada vez maiores dos casos de câncer, uma vez que a expansão da população idosa é um dos fatores para o aumento da exposição de fatores de risco. Segundo o Ministério da Saúde, com exceção do câncer de estômago que tem mostrado tendência a diminuir, todas as outras taxas são crescentes, incluindo o câncer de mama, ou estão estáveis, onde o exemplo é o câncer de colo de útero (BRASIL 1999). O Instituto Nacional do Câncer estimou para o ano de 1999 uma taxa de 31.200 casos novos de câncer de mama, sendo a região Sudeste responsável por 12.500 casos novos para aquele ano (BRASIL, 1999). O câncer de mama é considerado o maior problema de saúde pública no mundo, com cerca de 5 milhões de novos casos previstos para os próximos cinco anos (MENKE et al., 2000).

Estes números alarmantes, permitem inferir que não se tem na verdade uma política de saúde voltada para a prevenção de doenças, particularmente as

neoplasias que atingem a mulher, ou que há equívocos nos programas já existentes, ou ainda que no caso do câncer de mama não se está dando a atenção necessária como foi feito para a prevenção do câncer de colo de útero. O que ocorre na maioria das vezes, principalmente em serviços públicos de saúde, é a falta de diretrizes que possibilitem o diagnóstico precoce do câncer de mama. Como consequência, regra geral ocorre o diagnóstico tardio, com diminuição das chances de cura, aumentando os casos em que a doença acaba disseminada em curto intervalo de tempo. Avaliação estatística recente em hospitais universitários como os da USP e UNICAMP mostraram que apenas 10% chegam a estes serviços com estágio I e que 70% têm acesso ao tratamento nestes hospitais em fase avançada, estágio III (PINOTTI et al., 1998).

Relatório da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas sobre a monitorização dos óbitos no município por neoplasias, publicado em 1988, mostrou que no primeiro semestre o grupo de mortes por câncer de mama, foi 19% no sexo feminino, sendo a segunda causa mais freqüente. Entre os tipos de câncer que acometem a mulher, o câncer de mama foi o que apresentou a maior incidência, com 17% dos óbitos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE 1998).

Em Campinas, o câncer de mama e do colo do útero foram responsáveis por mais de 25% das mortes por neoplasia em várias áreas da cidade e, uma vez que estes dois tipos de câncer podem ser detectados precocemente, muitos destes óbitos poderiam ser evitados. Para isso teoricamente bastaria apenas que ocorresse o diagnóstico precoce, garantia de acesso universal da população a tratamentos efetivos para tentar diminuir os índices de morte na cidade.

A Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) dispõe do Programa de Controle de Câncer Cérvico Uterino de Campinas (PCCCUC), desenvolvido a partir de 1967 e que resultou na redução da incidência de casos avançados dessa neoplasia (PINOTTI & FAÚNDES, 1988) e mostrou também ser 5,7 vezes mais barato, permitindo o diagnóstico do câncer de colo de útero em fase pré-clínica (PINOTTI & FAÚNDES, 1988). Hoje o programa de Controle de Câncer Cérvico Uterino é realizado rotineiramente em todos os Centros de Saúde municipais, estando incorporado à rotina de trabalho desenvolvida por estas unidades.

Quase simultaneamente ao PCCCUC, surgiria o Programa de Controle de Câncer de Mama – PCCM. No entanto, parecendo irmãos gêmeos, os dois programas tiveram uma evolução diferente. Enquanto o Programa de Controle de Câncer Cérvico-Uterino crescia e atingia o seu pleno desenvolvimento, sendo implantado em todas as unidades básicas de saúde da cidade de Campinas, o mesmo não se pode dizer do Programa de Controle de Câncer de Mama. À Secretária Municipal de Saúde que, além de não colocou em prática todas as diretrizes propostas pelo PCCM, e ainda elaborou um protocolo para o diagnóstico precoce do câncer de mama que é no mínimo, pouco efetivo, uma vez que considera apenas a presença do nódulo mamário como o dado cínico de relevância para a suspeita de câncer de mama. (SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1998).

É compreensível que o diagnóstico precoce dos tumores que atingem a glândula mamária requer maior complexidade tecnológica, e é provável que este fato tenha contribuído para que as unidades básicas de saúde, com o

passar do tempo, se sentissem desencorajadas a procurar alterações nas mamas das mulheres que procuravam o serviço médico municipal, já que tinham dificuldade para acesso a exames mais sofisticados.

Ainda hoje não se dispõe de nenhum método propedêutico eficiente para o diagnóstico precoce do câncer de mama (PINOTTI & FAÚNDES, 1988), apesar de todo avanço tecnológico na área de imagem em mastologia. Conseqüentemente, tem-se observado cifras cada vez maiores deste tipo de neoplasia desde o início dos registros de 1930, com taxa de mortalidade constante. Nos Estados Unidos a mortalidade estimada é de 21,1/100.000 mulheres (NATRAJAN, SOUMAKIS, GAMBRELL 1999). Contudo, é certo também que o exame de palpação da mama realizado por pessoa treinada poderá auxiliar na detecção dos tumores mamários. Tal avaliação, através de exame físico, não seria atribuição exclusiva dos médicos que atendem nos centros de saúde. No livro "A Mulher e Seu Direito à Saúde: por uma Política de Saúde no Brasil", os autores propõem a utilização de outros profissionais como enfermeiras ou auxiliares de enfermagem que poderiam estar auxiliando no diagnóstico precoce do câncer de mama (PINOTTI & FAÚNDES, 1988). Com a implementação do Programa de Saúde da Família, mais recentemente existe a oportunidade de se veicular informações relacionadas ao diagnóstico precoce das alterações que acometem a glândula mamária e identificar as mulheres que estariam nos grupos de maior risco; sendo estas algumas das etapas fundamentais para qualquer programa de saúde que se deseja implantar.

As três etapas básicas para se conseguir êxito no desenvolvimento da saúde da população podem ser resumidas em: promover condições de saúde, medidas protetoras e serviços preventivos. A partir deste três itens, será possível identificar as áreas prioritárias e traçar os objetivos para alcançar melhores níveis de saúde pública. No caso do câncer de mama, infelizmente as etapas acima mencionadas não têm sido cumpridas ou só parcialmente têm sido executadas, uma vez que as mortes por este tipo de doença continuam a ocorrer de forma ascendente há aproximadamente 35 anos, mostrando que, apesar de todo avanço tecnológico, os resultados ainda não são satisfatórios para este tipo de neoplasia (MASON & MCGINNIS, 1990).

O diagnóstico precoce do câncer de mama está ligado, indubitavelmente, ao acesso à informação para as pacientes, alertando-as sobre a maneira de se realizar o auto-exame da glândula mamária, o exame clínico e o exame de mamografia. Embora os dois últimos sejam de maior complexidade, a orientação para que a mulher realize de forma adequada e periodicamente o exame da própria mama pode ser ministrado por profissionais para-médicos em centros de saúde em qualquer parte do Brasil. Este procedimento se mostrou eficiente em vários trabalhos retrospectivos (FOSTER et. al., 1978; GREENWALD et al., 1978; FOSTER & CONSTANZA, 1984; HILL et al., 1988) e a American Cancer Society recomenda a utilização do auto-exame como prática adequada (TANG, SOLOMON, McCracken, 2000). No entanto, o número de mulheres que praticam o auto-exame das mamas regularmente é baixo, oscilando entre 19% a 40% (COLEMAN, 1991) e a ausência desta prática não ocorre apenas entre

peças menos esclarecidas, uma vez que também foi identificado, por exemplo, entre a população de médicas da Noruega (ROSVOLD et al., 2001).

Dentro desta proposta de utilizar outros profissionais que atuam nos centros de saúde para o melhor desenvolvimento dos programas oferecidos à população, no contexto do município de Campinas há que se fazer menção a Sebastião de Moraes (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1978). Ao assumir a Secretaria Municipal de Saúde em 1977, adotou esta proposta de trabalho recrutando, dentre a população residente nos bairros mais periféricos, pessoas interessadas em trabalhar nas unidades básicas de saúde. Além de fornecer treinamento básico para aquelas pessoas que mostraram interesse naquela nova atividade profissional, também passava para os seus seguidores uma visão mais ampla da saúde como direito do cidadão e dever do Estado. A formação deste novo tipo de profissional, recrutado dentre os moradores dos bairros onde instalar-se-iam os novos postos de saúde, foi fundamental para o êxito da descentralização da saúde na cidade de Campinas.

Os profissionais recrutados foram chamados auxiliares de saúde e logo foram percebendo que boa parte dos problemas do setor da saúde eram em parte um reflexo da omissão dos gestores públicos. Os profissionais paramédicos que passaram a trabalhar nos centros de saúde aprenderam não apenas a execução de pequenos procedimentos que eram delegados pelos médicos dos postos de saúde, atingindo assim um número maior de pessoas que procuravam atendimento naquelas unidades, como também participaram do processo de educação para a saúde, através de palestras e cursos de reciclagem. Este processo

educacional para a saúde era, então, levado para a coletividade com o propósito de criar um comportamento preventivo na população. Segundo PINOTTI (1984), enfatizar a educação para a saúde constitui uma das sete etapas mais importantes no processo de implantação de uma política de saúde no Brasil.

Partindo do princípio da utilização de métodos mais simples para os de maior complexidade, pode-se dizer que vários são os trabalhos que enfatizam a importância da realização do auto-exame das mamas e o ensino do mesmo para a detecção de tumores de mama em fase inicial. Além disso, é consenso que o diagnóstico precoce no caso do câncer de mama é fundamental na chance de cura da mulher quando acometida por esta neoplasia (GASTRIN, 1976; BENETT et al., 1983; BAINES & TO, 1990; PINOTTI et al., 1993, ABDEL-FATTAH et al., 2000, MADAN et al., 2000). Em estudo recente, TUBIANA & KOSCIELNY (1999) mostraram que o diagnóstico precoce está relacionado também com grau tumoral mais baixo. A literatura médica é pródiga em artigos que procuram destacar a importância do auto-exame das mamas (GREENWALD et al., 1978; FELDMAN et al., 1981; HUGULEY & BROWN, 1981; HILL et al., 1988, LEIGHT et al., 2000), no entanto nem todos os pesquisadores são entusiastas do auto-exame das mamas como procedimento essencial na detecção precoce do câncer mamário (WAY, 1969; SMITH, FRANCIS, POLISSAR, 1980; SENIE et al., 1981; SMITH & BURNS, 1985; PHILIP et al., 1986; SEMIGLAZOV et al., 1996; KLINE, 1999).

É provável que os críticos do auto-exame da mama não valorizem este procedimento devido a sua execução ocorrer de forma inconstante. Em estudo

em que foram abordados vários aspectos relativos à prevenção do câncer de colo de útero e câncer de mama na cidade de Campinas e no bairro da Penha na cidade de São Paulo, 30% a 45% das participantes neste estudo não sabiam, não faziam ou faziam de forma inconstante o auto-exame das mamas (BACHA, 1997). Em estudo dirigido por Celentano e Holtzman, ficou evidente que muitas mulheres efetuavam o auto-exame de maneira incorreta e muito rapidamente, o que diminuía a possibilidade de detectar anormalidades na glândula mamária (CELENTANO & HOLTZMAN, 1983).

Ainda que o auto-exame da mama não tenha a propriedade de reduzir a taxa de mortalidade por este tipo de neoplasia, permite a detecção de câncer de mama em fase mais precoce entre as mulheres que se utilizam de tal procedimento (HILL et al., 1988). Este estudo sugere vantagens na sobrevivência em cinco anos para as praticantes do auto-exame das mamas. A realização deste procedimento está respaldada por três razões principais: a) a maioria dos casos de câncer de mama são descobertos pela própria paciente, b) o auto-exame da mama pode levar à detecção de um tumor no intervalo dos exames de rastreamento e c) o auto-exame das mamas pode ser o único método disponível para mulheres que têm dificuldades para conseguir uma consulta com especialista ou exame de mamografia (BAINES & TO, 1990).

É inegável que um procedimento como o auto-exame das mamas, que apresenta custo operacional pequeno e de rápida execução, não deve ser desprezado, mormente no Brasil. Também é inegável que a incorporação do auto-exame das mamas na rotina mensal das mulheres, principalmente de

mulheres com menor condição socioeconômica, não é uma tarefa fácil. A assimilação da realização do auto-exame das mamas como forma de exame de prevenção passa, inexoravelmente, por um programa de educação da população. Sem esta medida, qualquer tentativa de programa de massa utilizando o auto-exame das mamas estará fadado ao fracasso. A falta de programas educativos voltados para a prevenção do câncer de mama tem levado a falhas na detecção precoce do câncer de mama e 30% a até mais de 80% de todas as pacientes com câncer de mama, em países em desenvolvimento, só terão o diagnóstico da doença quando já estiver em estágio avançado, onde a chance de cura é praticamente nenhuma (KOROLTCHOUK, STANLEY, STJERNSWAD, 1990). A utilização do auto-exame das mamas constitui a primeira medida efetiva para a detecção dos tumores da glândula mamária. E o processo educacional para que a população feminina realize o auto-exame das mamas tem sido defendido por vários pesquisadores em diversas partes do mundo (CALNAN, CHAMBERLAIN, MOSS 1983; COLEMAN & PENNYPACKER, 1991; JANDA et al., 2000). No estudo de Carter e colaboradores o percentual de detecção de tumores da mama chegou a 88% em mulheres que praticaram o auto-exame da mama em seguimento de 12 meses (CARTER et al., 1985). Contudo, duas outras etapas são extremamente necessárias: o exame da mama realizado por profissional treinado e o exame de mamografia, que ainda é o principal exame no diagnóstico precoce do câncer de mama.

A partir do estudo realizado na cidade de Nova York, que mostrou a importância do exame de mamografia no diagnóstico precoce do câncer de

mama em mulheres assintomáticas, (SHAPIRO, STRAX, VENET, 1971; SHAPIRO, 1977; SHAPIRO et al., 1982; KERLIKOWSKA et al., 1996). a realização do exame de mamografia é, sem dúvida, o recurso mais eficaz para a detecção do câncer de mama em fase inicial, contribuindo para a redução da mortalidade por essa forma de neoplasia. Estudo recente, realizado no Reino Unido, mostrou que o exame de mamografia é fundamental para aumento de até 42% na detecção de carcinomas de mama menores que 15 milímetros (BLAMEY, WILSON, PATNICK 2000). Contudo, alguns fatores têm influência na realização da mamografia, como: nível de instrução, situação sócio-econômica, convênio médico e antecedentes familiares para este tipo de neoplasia (CALLE et al., 1993; GARDINER et al., 1995; DAVIS et al., 1996).

O elevado custo para a realização do exame de mamografia é um fator preponderante para que não seja possível realizá-la como exame de massa, como acontece com o exame de colpocitologia oncótica. Em estudo realizado nos Estados Unidos, mulheres mais pobres apresentaram mais dificuldade para conseguir realizar a mamografia, chegando a aproximadamente 80% o índice de não realização deste exame entre as mulheres com menor poder aquisitivo (MILLER & CHAMPION 1997). Além de ter um custo operacional alto, existem outras dificuldades a serem vencidas para a realização do exame. As barreiras mais comuns são: medo da irradiação, vergonha, dificuldade para conseguir o exame, exame doloroso, falta de recomendação para a realização da mamografia por parte do médico por não apresentar sintomas (RIMER et al., 1989;

LERMAN et al., 1990), sendo esta uma das maiores barreiras junto com o medo de descobrir um câncer na mama (STOMPER et al., 1990)

Além destes fatores que dificultam o acesso ao exame de mamografia, há muito pouco investimento em medicina preventiva no Brasil. O orçamento da União para a saúde disponibiliza menos de R\$ 10,00 por habitante, aliado a falta de política efetiva para o setor, favorecendo não só o recrudescimento de velhas doenças como a tuberculose e a malária (ANDRADE, 1999), como dificulta o diagnóstico precoce de algumas neoplasias, entre elas o câncer de mama. Estudo publicado por membro da equipe de investigação em saúde coletiva da central de trabalhadores da Argentina, mostrou que na América Latina o custo da assistência médica é de 412 dólares *per capita* (IRIART, 1999), enquanto o Brasil tem um custo de aproximadamente 300 dólares *per capita*. E, finalmente, existe também a pressão econômica que acaba recaindo sobre a vida das mulheres brasileiras que têm o ônus de cuidar da família e ajudar a compor o orçamento familiar, restando pouco tempo para cuidar da própria saúde.

Em países mais desenvolvidos, onde há menos dificuldades para a realização do exame de mamografia, o percentual de mulheres com mais de 50 anos que fazem este exame anualmente alcança índices superiores aos nossos (LERMAN et al., 1990; RUCHLIN, 1997). Esta cifra está bem abaixo do que seria recomendável por várias associações médicas. No Brasil, em trabalho recente, foram obtidos percentuais inferiores aos encontrados pelos autores americanos. Segundo VIEIRA & KOCH (1999), 63,3% das mulheres nunca

foram submetidas a este exame, embora estivessem na faixa etária em que deveriam ter realizado pelo menos uma mamografia.

Uma vez identificadas as dificuldades para a realização do exame de mamografia, cabe aos responsáveis pela saúde da comunidade a construção de estratégias para vencer estes obstáculos. Torna-se inútil a aplicação de avanços tecnológicos para o diagnóstico precoce do câncer de mama se há o desconhecimento dos métodos diagnósticos por parte das mulheres e a pouca utilização destes recursos como arma preventiva (VIEIRA & KOCH, 1999). Conseguir um modelo perfeito é simplesmente utópico, pois nem países como os Estados Unidos, com todo seu poder econômico, têm logrado êxito em fazer o exame de mamografia rotineiramente de acordo com os protocolos das várias associações médicas americanas que estão envolvidas com o estudo do câncer (BURACK & LIANG, 1989; AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY, 1995).

No nosso país, qualquer estratégia para minimizar o problema do câncer de mama terá que passar por um programa de educação em saúde. Só a transferência de conhecimento às usuárias que freqüentam os nossos centros de saúde, quanto à importância do auto-exame das mamas, do exame da mama realizado por médico ou paramédico treinado, exame de mamografia e que o câncer de mama, quando diagnosticado em fase inicial, tem elevado percentual de cura, é que se obterá sucesso com a adesão das mulheres nos programas de prevenção.

Resta então saber se os centros de saúde municipais de Campinas têm desenvolvido esta questão educacional junto às mulheres que se utilizam dos serviços médicos municipais da cidade e qual o conhecimento, a atitude e prática das mulheres que freqüentam esses centros de saúde municipais quanto ao auto-exame das mamas e do exame de mamografia. A partir do levantamento destes dados será possível a elaboração e posterior execução de um programa que consiga a adesão de parcela expressiva da população feminina de Campinas que, ao ser atingida pelo câncer de mama em fase inicial, não terá o trauma de sofrer a amputação da mama que, para muitas, é como se fosse uma negação à sua feminilidade.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Estabelecer qual é o conhecimento, a atitude e a prática das mulheres que freqüentam os centros de saúde de Campinas em relação ao auto-exame das mamas e ao exame de mamografia e identificar os motivos para a não realização dos mesmos.

2.2. Objetivos específicos

1. Avaliar qual o conhecimento, a atitude e a prática do auto-exame das mamas entre as mulheres que utilizam os centros de saúde de Campinas.
2. Avaliar qual o conhecimento, a atitude e a prática do exame de mamografia nas mulheres que freqüentam os centros de saúde de Campinas.
3. Identificar os motivos para a não realização do auto-exame das mamas e o exame de mamografia entre as mulheres que utilizam os centros de saúde de Campinas.

3. Sujeitos e Métodos

3.1. TIPO DE ESTUDO

Estudo observacional descritivo, tipo inquérito CAP – Conhecimento, Atitude e Prática (WARWICH & LININGER, 1975).

3.2. TAMANHO AMOSTRAL

Para conseguir um tamanho amostral que representasse o mais fiel possível a população feminina usuária do serviço médico municipal de Campinas, foram necessários a adoção de três critérios:

- a) Critério geográfico que corresponde ao espaço geográfico onde está localizado o centro de saúde e conseqüentemente a região onde residem as mulheres que se utilizam desse centro de saúde. O município de Campinas é composto por cinco grandes regiões: Norte, Leste, Noroeste, Sudoeste e Sul.
- b) Critério educação que corresponde ao número de escolas estaduais existentes nas áreas de cobertura dos centros de saúde. Este critério

é dividido em dois níveis. O nível A, quando a região possui quatro ou mais escolas em relação às demais regiões daquela área geográfica. Nível B, quando existem três ou menos escolas estaduais. Apenas a região noroeste que possui menor número de escolas teve uma classificação diferente, a saber: nível A, com três ou mais escolas e nível B, com menos de três escolas estaduais.

- c) Critério saneamento básico, também com dois níveis. Nível A, se a região onde se encontra o centro de saúde possui rede de água e esgoto ou apenas rede de água e nível B, se a região onde se localiza o centro de saúde depende do fornecimento de água por meio de caminhão pipa.

Levando em consideração os critérios descritos acima e utilizando-se uma tabela de números aleatórios (SNEDECOR & COCHRAN, 1980), foram escolhidos 13 estratos onde estão localizados os 43 Centros de Saúde existentes na cidade de Campinas. A escolha de 13 Centros de Saúde, onde foi realizada a pesquisa, ocorreu em função do critério viabilidade para a realização da mesma e, em segundo lugar, a escolha aleatória destes Centros de Saúde contemplava a variabilidade segundo os critérios estabelecidos para a escolha dos estratos.

O parâmetro utilizado para cálculo do tamanho amostral foi baseado na proporção de mulheres que tinham conhecimento, atitude e prática adequada tanto para o auto-exame das mamas, como para o exame de mamografia. Como esta proporção era desconhecida, foi então fixada em 50%, que proporciona o maior valor amostral.

O número total de atendimentos à população feminina na rede de Centros de Saúde em 1998, em Campinas, foi de 60.170. Esta cifra foi dividida pelo número de Centros de Saúde e multiplicado pelo número de Centros de Saúde de cada estrato.

Objetivando estimar a proporção de mulheres que conhecem o auto-exame das mamas e o exame de mamografia com uma precisão traduzida em intervalos de confiança 99% ($\alpha=1\%$) com semi-amplitude de 0,005 (d), foi estabelecido este tamanho amostral.

Tomando por base o atendimento médio mensal da população de pessoas do sexo feminino nos centros de saúde de Campinas no primeiro semestre de 1998 que, segundo a Secretaria Municipal de Saúde, foi de 60.161 mulheres com idade igual ou superior a 10 anos e utilizando o método para uma amostragem aleatória estratificada descrito por SCHEAFFER, MENDENHALL, OTT (1986), o tamanho amostral estimado foi de 663 mulheres divididas conforme o fluxo de atendimento de cada Centro de Saúde (Quadro 1) A probabilidade de um erro de estimação (diferença entre a proporção estimada e a populacional) ser menor ou igual a uma tolerância $d=0,005$ foi fixada em $\alpha=0,01$.

QUADRO 1

Representante dos Centros de Saúde escolhidos aleatoriamente

Estrato	Nº de C.S.	C.S. representante	Nº atendimentos estimados	Nº de entrevistas
1	4	Jd. Aurélia	5597	62
2	2	Sta.Bárbara	2799	31
3	2	Jd.Sta. Mônica	2799	31
4	5	V.Costa e Silva	6996	77
5	3	Joaquim Egídio	4198	46
6	5	Pq.Valença	6996	77
7	2	Jd. Ipaussurama	2799	31
8	3	DIC III	4198	46
9	6	Jd.S. Cristovão	8395	92
10	2	Vila Rica	2799	31
11	2	Jd. S. Domingos	2799	31
12	4	Jd. S. Vicente	5597	62
13	3	Jd. S. José	4198	46
TOTAL	43		60.170	663

3.3. CRITÉRIOS E PROCEDIMENTOS PARA A SELEÇÃO DOS SUJEITOS

As participantes do estudo foram as mulheres que utilizam o serviço médico municipal de saúde de Campinas para atendimento nas áreas de clínica médica, ginecologia e atendimento de enfermagem. As mulheres que participaram do estudo tinham ficha clínica cadastrada no centro de saúde correspondente à área de cobertura do mesmo há, no mínimo, seis meses. As participantes foram entrevistadas por auxiliares de enfermagem que atuaram como entrevistadoras.

As entrevistadoras foram previamente treinadas pelo pesquisador responsável para aplicação de questionários sobre o auto-exame das mamas e exame de mamografia e que foram pré testados em Centros de Saúde que não fizeram parte dos extratos escolhidos aleatoriamente, obedecendo os critérios de inclusão e exclusão do estudo.

As entrevistas ocorreram simultaneamente em diferentes Centros de Saúde de acordo com a disponibilidade de tempo das entrevistadoras para realizar a tarefa. O período de coleta de dados ocorreu entre agosto de 2000 a março de 2001. As mulheres foram entrevistadas pela equipe de entrevistadoras dentro dos Centros de Saúde, enquanto aguardavam o atendimento nas áreas de clínica médica, ginecologia ou atendimento de enfermagem.

As entrevistadoras, após prévia autorização do coordenador do Centro de Saúde para realizar as entrevistas e portando instrumento de identificação, abordaram as mulheres que aguardavam na recepção dos Centros de Saúde, convidando-as a participar da pesquisa. As mulheres que aceitaram participar do estudo, após as explicações fornecidas, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2).

As entrevistas ocorreram a cada cinco mulheres com idade igual ou superior a 40 anos que procuraram os Centros de Saúde para atendimento em uma das três áreas já mencionadas. Nos casos em que a mulher a ser entrevistada não quis participar do estudo, passou-se para a seguinte e assim

sucessivamente, até que se conseguiu uma participante. A partir daí, foi retomada a seqüência de uma entrevista a cada cinco mulheres.

O treinamento das entrevistadoras foi realizado pelo pesquisador em sessões quinzenais, no consultório do mesmo. As entrevistadoras, em número de 6, constituíam-se de auxiliares de enfermagem aposentadas ou ainda em atividade, com experiência de trabalho em unidades básicas de saúde.

3.3.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para que as mulheres fossem incluídas neste estudo, empregaram-se os seguintes critérios:

- Idade \geq 40 anos e que procuraram o centro de saúde para atendimento médico na área de clínica médica, ginecologia e atendimento de enfermagem.
- Ficha clínica aberta no centro de saúde há no mínimo seis meses.
- Aceitaram participar do estudo, após informação escrita e oral a respeito das implicações, possíveis inconvenientes e benefícios da pesquisa.

3.3.2. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Antecedente pessoal de câncer de mama.
- Possuir também outro convênio médico.
- Não querer participar do estudo.

3.4. VARIÁVEIS E CONCEITOS

3.4.1. Variáveis de controle

- a) Idade: anos completos por ocasião da entrevista
- b) Estado Marital: as mulheres foram agrupadas de acordo com as seguintes categorias: casada, solteira, viúva, amasiada e separada.
- c) Renda familiar: foi avaliada a renda familiar mensal e quantas pessoas na família dependem desta renda familiar
- d) Escolaridade: última série escolar completada por ocasião da entrevista
- e) Tempo que frequenta o Centro de Saúde: tempo, em meses, que utiliza o Centro de Saúde para atendimento médico ou procedimento de enfermagem.
- f) Trabalho: atividade remunerada exercida fora de casa
- g) Número de gravidezes: número de vezes que ficou grávida até o momento da entrevista
- h) Antecedente familiar para câncer de mama: presença de parentes do sexo feminino que tiveram câncer de mama

3.4.2. Dificuldades para realizar o auto-exame da mama

- a) pessoais: barreiras de ordem pessoal para a execução do auto-exame da mama.
 - da equipe de saúde do Centro de Saúde: deficiência quanto à informação e treinamento do auto-exame da mama por parte dos médicos e da equipe de enfermagem.

b) Dificuldades para realizar o exame de mamografia

- pessoais: obstáculos de ordem pessoal para realização do exame
- do serviço de saúde: problemas encontrados no serviço municipal de saúde de Campinas para a realização da mamografia.

3.4.3. Variáveis dependentes

a) Conhecimento quanto ao auto-exame da mama.

- adequado: resposta positiva para a questão 2.3, itens 1,2 e 5 e resposta negativa para os itens 3, 4, e 6 da referida questão (Seção 2)
- inadequado: resposta positiva e consistente para os itens 3, 4 e 6 da questão 2.3, mesmo que tenha dado respostas positivas a alguns dos itens 1, 2 e 5 da referida questão (Seção 2)
- adequado: resposta positiva para os itens 4,5 e 6 da questão 2.4 (Seção 2)
- inadequado: citação dos itens 1, 2 e 3 da questão 2.4 mesmo que tenha dado resposta positiva a alguns dos itens 4, 5 e 6 da questão 2.4 (Seção 2).

b) Atitude quanto ao auto-exame da mama.

- adequada: respostas 1 ou 2 da questão 2.5 com confirmação nos itens de 1 a 4 da questão 2.6. (Seção 2)
- inadequada: respostas 3 ou 4 da questão 2.5 com confirmação nos itens 5 a 8 da questão 2.6. ou discordância entre as respostas da questão 2.5 sem a ratificação da questão 2.6. (Seção 2).

c) Prática quanto ao auto-exame da mama

- adequada: resposta afirmativa à questão 2.7, os itens 1 e 2 da questão 2.8 e item 2 da questão 2.9; para as mulheres que não menstruam mais, o item 7 (Seção 2)
- inadequada: resposta negativa à questão 2.7, ou os itens 2 a 5 da questão 2.8 e qualquer outra resposta na questão 2.9 que não seja o item 2 ou item 7 para as mulheres menopausadas (Seção 2).

d) Conhecimento quanto ao exame de mamografia

- adequado: resposta afirmativa à questão 3.7; itens 1,2 e 7 da questão 3.9 e item 1 da questão 3.10 (Seção 3)
- inadequado: resposta negativa à questão 3.7 ou itens 3 a 6 da questão 3.9, respostas afirmativas para os itens 2,3 e 4 da questão 3.10; ou desconhecimento declarado do exame (Seção 3)

e) Atitude quanto ao exame de mamografia

- adequada: respostas 1 ou 2 da questão 3.17 com confirmação nos itens de 1 a 4 na questão 3.18. Resposta 1 à questão 3.19 (Seção 3).
- inadequada: respostas 3 e 4 da questão 3.17 com confirmação nos itens de 5 a 10 na questão 3.18 ou discordância entre a afirmação anteriormente citada e a justificativa na questão 3.18 (Seção 3)

- f) Prática quanto ao exame de mamografia
- adequada: resposta 1 à questão 3.12, resposta diferente de zero nas questões 3.13 e quando o intervalo de tempo entre os exames de mamografia não for superior a 2 anos (Seção 3).
 - inadequada: resposta 2 à questão 3.12, intervalo entre exames de mamografia superior a 2 anos ou quando declarar que não lembra quando fez o exame de mamografia pela primeira vez ou se o médico do posto de saúde não pediu o exame (Seção 3)
- g) Barreiras detectadas por parte da paciente para não realização do exame de mamografia e que fazem parte da questão 3.16 (Seção 3)
- h) Barreiras por parte da equipe médica e/ou enfermagem e que forem detectadas no questionário para não realização do exame de mamografia – questão 3.20 (Seção 3)
- i) Realização do exame clínico das mamas rotineiramente nas usuárias dos Centros de Saúde e barreiras para não realização destes exames por parte dos médicos – questões 3.1 a 3.6 (Seção 3).

Os conceitos de Conhecimento, Atitude e Prática foram propostos por GREEN (1980) e DIGNAN, (1986).

- Conhecimento – Significa recordar fatos específicos (dentro do sistema educacional o qual o indivíduo faz parte) ou a habilidade para aplicar

fatos específicos para a resolução de problemas ou, ainda, emitir conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado evento.

- Atitude – É , essencialmente, ter opiniões. É também ter sentimentos, predisposições e crenças, relativamente constantes, dirigidos a um objetivo, pessoa ou situação. Relaciona-se ao domínio afetivo - dimensão emocional.
- Prática – É a tomada de decisão para executar a ação. Relaciona-se aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo – dimensão social.

3.5. INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Foi aplicado às participantes do estudo um questionário com perguntas pré-codificadas e abertas. O questionário foi pré testado em um grupo de 60 mulheres matriculadas em Centros de Saúde que não fizeram parte do estudo.

O questionário (ANEXO 1) foi construído a partir de um modelo prévio utilizado pelo CEMICAMP para estudo sobre qualidade de vida e saúde reprodutiva e adaptado para este inquérito CAP.

O questionário (Anexos I) está composto de 3 seções, a saber:

- seção 1 – Caracterização: as características sociodemográficas.
- seção 2 – Conhecimento, atitude e prática do auto-exame da mama.
- seção 3 – Conhecimento, atitude e prática do exame de mamografia.

3.6. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

O questionário preenchido foi submetido à revisão com relação à qualidade e legitimidade das informações procedendo-se as correções quando necessárias. Os dados foram armazenados no programa EPI-INFO1.6, submetidos a testes de limpeza e consistência. Foi feita a análise da frequência das variáveis. A associação entre as variáveis de controle e a adequação do conhecimento, atitude e prática do auto-exame da mama e o exame de mamografia foi avaliada de acordo com as respostas dadas pelas entrevistadas, através da utilização do teste X^2 , admitindo-se o nível de significância de 5%.(ALTMAN, 1991).

3.7. ASPECTOS ÉTICOS

As mulheres foram entrevistadas apenas após terem sido informadas sobre os objetivos do estudo e suas implicações, terem concordado em participar e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II).

O projeto foi previamente aprovado pela Comissão de Pesquisa do Departamento de Tocoginecologia do CAISM e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

4. Resultados

No período de agosto de 2.000 a março de 2.001 foram entrevistadas 663 mulheres nos 13 Centros de Saúde previamente selecionados.

4.1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

A maior proporção de mulheres entrevistadas apresentava idade superior a 50 anos (57,9%), com baixo nível de escolaridade (80,6%), sem participação ativa no mercado de trabalho (70,1%) e com renda familiar de até quatro salários mínimos em mais da metade das entrevistadas (67,1%), sendo a renda *per capita* das participantes de R\$153,88. A maioria das entrevistadas frequenta os Centros de Saúde há mais de 2 anos (82,4%) e o maior número de entrevistadas referiu quatro gestações ou mais (56,1%) (Tabela 1).

TABELA 1**Distribuição percentual das mulheres de acordo com as características sócio-demográficas (N = 663)**

Características	n	%
Idade (anos)		
40-44	137	20,7
45-50	142	21,4
≥ 50	384	57,9
Escolaridade (anos)*		
Não foi a escola	116	17,7
1-4	412	62,9
5-8	97	14,8
9-11	15	2,3
12 mais	15	2,3
Trabalha fora de casa		
Sim	198	29,9
Não	465	70,1
Estado Marital		
Casada	396	59,7
Solteira	42	6,3
Viúva	123	18,6
Amasiada	37	5,6
Separada	65	9,8
Renda Familiar (em Salários mínimos)**		
1	131	22,2
2-4	265	44,9
5-9	155	26,3
> 10	39	6,6
Pessoas dependentes da Renda familiar mencionada		
1	44	6,6
2-4	413	62,3
5-9	200	30,2
>10	6	0,9
Tempo que frequenta o C. Saúde (em meses)		
6-12	59	8,9
13-24	58	8,7
25-60	182	27,5
61-120	151	22,8
>120	213	32,1
Quantidade de gestações		
Zero	23	3,5
1	44	6,6
2	97	14,6
3	127	19,2
4 ou mais	372	56,1
Antecedente familiar para câncer de mama		
Sim	60	9,0
Não	603	91,0

* Faltam informações de oito pacientes

** Faltam informações de 73 pacientes

4.2. CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DO AUTO-EXAME DAS MAMAS

A maioria das usuárias dos Centros de Saúde de Campinas conheciam o auto-exame das mamas (95,3%) e mais da metade obteve este conhecimento por intermédio dos Centros de Saúde (56,2%), mostrando que além da assistência médica, os Centros de Saúde também tiveram papel na educação voltada para a saúde, embora a adequação deste conhecimento tenha sido muito pequena (Tabela 2).

TABELA 2

Conhecimento, fonte de conhecimento e adequação de conhecimento sobre o auto-exame das mamas

Variáveis	n	%
Conhecimento		
Sim	632	95,3
Não	31	4,7
Fonte de Conhecimento		
Centro de Saúde	355	56,2
Radio/TV	223	35,3
Trabalho	5	0,8
Vizinhas/amigas	17	2,7
Igrejas	19	3,0
Escolas	2	0,3
Outros	11	1,7
Adequação do Conhecimento		
Adequado	49	7,4
Inadequado	614	92,6

Nenhuma das variáveis de controle mostrou associação estatisticamente significativa com o conhecimento adequado para a realização do auto-exame das mamas entre as mulheres participantes deste estudo (Tabela 3).

TABELA 3

Avaliação percentual da adequação do conhecimento sobre o auto-exame das mamas segundo variáveis de controle

Variáveis de controle	Conhecimento		χ^2	p
	Adequado %	Inadequado %		
Idade \geq 50 anos	51	58	0,75	NS
Escolaridade \geq 5 anos	20	19	0,05	NS
Trabalha fora	39	29	1,57	NS
Est. Civil casada	61	60	0,05	NS
Renda \geq 5 sal. Mínimos	37	29	1,06	NS
Tempo \geq 24 meses	88	91	0,30	NS
Total (n)	49	614		

A maioria das usuárias dos Centros de Saúde mostrou atitude adequada quanto ao auto-exame das mamas (95,9%), sendo que o carácter preventivo associado ao melhor prognóstico (85,9%) são as duas principais razões para a realização do auto-exame das mamas (Tabela 4).

TABELA 4

Atitude das mulheres frente à realização do auto-exame das mamas e razões para dar importância ao mesmo

Variáveis	n	%
Atitude*		
Adequada	604	95,9
Inadequada	26	4,1
Razões da importância do auto-exame		
Gravidade da doença	53	8,8
Aumento da chance de cura	254	42,0
Como medida preventiva	281	46,5
Aumento dos casos de câncer de mama	16	2,6

* faltam informações sobre 33 mulheres (31 não conheciam o exame e duas não sabiam opinar sobre o auto-exame das mamas)

Semelhante aos resultados para o conhecimento, também não houve correlação entre a atitude adequada para o auto-exame das mamas e as variáveis de controle neste estudo (Tabela 5).

TABELA 5

Avaliação percentual da adequação da atitude sobre o auto-exame das mamas segundo variáveis de controle

Variáveis	Atitude		X ²	p
	Adequada %	Inadequada %		
Idade ≥ 50 anos	57	58	0,02	NS
Escolaridade ≥ 5 anos	20	15	0,08	NS
Trabalha fora	31	19	1,11	NS
Est. Civil casada	60	58	0,07	NS
Renda ≥ 5 sal. Mínimos	30	38	0,47	NS
Tempo ≥ 24 meses	91	96	0,27	NS
Total* (n)	604	26		

* faltam informações sobre 33 mulheres (31 não conhecem o exame e duas não sabiam opinar sobre o auto-exame das mamas)

Embora o percentual das mulheres que afirmaram realizar rotineiramente o auto-exame das mamas tenha sido alto (83,3%), a prática inadequada do mesmo foi muito elevada (83,2%) (Tabela 6).

TABELA 6
Prática e adequação do auto-exame das mamas por mulheres que freqüentam os Centros de Saúde de Campinas

	n	%
Realização do auto-exame*		
Sim	527	83,3
Não	105	16,6
Adequação da prática		
Adequada	111	16,7
Inadequada	552	83,2

* faltam informações de 31 mulheres que declararam não conhecer o auto-exame

A prática inadequada do auto-exame das mamas foi maior entre as mulheres mais idosas (63%). Por outro lado, mulheres com melhor escolaridade, que trabalham fora de casa e com renda familiar acima de cinco salários mínimos apresentaram prática adequada para a realização deste exame (Tabela 7).

TABELA 7

Avaliação percentual da adequação da prática sobre o auto-exame das mamas segundo variáveis de controle

Variáveis	Prática		X ²	p
	Adequada	Inadequada		
	%	%		
Idade ≥ 50 anos	34	63	29,5	0,006
Escolaridade ≥ 5 anos	27	17	4,74	0,02
Trabalha fora	39	28	4,52	0,03
Est. Civil casada	64	59	0,79	NS
Renda ≥ 5 sal. Mínimos	42	27	10,28	0,001
Tempo ≥ 24 meses	92	90	0,48	NS
Total (n)	111	552		

Os principais obstáculos mencionados pelas mulheres deste estudo, para não realizar o auto-exame das mamas, foram de aspecto pessoal sendo o fator esquecimento o principal motivo para a não realização do auto-exame das mamas (58,1%) (Tabela 8).

TABELA 8

Barreiras para a prática do auto-exame das mamas referidas pela usuárias dos Centros de Saúde

Dificuldades	n	%
Pessoais		
Esquecimento	61	58,1
Só o médico sabe examinar corretamente	45	42,8
Desconhecimento da maneira correta de fazer o auto-exame da mama	25	23,8
Medo	13	12,3
Vergonha	7	6,7
Do Serviço de saúde		
O médico não falou sobre o auto-exame	3	2,8
O médico falou mas não ensinou	2	1,9
A enfermeira não falou sobre o auto-exame	2	1,9
A enfermeira falou mas não ensinou	2	1,9
TOTAL	105	

* foi possível mais de uma resposta para cada mulher (soma > 100%)

Mais de 30% das mulheres que procuraram os serviços públicos municipais de Campinas referiram não ter sido submetidas ao exame clínico das mamas (Tabela 9).

TABELA 9

Distribuição percentual das mulheres entrevistadas quanto à realização do exame clínico das mamas feito pelo médico no Centro de Saúde

Exame Clínico	n	%
Sim	446	67,3
Não	217	32,7

4.3. CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DA MAMOGRAFIA

As usuárias dos Centros de Saúde mostraram conhecimento quanto ao exame de mamografia (93,5%), sendo os Centros de Saúde o principal instrumento de divulgação deste exame (56,0%). No entanto, as entrevistadas apresentaram um percentual pequeno de conhecimento adequado sobre a mamografia (7,4%) (Tabela 10).

TABELA 10

Conhecimento, fonte de conhecimento e adequação do conhecimento sobre o exame de mamografia

Variáveis	n	%
Conhecimento		
Sim	620	93,5
Não	43	6,5
Fonte de Conhecimento		
Centro de Saúde	353	56,0
Radio/TV	105	16,9
Trabalho	90	14,5
Vizinhas/amigas	16	2,6
Igrejas	36	5,8
Escolas	2	0,3
Não lembra	7	1,1
Outros	11	1,8
Adequação do Conhecimento		
Adequada	49	7,4
Inadequada	614	92,6

Não houve associação entre as variáveis de controle e a adequação do conhecimento do exame de mamografia (Tabela 11).

TABELA 11

Avaliação percentual da adequação do conhecimento sobre o exame de mamografia segundo variáveis de controle

Variáveis	Conhecimento		χ^2	p
	Adequado %	Inadequado %		
Idade \geq 50 anos	55	58	0,07	NS
Escolaridade \geq 5 anos	22	19	0,18	NS
Trabalha fora	41	29	2,49	NS
Est. Civil casada	61	60	0,05	NS
Renda \geq 5 sal. Mínimos	33	29	0,14	NS
Tempo \geq 24 meses	94	91	0,23	NS
Total (n)	49	614		

Semelhantemente ao conhecimento do exame de mamografia, as mulheres que freqüentam os Centros de Saúde mostraram uma atitude positiva e adequada quanto à realização deste procedimento (97,1%) (Tabela 12).

TABELA 12

Atitude das usuárias dos Centros de Saúde frente ao exame de mamografia

Atitude*	n	%
Adequada (muito necessária, necessária)	602	97,1
Inadequada (pouco necessária, desnecessária)	18	2,9

* faltam informações sobre 43 mulheres que não conheciam o exame de mamografia

As mulheres com maior escolaridade e casadas apresentaram atitude adequada em relação ao exame de mamografia (Tabela 13).

TABELA 13

Avaliação percentual da adequação da atitude sobre o exame de mamografia segundo variáveis de controle

Variáveis	Atitude		X²	p
	Adequada	Inadequada		
	%	%		
Idade ≥ 50 anos	56	67	0,38	NS
Escolaridade ≥ 5 anos	21	0	3,44	0,03
Trabalha fora	31	33	0,04	NS
Est. Civil casada	61	33	4,34	0,03
Renda ≥ 5 sal. Mínimos	31	17	1,01	NS
Tempo ≥ 24 meses	90	94	0,02	NS
Total* (n)	602	18		

*faltam informações sobre 43 mulheres que não conheciam o exame de mamografia

Metade das mulheres que procuraram atendimento médico nos Centros de Saúde, relatam não terem sido encaminhadas para exame de mamografia (50,7%). Entre aquelas que realizaram o exame de mamografia, a principal indicação para terem sido submetidas a este exame foi o fator idade (59,5%) (Tabela 14).

TABELA 14

Distribuição percentual das mulheres de acordo com a solicitação do exame de mamografia feita pelo médico do Centro de Saúde e indicações para a realização do mesmo

Dificuldades	n	%
Médico pediu o exame		
Sim	327	49,3
Não	336	50,7
Indicações para mamografia		
Notou um “caroço” na mama	23	9,1
Notou um “caroço” e o médico examinou	1	0,4
Notou um “caroço” e o médico não examinou	8	3,2
Medo de câncer de mama	8	3,2
Pedi ao médico depois que minha vizinha fez e descobriu um “caroço” na mama	3	1,2
Fator idade	150	59,5
O médico ficou em dúvida	6	2,4
Casos de câncer na família	5	2,0
Descarga papilar	2	0,8
Mastalgia	40	15,9
Não sabe informar	5	2,0
Outros	1	0,4

Apenas um pouco mais de um terço das mulheres que deveriam fazer o exame de mamografia a cada 24 meses, foram submetidas a este procedimento (38%), e a adequação da prática para o exame de mamografia atingiu o percentual de 35,7% (Tabela 15).

TABELA 15

Realização do exame de mamografia, número de vezes que foi realizada, realização pela última e pela primeira vez, o intervalo de tempo entre o primeiro e o último exame e a adequação da prática

	n	%
Realização do exame		
Sim	252	38,0
Não	411	62,0
Quantidade de mamografias		
1-4	235	93,2
5-8	13	5,2
≥ 9	4	1,6
Realização do exame pela última vez (em meses)		
1 –12	93	36,9
13 –24	12	4,7
Não lembra	147	58,3
Realização do exame pela 1ª vez (em meses)		
6 –24	144	57,2
25-60	76	30,1
61-120	28	11,2
121-240	4	1,6
Intervalo de tempo entre os exames (em meses)		
6-24	237	94,3
25-36	12	4,4
≥ 37	3	1,6
Adequação da Prática		
Sim	237	35,7
Não	426	64,2

Mulheres que trabalham fora e que declararam possuir maior renda salarial apresentaram melhor adequação para a prática do exame de mamografia (Tabela 16).

TABELA 16
Avaliação percentual da adequação da prática sobre o
exame de mamografia segundo variáveis de controle

Variáveis	Prática		X ²	p
	Adequada %	Inadequada %		
Idade ≥ 50 anos	59	57	1,09	NS
Escolaridade ≥ 5 anos	20	19	0,02	NS
Trabalha fora	37	25	4,58	0,03
Est. Civil casada	67	56	1,30	NS
Renda ≥ 5 sal. Mínimos	39	24	9,76	0,001
Tempo ≥ 24 meses	98	87	0,41	NS
Total (n)	237	426		

A maior dificuldade apontada pelas mulheres, que freqüentam os Centros de Saúde Municipais, para a realização do exame de mamografia é a falta de solicitação deste exame pela equipe médica dos Centros de Saúde (81,8%) (Tabela 17).

TABELA 17**Dificuldades para a realização do exame de mamografia em usuárias do Centro de Saúde**

Variáveis	n	%
Dificuldades		
Exame de difícil acesso	57	13,9
Exame doloroso	1	0,2
Medo	15	3,6
O médico não pediu	336	81,8
Falta de tempo	2	0,5

5. Discussão

Esta pesquisa evidenciou que as mulheres entrevistadas mostraram conhecimento sobre o auto-exame das mamas (95,3%), porém este mesmo conhecimento foi, para a maioria delas, inadequado. Situação muito semelhante foi observada quanto à prática do auto-exame das mamas, embora estas mesmas mulheres tenham apresentado a atitude adequada para este tipo de exame.

Outro aspecto negativo detectado por este estudo foi a dificuldade para a execução do auto-exame. Mais da metade das mulheres informaram que se esqueceram de fazer o exame de palpação da mama. É provável que o esquecimento referido pelas entrevistadas esteja ligado a aspectos educacionais para a saúde, que deveriam ser enfatizados nos Centros de Saúde.

Outro dado extremamente preocupante, apontado por este estudo, é o fato de que mais de um terço das entrevistadas declararam que não tiveram as mamas examinadas pelos médicos onde são atendidas regularmente. O desconhecimento do auto-exame das mamas, associado à falta de exame clínico deste órgão, já

compromete qualquer programa de detecção precoce de câncer de mama que se propusesse identificar tumores suspeitos nesta glândula.

Lamentavelmente, a cidade de Campinas, já registrava em 1992 que, de todas as formas de câncer detectadas, 24% acometeram a glândula mamária feminina, ou seja, quase um quarto dos casos de câncer registrados na cidade naquela época (LOPES et al., 1996). Relatório publicado pela Secretária de Saúde do Município de Campinas, relativo ao período de janeiro a junho de 1998, apontou o câncer de mama e o câncer de colo de útero como responsáveis por mais de 25% das mortes provocadas por neoplasias e, o que é mais grave, o próprio relatório reconhece que estes dois tipos de neoplasias poderiam ter sido detectadas precocemente e muitas mortes teriam sido evitadas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1998). Diante de tais fatos, pode-se inferir que a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas não tem ou não coloca em prática um programa eficaz para o diagnóstico precoce do câncer de mama na cidade, como pode ser confirmado pelos dados apresentados por este estudo.

Quando confrontados por suas atitudes ominosas frente à situação de descaso com que tratam a saúde pública, os gestores públicos normalmente valem-se da falta de recursos para tentar justificar as dificuldades para dar à população o atendimento mínimo necessário. Não se pode identificar exclusivamente a dificuldade financeira como sendo a única barreira a ser transposta para que a população tenha acesso ao atendimento médico a que tem direito. É inaceitável que ainda exista o comportamento estático por parte da

classe política ligada principalmente às questões de saúde, frente ao diagnóstico precoce do câncer de mama.

Ao analisar o perfil sócio-demográfico das participantes no estudo, pode-se dizer que a maioria tem renda familiar baixa, como também é baixo o nível educacional das entrevistadas. Estes dois fatores têm sido apontados como importantes indicativos na demora do diagnóstico, resposta ao tratamento e na sobrevivência de pacientes acometidos por diversos tipos de câncer, inclusive câncer de mama (BERG, ROSS, LATOURETTE, 1977; FREEMAN & WASFIE, 1989; McWHORTER et al., 1989; CELLA et al., 1991). De fato a pobreza é um importante fator na demora do diagnóstico, no tratamento e sobrevida dos casos de câncer pois, está associada ao desemprego, educação insuficiente, condições de moradia insatisfatórias, desnutrição e dificuldade de acesso a serviços de saúde. Pessoas com condições sócio-econômicas desfavoráveis têm maior dificuldade de acesso ao sistema de saúde, conseqüentemente estão expostos ao diagnóstico tardio de várias doenças, inclusive o câncer (LAVIZZO-MOUREY & KUMANYIKA 2000). Tal situação pode ser sintetizada na frase de um dos maiores líderes dos direitos humanos, o reverendo Martin Luther King: “ de todas as formas de desigualdades, a injustiça na área da saúde é a mais chocante e desumana” (FREEMAN, 1989).

No entanto, pode-se dizer que na cidade de Campinas mesmo pessoas em condições econômicas menos favoráveis têm à sua disposição vários Centros de Saúde. A prefeitura municipal de Campinas conta com 43 Centros de Saúde,

o que possibilita o acesso mesmo para aquelas pessoas que moram em regiões mais periféricas da cidade.

Mesmo com este contingente de Centros de Saúde, o município de Campinas não tem conseguido êxito na luta contra o câncer de mama. Ao se avaliar os dados deste estudo, pode-se chegar à conclusão de que tem havido falhas em relação à prevenção do câncer de mama, muito mais pelo aspecto qualitativo do atendimento de saúde que tem sido prestado às usuárias, do que pelo aspecto quantitativo.

Este estudo demonstrou que aproximadamente um terço das mulheres que procuram atendimento nos Centros de Saúde não foram submetidas ao exame clínico das mamas, embora 82,4% freqüentem estes serviços há mais de dois anos. Tal situação parece traduzir total falta de conhecimento sobre a gravidade do problema do câncer de mama, ou falta de compromisso dos médicos com o aspecto preventivo na atenção primária. O exame clínico anual das mamas está associado à detecção de tumores menores e ausência de comprometimento de linfonodos metastáticos (SENIE et al., 1981). Ainda que a sensibilidade deste tipo de exame seja de aproximadamente 54% e a especificidade de 94%, um exame clínico das mamas bem feito pode detectar pelo menos 50% das neoplasias assintomáticas e pode contribuir para a redução na taxa de mortalidade (BARTON, HARRIS, FLETCHER, 1999; BOBO, LEE, THAMES, 2000). O exame clínico das mamas pode ser realizado tanto pela equipe médica, como por enfermeiras com treinamento específico para a execução deste procedimento. Estudos mostraram que não há diferença no número de casos de câncer de

mama detectados por médicos ou enfermeiras atuando como rastreadores primários (GEORGE et al., 1980; SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA, 1992; MITTRA et al., 2000). Há que se ter em mente que a etapa fundamental é chegar ao diagnóstico precoce do câncer de mama, pois desta maneira existe maior oportunidade de cura (COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS, 1984) e os profissionais de saúde, como enfermeiras e auxiliares de enfermagem, podem realizar o rastreamento primário de número maior de mulheres, além dos médicos que, de acordo com este estudo, têm deixado significativa parcela da população feminina sem o exame das mamas. Portanto, a equipe de enfermagem pode ter papel preponderante também na prevenção e detecção precoce de casos de câncer, principalmente se considerarmos que, dos 7,6 milhões de casos novos de câncer ocorrendo a cada ano, quatro milhões acontecem em países em desenvolvimento como o nosso (ASH, McCORKLE, FRANK-STROMBORG, 1999). Além disso, o profissional de enfermagem tem participação importante no processo de educação da população, ensinando as pacientes e incentivando-as à realização de procedimentos simples como o auto-exame das mamas que é uma das maneiras de se chegar à detecção precoce do câncer de mama (HUGULEY & BROWN 1981; FRANK-STROMBORG, 1986).

O exame cínico da glândula mamária também representa a oportunidade para que seja ensinado o auto-exame das mamas, esclarecendo às mulheres a importância de tal procedimento e a maneira correta de realizá-lo. O incentivo ao auto-exame das mamas poderá influenciar as mulheres, estimulando-as a execução deste exame rotineiramente.

Vários estudos têm demonstrado que o auto-exame das mamas tem papel fundamental na detecção precoce de tumores das glândulas mamárias, inclusive do câncer de mama (FOSTER et al., 1978; O'MALLEY & FLETCHER 1987; HILL et al., 1988; FEIG, 1990; ERBLICH, BOVJERG, VALIMARADOTTIR, 2000). A prática do auto-exame da mama pode detectar tumores que não foram observados pelo exame de mamografia, nem pelo exame clínico ou nos casos de câncer de mama de intervalo que, tiveram crescimento rápido, além de aumentar a sensibilidade da mamografia e do exame médico, chamando a atenção para determinada área na mama (O'MALLEY & FLETCHER, 1987; FEIG, 1990). A realização do auto-exame rotineiramente pode ser muito útil em localidades onde exista dificuldade para conseguir o exame de mamografia (KELSEY, 1993). No entanto, não é consenso que a prática do auto-exame das mamas tenha papel preponderante no diagnóstico precoce do câncer de mama e conseqüentemente influenciando no estadiamento e mortalidade por este tipo de neoplasia.

Estudo publicado recentemente, em artigo polêmico, no Canadá concluiu que o auto-exame da mama não se mostrou benéfico para as mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos, bem como nas mulheres com idade de 50 a 69 anos, causando visitas desnecessárias ao serviço médico e a realização também desnecessária de biópsias da glândula mamária (BAXTER, 2001). É até possível que o auto-exame da mama seja dispensável num país como o Canadá que possui padrão de excelente qualidade e fácil acesso tanto a especialistas como a exames mais sofisticados, dentro da assistência médica promovida pelo governo. Além disso, o estudo canadense levou em consideração curto período

de tempo de observação para concluir que o auto-exame das mamas seria dispensável (NEKHLYVDOV & FLETCHER, 2001). Robert Smith, diretor do programa de rastreamento de câncer da American Cancer Society, também discorda das conclusões do trabalho canadense (LARKIN, 2001). No Brasil, onde os recursos destinados à saúde são conseguidos com grande dificuldade e, muitas vezes, a falta de sensibilidade de alguns governantes para questões de máxima importância como o câncer de mama, acabam contribuindo para que o diagnóstico precoce seja um achado fortuito, comprometendo as chances de cura das mulheres atingidas por esta forma de câncer.

Uma vez que os recursos destinados à saúde da população estão aquém do necessário, é fundamental que se lance mão de alternativas possíveis para tentar corrigir esta distorção e propiciar o diagnóstico mais precoce possível dos tumores que afetam a mama. O auto-exame das mamas, é com certeza, uma das etapas importantes neste processo de identificação dos tumores mamários, sobretudo em populações de países em desenvolvimento.

O auto-exame das mamas ainda é uma das maneiras de se realizar o rastreamento da glândula mamária. Estudo recente avaliou a mamografia, o exame clínico e o auto-exame das mamas como forma de rastreamento para detecção do câncer de mama. No tocante à realização do auto-exame da mama, os autores consideraram que a sua realização envolve: execução do procedimento de forma correta, conhecimento do problema, risco para câncer de mama, motivação para a realização do mesmo e quebra das barreiras que dificultam a realização do auto-exame da mama. Em todos estes itens a participação do

trabalho da enfermagem tem papel fundamenta, atuando de modo positivo no comportamento das pacientes em relação à realização do auto-exame, exercendo grande influência na saúde da comunidade e, conseqüentemente, podendo chegar ao diagnóstico precoce do câncer de mama (KU, 2001; RUTLEDGE et al., 2001).

Os Centros de Saúde de Campinas não dispõem de um programa específico para a detecção precoce do câncer de mama com participação ativa da equipe de enfermagem. O protocolo em vigor na Secretária Municipal de Saúde para prevenção do câncer de mama apresenta falhas grosseiras, não tendo respaldo em nenhuma das sociedades médicas nacionais ou internacionais que cuidam deste tema.

Apesar de ser um procedimento de baixa complexidade e sem custo operacional para sua execução, o auto-exame das mamas, embora conhecido pelas mulheres, é utilizado por pequena parcela das mesmas que muitas vezes não são informadas quanto à necessidade e à maneira correta de realizá-lo (HOWE, 1981; DEVINE & FRANK, 2000). Alguns estudos têm mostrado que a prática de tal procedimento, mesmo em países desenvolvidos, é baixa (TAMBURINI et al., 1981; TAYLOR et al., 1984; THE GIVIO, 1986; PHILIP et al., 1986; TORTOLERO-LUNA, 1995; CHANG, 1999; PARAGALLO, FOX, ALBA, 2000). Estudos populacionais mostraram que a prática mensal do auto-exame das mamas é de 30% (BENNETT et al., 1990, ROSVOLD et al., 2001). O presente estudo apresenta um percentual ainda menor, de 16,7% para a prática adequada do auto-exame da mama nas freqüentadoras dos serviços médicos municipais da cidade de Campinas. Este índice foi inferior ao obtido no estudo realizado

por SHEPPERD et al., em 1989, que obtiveram a cifra de 31%, sendo a principal razão para a não realização do auto-exame o esquecimento. Em Campinas, o fator esquecimento ocupou também o primeiro lugar com 58,1%, enquanto a crença de que só o médico sabe realizar o auto-exame ficou em segundo lugar com 42%.

Hoje pode-se dizer que o diagnóstico de câncer de mama está alicerçado na prática do auto-exame das mamas, exame clínico anual e na mamografia. Utilizando estes importantes recursos propedêuticos em programas de rastreamento populacional, é possível conseguir redução significativa do número de óbitos por câncer de mama, na opinião de alguns estudiosos (HEALTH AND PUBLIC COMMITTEE, AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS, 1985; TABAR et al., 1985; RIMER et al., 1989; LERMAN et al., 1990; NYSTRÖM et al., 1993; KERLIKOWSKE et al., 1996). Estudo recente mostrou que existem cinco maneiras de tentar levar a conscientização quanto ao rastreamento do câncer de mama na comunidade, a saber: carta convite, material educacional enviado pelo correio, carta convite mais contato por telefone, contato telefônico e atividades práticas demonstrativas direcionadas para mulheres assintomáticas (BONFILL et al., 2001)

As mulheres que participaram deste estudo apresentaram um conhecimento inadequado quanto à utilidade do auto-exame da mama e a maneira correta de realizá-lo, embora a maioria tenha demonstrado uma atitude positiva em relação a este procedimento. Tal resultado permite inferir que a forma de agir na educação em saúde, pela equipe dos profissionais que atuam nos diversos Centros de Saúde de Campinas, tem deixado a desejar quanto a este aspecto. Há que se criar a consciência entre os diversos elementos que atuam nas

Unidades Básicas de Saúde, da importância do papel de medidas preventivas e logicamente promotoras de saúde. Para isso é necessário que estes profissionais estejam continuamente informando a população que frequenta os Serviços Municipais de Saúde, de maneira individual, em grupos e utilizando recursos audio-visuais quando disponíveis, de modo que o auto-exame das mamas venha a ser praticado por percentual maior da população. Tais medidas educativas nada mais são do que procedimentos com finalidade preventiva. Assim, certamente, a curto e médio prazo, será possível detectar mais precocemente tumores da glândula mamária, com enorme benefício para a mulher e para o próprio estado. Segundo o editorial do CREMESP, é preciso mais do que medicina e médicos para ter um povo saudável, e só com ações contínuas e horizontais é que será possível transformar objetivos bem intencionados em realidade duradoura (CARVALHO, 2001). Se por um lado, dispõe-se de avanços tecnológicos inimagináveis há uma década atrás na área médica, é também inaceitável que os profissionais de saúde que estão no comando, em seus diferentes níveis, da política de saúde do município, assim como aqueles que atuam nas diversas Unidades Básicas de Saúde não estejam envolvidos e sensibilizados quanto ao problema da detecção precoce do câncer de mama. Como fator agravante desta situação, existe a dificuldade de acesso a exames de maior complexidade, como é caso do exame de mamografia.

O exame radiológico das mamas é usado tanto para mulheres assintomáticas de forma periódica devido à idade ou história familiar, como para avaliação de mulheres com sintomas tais como: nódulo na mama ou descarga

papilar (LAMAS, HORWITZ, PECK, 1984; SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA, 1994). Apesar de ser exame já consagrado no diagnóstico precoce do câncer de mama, ainda tem sido muito pouco utilizado, mesmo em países desenvolvidos (SICKLES et al., 1986; LURIE et al., 1987; SLENKER & WRIGHT, 1988; FOX, KLOS, TSOU, 1988; THE NCI BREAST CANCER SCREENING CONSORTIUM, 1990; MELVILLE et al., 1993, TANG, et al., 2000) no entanto, segundo estudo recente, o benefício deste exame como mecanismo de rastreamento de massa é questionável (OLSEN & GOTZSCHE 2001).

Certamente, a utilização da mamografia, em níveis abaixo do que deveria acontecer, tem contribuído certamente para que os níveis de mortalidade por câncer de mama não tenham diminuído nas últimas três décadas. No estado de São Paulo, por exemplo, segundo dados do Ministério da Saúde, a taxa de mortalidade por câncer de mama no período 1987-88 apresentou tendência de aumento de 11,7 por 100.000 mulheres para 12, no biênio 1997-98. Sendo a primeira causa de morte por câncer em mulheres no Estado de São Paulo, de acordo com os dados fornecidos em 1991 pelo PRO-AIM (Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade) e que alcançava naquela época o índice de 53,7%, representando metade dos óbitos por câncer ginecológico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA, 1992).

Ao se analisar os dados referentes à utilização do exame de mamografia para as mulheres matriculadas nos Centros de Saúde de Campinas, chega-se a resultados que mostram que também nesta cidade este exame tem sido pouco utilizado. Embora as participantes deste estudo tenham atitude adequada de

97,1% frente à realização da mamografia; o conhecimento adequado do exame radiológico das mamas é baixo, como também é baixa a prática adequada para este exame, sendo de 7,4% e 35,7%, respectivamente. Considerando-se estes dados, pode-se inferir que o desconhecimento da importância do exame mamográfico por parte da paciente assintomática leva também a uma prática inadequada e, logicamente, o diagnóstico precoce do câncer de mama em fase inicial acaba ficando comprometido. As não usuárias da mamografia têm três vezes mais probabilidade que as usuárias de apresentar câncer diagnosticado no estágio II ou acima e conseqüentemente, aumento de risco de morte pelo câncer de mama (GINECONEWS, 2001).

Tais resultados levam, sem dúvida, à questão de quais seriam as barreiras para a não realização deste exame, principalmente para mulheres com mais de 50 anos e que constituem o maior contingente de pessoas entrevistadas neste estudo.

O principal obstáculo citado neste estudo (81,8%) para que as mulheres não façam o exame de mamografia foi a falta de participação dos médicos na solicitação deste exame, em segundo lugar a dificuldade para conseguir realizar o exame (13,9%), uma vez que o serviço público municipal conta apenas com um mamógrafo, tendo que comprar este serviço de terceiros para poder atender a população feminina de Campinas.

A falta de participação dos médicos que atuam nos Centros de Saúde, no que concerne à solicitação do exame de mamografia, pode estar ocorrendo por falta de conhecimento do próprio profissional de saúde, associado ao protocolo

incompleto editado pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas em 1998 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE 1988). Infelizmente, nem sempre a elaboração de protocolos em serviços médicos ocorre levando-se em conta a qualificação técnica dos profissionais existentes nas respectivas secretarias. O protocolo da Secretaria Municipal de Saúde não tem o referendo da Sociedade Brasileira de Mastologia, nem do Colégio Brasileiro de Radiologia, e muito menos de organizações internacionais como o National Cancer Institute dos Estados Unidos. Portanto, a falha na execução de procedimentos que podem dar o diagnóstico precoce do câncer de mama acaba sendo também consequência da elaboração de documentos equivocados que acabam por desinformar ainda mais os profissionais que atuam diretamente com o público alvo.

A participação do médico na realização do exame de mamografia é fundamental, proporcionando às suas pacientes informações importantes quanto ao diagnóstico precoce dos tumores da mama e incentivando-as a fazer auto-exame, o exame clínico e o exame mamográfico periodicamente. Vários trabalhos têm apontado que as mulheres têm deixado de fazer este exame porque os médicos que as atenderam não o haviam solicitado (FOX et al., 1985; GOLD et al., 1987; LERMAN et al., 1990; BREEN & KESSLER, 1994). Parece haver maior resistência por parte dos médicos, do que por parte das pacientes, quanto à realização da mamografia para pacientes assintomáticas (FOX et al., 1985). Embora, estudos mais recentes, de rastreamento através do uso da mamografia, ocorridos entre 1990 e 1996 têm mostrado aumento do rastreamento para câncer de mama utilizando-se este tipo de exame (RATNER et al., 2001).

O estudo sobre o uso da mamografia publicado por FOX et al. (1985), mostrou que 26% das mulheres não sabiam a razão porquê havia sido pedido o exame mamográfico. Uma vez que o desconhecimento acaba levando à prática inadequada, é necessário que haja a informação correta para as mulheres e, se possível, com reforço realizado pelo serviço de enfermagem, para que se sintam estimuladas a fazer o exame solicitado. A participação de profissionais não médicos na conscientização da necessidade de realizar o exame de prevenção de tumores da mama é fundamental para a promoção de programas de prevenção ao câncer de mama.

Este modelo multidisciplinar envolvendo profissionais de saúde e encaminhamento para níveis de maior complexidade, de acordo com a necessidade de cada caso, já foi utilizado nesta cidade pela Universidade de Campinas, com excelente resultados (PINOTTI et al., 1993). O programa então proposto, parece ter caído no esquecimento, pois o que se encontra é a falta de condução da prática organizada com a finalidade de detecção do câncer de mama. Esta situação com certeza acaba por retardar o diagnóstico precoce do câncer de mama, inviabilizando as chances de cura, de cirurgias menos mutiladoras, sendo necessária a utilização de procedimentos mais caros como quimioterapias de última geração e sobrecarregando o hospital de referência.

A ausência de programas dirigidos à identificação precoce de tumores da mamas e que na verdade é competência das autoridades governamentais (DEAN & PAMILO, 1999), acaba por trazer prejuízo para a paciente que perde a chance de cura, sofre maior mutilação, tem o tratamento com maior grau de sofrimento,

com repercussões para toda a família, e traz prejuízo, também, para o estado que acaba tendo aumento nas despesas com o tratamento de casos que poderiam ser diagnosticados mais precocemente.

A análise dos resultados obtidos neste estudo aponta para um horizonte sombrio para as mulheres que se utilizam dos Centros de Saúde de Campinas no tocante à detecção precoce do câncer de mama e provavelmente este quadro deve ocorrer também em outras cidades do nosso país, talvez numa condição ainda pior.

A ausência de propostas práticas para a área da saúde por parte do governo, principalmente na questão do câncer de mama, pode ser classificada como omissão consciente. Na prática, as informações, veiculadas pela mídia, são de total descaso, como a retomada do crescimento dos casos de tuberculose e dengue que já deviam estar controlados.

Ao fazer a análise dos resultados deste estudo, pode-se dizer que a população feminina de Campinas, e com certeza do restante do país também, terá que arcar também com o ônus de ser a vítima em potencial no caso do câncer de mama, uma vez que o ciclo de pobreza é peça chave no problema do controle de câncer. Por conseguinte, as classes sociais menos favorecidas têm que lutar para conseguir sobreviver no dia a dia e tendem a desenvolver o sentimento de desesperança e incapacidade, tornando-se isoladas socialmente (FREEMAN, 1989).

Este estudo não procurou aprofundar detalhadamente as razões porque as mulheres na cidade de Campinas não realizam o auto-exame da mama,

exame clínico periódico e exame de mamografia. Neste estudo, a avaliação destes itens foi referente apenas às mulheres que se utilizam do serviço público municipal de Campinas. Não é possível dizer que os mesmos resultados seriam obtidos em pacientes que têm acesso a serviços médicos privados ou de convênios de saúde. Estudos com participação de mulheres que não se utilizam de serviços públicos de saúde, por estarem em um patamar econômico mais elevado, poderão confirmar ou não os resultados obtidos nesta pesquisa.

Embora neste estudo tenha ocorrido a participação de 13 Centros de Saúde municipais, poder-se-ia alcançar um número superior de Unidades de Saúde e, conseqüentemente, maior contingente de mulheres se houvesse recursos para atingir número aumentado de participantes. Certamente, a pesquisa teria um grau mais elevado de exatidão. Para que estudos mais abrangentes sobre este tema possam ser realizados seria importante o apoio efetivo da Secretaria Municipal de Saúde, que não foi conseguido em alguns Centros de Saúde, principalmente pelos coordenadores das referidas unidades.

Só com a implantação de programa educacional voltado para a saúde e especificamente dirigido para o diagnóstico precoce de câncer de mama é que será possível reverter a situação atual.

Este programa deveria contemplar dois públicos-alvo diferentes. O primeiro, constituído por profissionais de saúde que atuam diretamente com a população feminina, conscientizando-os do papel de promotores de saúde, na medida que os mesmos passem a informar as mulheres sobre a necessidade de realizar o

auto-exame das mamas. Além disso, os profissionais que atuam nos Centros de Saúde devem passar por treinamento para identificar os tumores mamários, principalmente os suspeitos de câncer de mama. É inadmissível que o exame das mamas não faça parte do exame ginecológico e, finalmente, os médicos, mesmo os generalistas, devem estar familiarizados quanto à importância da realização do exame de mamografia.

O outro público-alvo é constituído pela população feminina usuária do serviço municipal de saúde. É necessário o trabalho informativo constante dirigido às mulheres, principalmente para aquelas que tenham maior risco para câncer de mama, de maneira que procedimento simples como o auto-exame das mamas faça parte da rotina da mulher (REEDER, BERKANOVIC, MARCUS, 1980) e identificar as barreiras para a realização de procedimentos que possam ajudar no diagnóstico precoce do câncer de mama (MELVILLE et al., 1993), além de procurar suplantá-las.

A utilização de vários meios informativos trará melhor conhecimento à mulher da questão do câncer de mama, fazendo com que a mesma sinta-se co-responsável para com a sua própria saúde e atuando na própria comunidade, divulgando a necessidade de atenção sobre a glândula mamária.

Vários autores concordam que, por meio da utilização deste instrumento educacional, poder-se-á conseguir êxito em qualquer programa de detecção precoce de câncer de mama (REEDER et al., 1980; RIMER et al., 1989; STOMPER et al., 1990; ZAPKA, 1994; ENG-HEN et al., 1998) e, desta forma, poupar o sofrimento e a vida de milhares de mulheres.

Este estudo mostrou que, apesar da cidade de Campinas contar com uma rede de Centros de Saúde abrangente, os mesmos não têm conseguido atuação satisfatória na área de prevenção do câncer de mama, uma vez que as mulheres que participaram desta pesquisa mostraram conhecimento e prática inadequadas, tanto para a realização do auto-exame das mamas, como para o exame de mamografia. Os resultados obtidos neste estudo evidenciaram a necessidade de reciclagem dos profissionais médicos e para-médicos para se conseguir o diagnóstico mais precoce possível dos tumores que atingem a glândula mamária. A partir deste ponto, poder-se-iam realizar procedimentos ambulatoriais que podem confirmar o diagnóstico de câncer de mama. Esta conduta, uma vez assumida pela Secretaria Municipal de Saúde, representaria um ganho, tanto para a paciente como para a coletividade, inclusive para os hospitais de referência para o tratamento de câncer de mama em Campinas, que receberiam as pacientes após uma triagem prévia e com diagnóstico citológico e/ou histológico do tumor mamário.

Este estudo foi realizado entre as usuárias dos Centros de Saúde, que são mulheres, em geral, com baixo poder aquisitivo, menor escolaridade e que dependem quase que exclusivamente do atendimento médico realizado nos Centros de Saúde mais próximos. É possível que estudo realizado entre mulheres de Campinas que tenham convênio médico ou seguro saúde, apresentassem resultados que contribuíssem, juntamente com os dados desta pesquisa, para melhor compreender as dificuldades encontradas pela população feminina mais carente para conseguir acesso a procedimentos de maior complexidade no sistema de saúde pública no país.

6. Conclusões

1. As mulheres que se utilizam dos Centros de Saúde de Campinas têm conhecimento e prática inadequados quanto à realização periódica do auto-exame das mamas e apresentaram atitude adequada frente à realização deste procedimento.
2. As usuárias do serviço de saúde municipal de Campinas têm conhecimento e prática inadequadas referentes ao exame de mamografia e demonstraram atitude adequada quanto à realização deste exame.
3. As dificuldades identificadas neste estudo para a não realização do auto-exame das mamas foram de caráter pessoal, sendo o esquecimento a principal causa, seguida da crença de que só o médico sabe examinar corretamente as mamas. A principal barreira para a não realização do exame de mamografia foi relacionada ao serviço de saúde. A ausência de solicitação deste exame por parte do médico foi a causa principal para a não realização do mesmo.

7. Referências Bibliográficas

- ABDEL- FATTAH, M.; ZAKI, A; BASSILI, A; el-SHAZLY, M.; TOGNONI G. – Breast self-examination practice and its impact on breast cancer diagnosis in Alexandria, Egypt. *East Medit. Health J.*, **6**:34-40, 2000.
- ALTMAN, D.G. - **Practical statistics for medical research**. London. Chapman & Hall, 1991. 611p.
- AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY – Breast cancer death rate drops. *Bull.*, **51**, 5-6, 1995.
- ANDRADE, E. O. – Defesa intransigente da medicina. *J. CFM*, **110**:26-7, 1999.
- ASH, C.R.; McCORKLE, R.; FRANK-STROMBORG, M. - Cancer prevention education in developing countries: Toward a model for nurse educators. *Cancer Nurs.*, **22**:358-69, 1999.
- BACHA, A., M - **Avaliação da implantação do programa de assistência integral à saúde da mulher no estado de São Paulo no período de 1987-1990**. Campinas, 1997. [Tese Doutorado – Universidade Estadual de Campinas].

- BAINES, C. J. & TO, T. – Changes in breast self-examination behavior achieved by 89.835 participants in the Canadian national breast screening study. **Cancer**, **66**:570-6, 1990.
- BARTON, M. B.; HARRIS, R.; FLETCHER, S.W. – Does this patient have breast cancer? The screening clinical breast examination: should it be done? How?. **JAMA**, **282**: 1270-80, 1999.
- BAXTER, N. - Preventive health care, 2001 update: should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer? **Can. Med. Assoc. J.**, **164**:1851-2, 2001.
- BENNETT, S. E.; LAWRENCE, R. S.; FLEISCHMANN, K. H.; GIFFORD, C. S.; SLACK, W.V. – Profile of women practicing breast self-examination. **JAMA**, **249**:488-91, 1983.
- BENNETT, S. E.; LAWRENCE, R. S.; ANGIOLILLO, D. F.; BENNETT, S. D.; BUDMAN, S.; SCHNEIDER, G. M.; ASSAF, A. K; FELDSTEIN, M. – Effectiveness of methods used to teach breast self-examination. **Am. J. Prev. Med.** **6**:208-17, 1990.
- BERG, J.W.; ROSS, R.; LATOURETTE, H.B.; - Economic status and survival of cancer patients. **Cancer** **39**:467-77, 1977.
- BLAMEY, R.W.; WILSON, A R.M.; PATNICK, J - ABC of breast diseases. **Br. Med. J.**, **321**:689-93, 2000.
- BOBO, J. K.; LEE, N. C.; THAMES, S.F.; - Findings from 752.081 clinical breast examinations reported to a national screening program from 1995 through 1998. **J. Natl. Cancer. Inst.**, **92**:971-6, 2000.

- BONFILL, X; MARZO, M; PLADEVALL, M; MARTI, J; EMPARANZA, J.L. – Strategies for increasing the participation of women in community breast cancer screening (Cochrane Reviews). In: The Cochrane Library; 4, 2001. Oxford: Update Software.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Coordenação de Programas de Controle de Câncer – Pro-Onco. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Rio de Janeiro 1999. p.6-12.
- BREEN, N. & KESSLER, L. - Changes in the use of screening mammography: evidence from 1987 and 1990 national health interview surveys. **Am.J. Public. Health** **84**:62-7, 1994.
- BURACK, R.C & LIANG, J. - The acceptance and completion of mammography by older black women. **Am. J. Public.Health.**, **79**:721-6, 1989.
- CALLE, E. E.; FLANDERS, W.D.; MICHAEL, J.; MARTIN, L.M - Demographic predictors of mammography and pap smear screening in U.S. women. **Am. J. Public Health** **83**:53-60, 1993.
- CALNAN, M.W.; CHAMBERLAIN, J.; MOSS, S - Compliance with a class teaching breast self examination. **J. Epidem. Comm. Health.**, **37**:264-70, 1983.
- CARTER, A C.; FELDMAN, J.G.; TIEFER, L; HAUSDORFF, J.K. - Methods of motivating the practice of breast self-examination: A randomized trial. **Prev. Med.** **14**:555-72, 1985.
- CARVALHO, R. R. P - Saúde para todos no século XXI. **Jornal do Cremesp**, 161:2, 2001. [Editorial].
- CELENTANO, D. D. & HOLTZMAN, D. - Breast self-examination competency: an analysis of self-reported practice and associated characteristics. **Am. J. Public. Health**, **73**:1321-3, 1983.

CELLA, D. F.; ORAV, E. J.; KORNBLITH, A. B; HOLLAND, J. C.; SILBERFARB, P. M.; LEE, K. W.; COMIS, R. L.; PERRY, M.; COOPER, R.; MAURER, L. H.; HOTH, D. F.; PERLOFF, M.; BLOOMFIELD, C. D.; McINTYRE, O. D; LEONE L.; LESNICK, G.; NISSEN, N.; GLICKSMAN, A; HENDERSON, E.; BARCOS, M.; CRICHLLOW, R.; FAULKNER II, C. S.; EATON, W.; NORTH, W.; SCHEIN, P. S.; CHU, F.; KING, G.; CHAHINIAN, P. – Socioeconomic status and cancer survival. **J.Clin. Onco., 9:1500-9,1991.**

CHANG, S.C. - Practice of breast self-examination amongst women attending a Malaysian Well Person's Clinics. **Med. J. Malaysia 54:433-7, 1999.**

COLEMAN, E.A. - Practice and effectiveness of breast self-examination: A selective review of the literature 1977- 1989). **J. Cancer Education, 6:83-92, 1991.**

COLEMAN, E.A. & PENNYPACKER, H. - Evaluating breast self-examination performance. **J. Nurs. Qual. Assur., 5:65-9, 1991.**

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. In:Iniciação à bioética.1998. p35.

COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS - Early detection of breast cancer. **JAMA 252:3008-11, 1984.**

DAVIS, T.C.; ARNOLD, C.; BERKEL, H.(J).; NANDY, I.; JACKSON, R.H.; GLASS, J. – knowledge and attitude on screening mammography among low-literate, low-income women. **Cancer. 78:1912-20, 1996.**

DEAN, P. B. & PAMILO, M. - Screening mammography in Finland – 1.5 million examinations with 87 percent specificity. **Acta Oncol., 13(suppl):47-54, 1999.**

DEVINE, S.K. & FRANK, D.I. - Nurses self-performing and teaching others breast self-examination: implications for advanced practice nurses. **Clin. Excell. Nurse Pract., 4:216-23, 2000.**

- DIGNAN, M. B.; - **Measurement and evaluation of education**. Illinois, Charles C. Thomas, 1986, p.98.
- ENG-HEN, N.G.; FOOK-CHEONG, N.G.; PUAY-HOON, T.; SZE-CHUAN, L.; GILBERT, C.; KIM-PING, T.; ADELENE, S.; SHANTA, E.; CHOR-HIANG, T.; GAY-HUI, H. – Results of intermediate measures from a population-based, randomized trial of mammographic screening prevalence and detection of breast carcinoma among asian womem. **Cancer 82**:1521-8, 1998.
- ERBLICH, J.; BOVBJERG, D.H.; VALDIMARSDOTTIR, H.B. - Psychological distress, health beliefs, and frequency of breast self-examination. **J. Behav. Med.**, 23:277-92, 2000.(Abstract)
- FEIG, S. A - Should breast self-examination be included in a mammographic screening program? **Cancer Res.**, 119:151-64, 1990.
- FELDMAN, J.G.; CARTER, A. C; NICASTRI, A. D; HOSAT, S. T. - Breast self-examination, relationship to stage of breast cancer at diagnosis. **Cancer**, 47:2740-5, 1981.
- FOSTER, R. S.; LANG, S. P.; COSTANZA, M. C.; WORDE, J. K.; HAINES, C. R.; YATES, J. W. - Breast self-examination practices and breast-cancer stage. **N. Engl. J. Med.**, 299:265-70, 1978.
- FOSTER, R. S. & COSTANZA, M.C. - Breast self-examination practices and breast survival. **Cancer**, 53:999-1005, 1984.
- FOX, S.; BRAUN, J. K.; KLOS, D. S.; TSOU, C. V. - Breast cancer screening: the underuse of mammography. **Radiology**, 611:607-11, 1985.
- FOX, S.; KLOS, D. S.; TSOU, C.V.- Underuse of screening mammography by family physicians. **Radiology**, 166:431-3, 1988.

- FRANK-STROMBORG, M. - The role of the nurse in early detection of cancer: population sixty-six years of age and older. *Oncol. Nurs. Forum* **13**: 66-74, 1986.
- FREEMAN, H,P & WASFIE, T. J. - Cancer of the breast in poor black women. *Cancer*, **63**:2562-9, 1989.
- FREEMAN, H. P. - Cancer in the socioeconomically disadvantaged. *Cancer J. Clin.*, **39**:266-94, 1989.
- GARDINER, C.J.; MULLAN, P.B.; ROSENMAN, K.D.; ZHU, Z.; SWANSON, G. M. – Mammography usage and knowledge about breast cancer in a Michigan farm population before and after an educational intervention. *J. Cancer. Education*, **10**:155-62, 1995
- GÄSTRIN, G. - New technique for increasing the efficiency of self-examination in early diagnosis of breast cancer. *Br. Med. J.*, **2**:745-6, 1976.
- GEORGE, W.D.; SELLWOOD, R. A; ASBURY. D.; HARTLEY, G. - Role of non-medical staff in screening for breast cancer. *Br. Med. J.*, **280**:147-9, 1980.
- GINECONEWS - **Serviço brasileiro de informações médicas** – SEBRIME, 2001, p 6-7.
- GOLD, R. H.; BASSETT, L. W.; FOX, S. A. – Mammography screening: sucesses and problems in implementing widespread use in the United States. *Radiol. Clin. North Am.*, **25**:1039-47, 1987.
- GREEN, L. W. - **Health education today and the PRECEDE frame-work. Health education planning a diagnostic approach.** California. Mayfieldl 1980. p.2-17.

GREENWALD, P.; NARCA, P. C.; LAWRENCE, C. E.; HORTON, J.; McGARRAH, R. P.; GABRIELLE, T.; CARLTON, K. - Estimated effect of breast self-examination and routine physician examination on breast-cancer mortality. **N. Engl. J. Med.**, **299**:271-3, 1978.

HEALTH AND PUBLIC POLICY COMMITTEE, AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS – The use of diagnostic tests for screening and evaluating breast lesions. **Ann. Int. Med.**, **103**:147-51, 1985.

HILL, D.; WHITE, V.; JOLLEY, D.; MAPPERSON, K. - Self examination of the breast: is it beneficial? Meta-analysis of studies investigating breast self examination and extent of disease in patients with breast cancer. **Br. Med. J.**, **297**:271-6, 1988.

HOWE, H. L. - Social factors associated with breast self-examination among high risk women. **Am. J. Public. Health**, **71**:251-5, 1981.

HUGULEY JR, C. M. & BROWN, R. L. - The value of breast self-examination. **Cancer**, **47**:989-95, 1981.

IRIART, C. - Voracidade em direção à América Latina. In: **Ser médico**. Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Outubro/Novembro – Ano II, nº9, p.17-9, 1999.

JANDA, M.; OBERMAIR, A; HAIDINGER, G.; WALDHOER, T; VUTUE, C. – Austrian women's attitudes toward and knowledge of breast self-examination. **J. Cancer Educ.**, **15**:91-4, 2000.

KELSEY, J.; L. - Breast cancer epidemiology: summary and future directions. **Epidemiol. Rev.**, **15**:256-63, 1993.

KERLIKOWSKE, K.; GRADY, D.; RUBIN, S. M.; SANDROCK, C.; EMSTER, V. – Efficacy of screening mammography. **JAMA**, **273**:149-54, 1996.

- KLINE, K.N. – Reading and reforming breast self-examination discourse: claiming missed opportunities for empowerment. **J. Health Commun., 4:119-41**, 1999.
- KOROLTCHOUK, V.; STANLEY, K.; STJERNWARD, J.- The control of breast cancer. A world health organization perspective. **Cancer, 65:2803-10**, 1990.
- KU, Y.L. - The value of breast self-examination: meta-analysis of the research literature. **Oncol. Nurs. Forum, 28:815-22**, 2001.
- LAMAS, A. M.; HORWITZ, R. I.; PECK, D. - Usefulness of mammography in the diagnosis and management of breast disease in postmenopausal women. **JAMA, 252:2999-3002**, 1984.
- LARKIN, M. - Breast self-examination does more harm than good, says task force. **Lancet, 357:2109**, 2001.
- LAVIZZO-MOUREY, R. & KUMANYIKA, S. - Older blacks less likely than whites to get cancer screening. **J. Am. Geriatr. Soc., 48:735-40**, 2000.
- LEIGHT, S.B.; DEIRIGGI, P.; HURSH, D.; MILLER, D.; LEIGHT, V - The effect of structured training on breast, self-examination search. Behavior as measured using biomedical instrumentation. **Nurs. Res., 49:383-9**, 2000.
- LERMAN, C.; RIMER, B.; TROCK, B.; BALSHEM, A; ENGSTROM, P.F. - Factors associated with repeat adherence to breast cancer screening. **Prev. Med., 19:279-90**, 1990.
- LOEGERING, L.; REITTER, R. C.; GAMBONE, J. C. – Measuring the quality of health care. **Clin. Obst. Gyn., 37:122-36**, 1994.
- LOPES, E. R.; REBELO, M. S.; ABIB, A. R.; ABREU, E. - Câncer de mama: epidemiologia e grupos de risco. **Rev. Bras. Cancerol., 42:105-16**, 1996.

- LURIE, N.; MANNING, W. G.; PETERSON, C.; GOLDBERG, G. A.; PHILIPS, A.G; LILLARD, L. – Preventive care: do we practice what we preach? **Am. J. Public. Health**, **77**:801-4, 1987.
- MADAN, A.K., BARDEN, C.B., BEECH, B., FAY, K., SINTICH, M., BEECH, D. J. – Socioeconomic factors, not ethnicity , predict breast self-examination. **Breast J.**, **6**:263-6, 2000.
- MASON, O. J. & MCGINNIS, M. J. - “Health people 2000” an overview of the national health promotion and disease prevention objectives. **Public Health Rep.**, **105**:441-6, 1990.
- MCWHORTER, W.P; SCHATZKIN, A. G; HORM, J.W; BROWN, C.C – Contribution of socioeconomic status to black/white differences in cancer incidence. **Cancer**, **63**:982-7, 1989.
- MELVILLE, S. K.; LUCKMANN, R.; COGHLIN, J.; GANN, P. - Office systems for promoting screening mammography. **J. Fam. Pract.**, **37**:569-74, 1993.
- MENDONÇA, M. H. S. - Análise crítica dos métodos de imagem na detecção e diagnóstico do câncer mamário. **Radiol. Bras.**, **32**:289-300, 1999.
- MENKE, H.C.; BIAZÚS, V.J.; XAVIER, L.N.; CAVALHEIRO, A.; J., RABIN, C. E.; BITTENBRUMN, A.; CERICATTO, R.; AMORETTI, K. R. - In: **Rotinas em Mastologia**. Porto Alegre, Artmed. 2000. p.98-104.
- MILLER, M.A. & CHAMPION,V.L - Attitudes about breast cancer and mammography: racial, income and educational differences. **Women Health**, **26**:41-63, 1997.
- MITTRA, I.; BAUM, M.; THORNTON, H.; HOUGHTON, J. - Is clinical breast examination an acceptable alternative to mammographic screening? **Br. Med. J.**, **321**:1071-3, 2000.

- NATRAJAN, P.K., SOUMAKIS, K., GAMBRELL, R.D. - Estrogen replacement therapy in women with previous breast cancer. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, **181**:288-95, 1999.
- NEKHLYVDOV, L. & FLETCHER, W.S. - Is it time to stop teaching breast self-examination. *CMAJ*, **164**:1851-2, 2001.
- NYSTRÖM, L.; RUTQVEST, L.E.; WALL, S.; LINDGREN, A; LINDQVEST, M.; RYDEN, S.; ANDERSSON, I.; BJURSTAM, N.; FAGERBERG, G.; FRISELL, J.; TABÁR, L.; LARSSON, G.L – Breast cancer screening with mammography overview of swedish randomised trials. *Lancet*, **341**:973-8, 1993.
- O'MALLEY, M. S.& FLETCHER, S. W. – Screening for breast cancer with breast self-examination. A critical review. *JAMA*, **257**:2196-203, 1987.
- OLSON, O. & GOTZSCHE, P.C. - Screening for breast cancer with mammography (Cochrane Review) In: Cochrane Library, 4: 2001. Oxford. Update. Software.
- PARAGALLO, N.P; FOX, P.G.; ALBA, M.L. - Acculturation and breast self-examination among immigrant latin women in the U.S A. *Int. Nurs. Rev*, **47**: 38-45, 2000.
- PHILIP, J.; HARRIS, G.; FLAHERTY, C.; JOSLIN, C. A. F. - Clinical measures to assess the practice and efficiency of breast self-examination. *Cancer* **58**:973-7, 1986.
- PINOTTI, J.A. – Descentralização e democracia em saúde. In:PINOTTI, J.A. – **A doença da saúde: por uma política de saúde no Brasil. São Paulo.** Ed. da UNICAMP. 1984. p.27-39.

- PINOTTI, J. A.; BARROS, A.C.; S. D.; HEGG, D.; ZEFERINO, L.C. - Breast cancer control programme in developing countries . **Eur. J. Gynecol. Oncol.** **14**:355-62, 1993.
- PINOTTI, J.A. & FAUNDES, A. - A mulher e o seu direito à saúde: por uma política de saúde no Brasil. São Paulo. Ed. Manole, 1988. p.93-103.
- PINOTTI, J.A., CERRI, G., TOJAL, V.A.L.M., RUIZ. - Organizacion de programas de detección y control de câncer de mama. In: MUÑOZ, H.G., BERNARDELLO, T.J.E., PINOTTI, J.A. – **Câncer de Mama**. Venezuela. McGraw-Hill, 1998 p.12-7.
- QUEIROZ, R. - As meninas e outras crônicas. In:Mulher. Rio de Janeiro. José Olimpio, 1976. p.14-8.
- RATNER, P.A.; BOTTORFF, J.L.; JOHNSON, J.L.; COOK, R.; LOVATO, C.Y. – A meta-analysis of mammography screening promotion. **Cancer. Detect. Prev.** **25**:147-60, 2001.
- REEDER, S.; BERKANOVIC, E.; MARCUS, A.C. - Breast cancer detection behavior among urban women. **Public Health Rep.**, **95**:276-81, 1980.
- RIMER, B. K.; KEINTZ, M.Z.; KESSLER, B. H.; ENGSTROM, P. F.; ROSAN, J. R. – Why women resist screening mammography: patient-related barriers. **Radiology**, **172**:243-6, 1989.
- ROSVOLD, E.O.; HJARTAKER, A.; BJERTNESS, E.; LUND, E. – Breast self-examination and cervical cancer testing among Norwegian female physicians. A nation-wide comparative study. **Soc. Sci. Med.**, **52**:249-58, 2001.
- RUCHLIN, H.S. - Prevalence and correlates of breast and cervical cancer screening among older women. **Obstet. Gynecol.**, **90**:16-21, 1997.

RUTLEDGE, D.N., BARSEVICK, A., KNOBF, M.T., BOOKBINDER, M. - Breast cancer detection: knowledge, attitudes, and behaviors of women from Pennsylvania. *Oncol. Nurs. Foru*, **28**:1032-40, 2001.

SCHEAFFER, R. L.; MENDENHALL, W.; OTT, L. - **Elementary survey sampling**. 3ed. Boston. Duxbury Press. 1986.

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Centro De Documentação Da Prefeitura Municipal De Campinas – **Relatório Anual 1978** p. 14-16.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. - Diretrizes Básicas de Prevenção De Câncer De Mama Na Rede De Atenção Primária À Saúde de Campinas. MAIO 1998.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE. - **Mortalidade em Campinas do projeto de monitorização dos óbitos no município de Campinas**. Informe Trimestral Janeiro A Junho 1998. BOLHETIM NÚMERO 23. 1998.

SEMIGLAZOV, V. F.; MOISEENKO, V. M.; PROTSENKO, S.A.; BAVLI, I.L.; ORLOV, A. A.; IVANOVA, O. A.; BARASH, N.I.; CHAGUNAVA, O.L.; GOLUBEVA, O.M.; MIGMANOVA, N.S.; SLEZNEV, I. K.; POPOVA, R.T.; DIATCHENKO, O.T.; KOZHEVNIKOV, S.I.; ALEKSANDROVA, G.I.; SANCHAKOVA, A.V.; KHARIKOVA, R. S.; LIUBOMIROVA, N.K.; IVANOVA, G.V.; AZEEV, V. F.; CHUPRAKOVA, I. S. - Preliminary results of the Russia (St. Petersburg) WHO program for the evaluation of the effectiveness of breast self-examination. *Vopr. Onkol* **42**:49-55, 1996.

SENIE, R. T.; ROSEN, P.P.; LESSER, M.L.; KINNE, D.W. - Breast self-examination and medical examination related to breast cancer stage. *Am. J. Public. Health*, **71**:583-90, 1981.

- SHAPIRO, S.; STRAX, P.; VENET, L. Periodic breast screening in reducing mortality from breast cancer. **JAMA**, **215**:1777-83, 1971.
- SHAPIRO, S – Evidence on screening for breast cancer from a randomized trial. **Cancer**, **39**:2772-82, 1977.
- SHAPIRO, S.; VENET, W.; STRAX, P.; VENET, L.; ROESER, R. - Ten-to-fourteen year effect of screening on breast cancer mortality. **J. Natl. Cancer Inst.**, **69**:349-55, 1982.
- SHEPPERD, S.L.; SOLOMON, L.J.; ATKINS, E.; FOSTER JR, R. S.; FRANKOWSKI, B. - Determinants of breast self-examination among women of lower income and lower education. **J. Behav. Med.**, **13**:359-71, 1989.
- SICKLES, E. A.; WEBER, W.N.; GALVIN, H. B.; OMINSKY, S. H.; SOLLITTO, R.A.SLENKER, S. E.; WRIGHT, J. M. - A survey of physician beliefs and practices concerning routine mammography. **Ohio Med.**, **84**:476-81, 1988.
- SMITH, E. M.; FRANCIS, A. M.; POLISSAR, L. - The effect of breast self-exam practices and physician examination on extent of disease at diagnosis. **Prev. Med.**, **9**:409-17, 1980.
- SMITH, E.M. & BURNS, T. L. - The effects of breast self-examination in a population-based cancer register. A report of differences in extent of disease. **Cancer**, **55**:432-7, 1985.
- SNEDECOR, G.W. & COCHRAN, W.G. – **Statistical methods**. 7^a.ed., Ames: The Iowa State University Press. 1980.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA - I reunião nacional de consenso em mastologia. Diagnóstico precoce do câncer de mama no Brasil. São Paulo, 1994. p.2-3.

- SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. Editorial. *Bol. Mastol.*, **16**:1992, p.1 [editorial].
- STOMPER, P. C.; GELMAN, R. S.; MEYER, J. E.; GROSS, G. S - New England mammography survey. *Breast. Dis.*, **3**:1-7, 1990.
- TÄBAR, L.; GAD, A.; HOLMBERG, H. L.; LJUNGQUIST, U.; FAGERBERG, G.J.C.; BALDETORP, L.; GRÖNTOFT, O.; LUNDSTRÖM, B.; MANSON, C.J.; EKLUND, G.; DAY, E.N.; PETTERSSON, E. - Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography. *Lancet*, **1**: 829-32, 1985.
- TAMBURINI, M.; MASSARA, G.; BERTARIO, L.; RE, A.; DI PIETRO, S. - Usefulness of breast self-examination for an early detection of breast cancer. Results of a study on 500 breast cancer patients and 452 controls. *Tumori*, **67**:219-24, 1981.
- TANG, T.S., SOLOMON, I.J., McCRACKEN, L. M. - Cultural barriers to mammography, clinical breast exam, and breast self-exam among Chinese-American women 60 and older. *Prev. Med.*, **31**:575-83, 2000.
- TAYLOR, S.E; LICHTMAN, R. R.; WOOD, J.V.; BLUMING, A.Z.; DOSIK, G. M.; LEIBOWITZ, R. L. -Breast self-examination among diagnosed breast cancer patients. *Cancer*, **54**:2528-32, 1984.
- THE GIVIO -Reducing diagnostic delay in breast cancer. Possible therapeutic implications. *Cancer*, **58**:1756-61, 1986.
- THE NCI BREAST CANCER SCREENING CONSORTIUM – Screening mammography a missed clinical opportunity? Results of the NCI breast cancer screening consortium and National Health Interview survey studies. *JAMA*, **264**:54-8, 1990.

- TORTOLERO-LUNA, G.; GLOBER, G.A.; VILLAREAL, R.; PALOS, G.; LINARES, A. – Screening practices and knowledge, attitudes, and beliefs about cancer among hispanic and non-hispanic white women 35 years old or older in Nuences Country, Texas. **J. Natl. Cancer Inst.**, **18**:49-56, 1995.
- TUBIANA, M. & KOSCIELNY, S. – The rationale for early diagnosis of cancer. **Acta Oncol.**, **38**:295-303, 1999.
- VIEIRA, A.V. & KOCH, H.A. - Conhecimento sobre mamografia por mulheres que freqüentam o serviço de radiologia da santa casa de misericórdia do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Mastol.**, **9**:56-61, 1999.
- WARWICK, D. P. & LININGER, A.C. - In: The sample survey; theory and practice. New York, McGraw Hill, 1975. p.4-19.
- WAY, S. - Early detection of cancer. **Lancet.**, **4**: 53, 1969 [Letter].
- ZAPKA, J. G. - Promoting participation in breast cancer screening. **Am. J. Publ. Health**, **84**:12-13, 1994 [editorial].

8. Bibliografia de Normatizações

FRANÇA, J.L.; BORGES, S.M.; VASCONCELLOS, A.C.; MAGALHÃES, M.H.A.
– **Manual para normatização de publicações técnico-científicas**. 4^a ed.,
Editora UFMG, Belo Horizonte, 1998. 213p.

HERANI, M.L.G. - Normas para apresentação de dissertações e teses.
BIREME, São Paulo, 1991. 45p.

Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade
de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD – Deliberação CCPG-001/98.

SEÇÃO 1 – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

ORIENTAÇÃO PARA ENTREVISTADORA: DIGA “VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SENHORA”.

1. Há quanto tempo a Senhora mora em Campinas?
[][] anos [][] meses
2. Quantos anos tem a Senhora?
[][] anos
3. Atualmente a Senhora é:
[1] casada [2] solteira [3] viúva [4] amasiada [5] separada
4. Qual a última série que estudou?
_____série do _____grau
[0] Não fui a escola
[] Não lembro
5. Trabalha fora de casa? [1] sim [2] não
6. Qual a renda total da família por mês? [][][] . [][][][][], [][][][]
7. Quantas pessoas dependem desta renda para viver? [][][]
8. Há quanto tempo a Senhora frequenta o Centro de Saúde?
[][][][] meses
9. Quantas vezes a Senhora engravidou?
[][][] vezes
10. Em sua família já houve ou há algum caso de câncer de mama?
[1] sim [2] não
Passe a Seção 2
11. Quem? (Assinale quantas alternativas forem necessárias)
 - 1) Mãe
 - 2) Irmã
 - 3) Avó materna
 - 4) Avó paterna
 - 5) Tia
 - 6) Prima
 - 7) Outros. Quem? _____

**SEÇÃO 2- CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DO AUTO
EXAME DAS MAMAS**

2.1 – A Senhora já ouviu falar no auto exame das mamas ou exame da mama feito pela própria mulher, em que ela examina o próprio seio.

[1] sim

[2] não

Passe a Seção 3

2.2 – Onde ou através de quem ouviu falar desse exame pela 1ª vez?

1) Centro de Saúde

5) Igrejas ou associações comunitárias

2) Rádio/TV

6) Escolas

3) Trabalho

7) Outros _____

4) Vizinha, amigas ou parentes

2.3 Vou ler algumas frases sobre o exame do seio feito pela própria mulher e gostaria que a Senhora me dissesse se acha que estão certas ou erradas.

O exame do seio feito pela própria mulher é:	Certo	Errado	N.Sabe
1) para procurar um “carocinho” no seio, se achar o “carocinho” ela deve procurar logo o médico.	()	()	()
2) uma maneira de saber se a mulher tem algum problema no seio	()	()	()
3) usado para evitar câncer de mama	()	()	()
4) para dizer se o “carocinho” é do tipo benígno ou malígno	()	()	()
5) para ser feito todos os meses pela mulher	()	()	()
6) importante apenas para a mulher que não deu de mamar no seio. A mulher que amamentou está protegida contra o câncer de mama e não precisa fazer o exame	()	()	()

2.4 – Para as próximas frases que vou ler, gostaria que a Sra. Dicesse se concorda ou discorda da maneira como deve ser feito o exame do seio (**OBS para a entrevistadora:** a medida que for lendo as frases realize os movimentos como se estivesse fazendo o exame).

O exame do seio feito pela própria mulher consiste em:	Concorda	Discorda	Não Sabe
1) a mulher olhar os seios em um espelho grande. Já é o suficiente para ver se há ou não algum “caroço” na mama	()	()	()
2) colocar a palma da mão aberta sobre o seio e apertar a mama para cima, para baixo e para os lados	()	()	()
3) usar apenas um dos dedos da mão e examinar o seio apertando o dedo contra a mama com força para poder achar o “caroço”	()	()	()
4) examinar a mama com as pontas dos dedos de maneira suave com movimentos circulares, palpando pequenas áreas de cada vez.	()	()	()
5) após examinar os seios de maneira delicada, deve olhar as mamas em frente a um espelho e fazer movimentos, levantando e abaixando os braços para ver se nota algo diferente na superfície do seio	()	()	()
6) apertar o mamilo ou o bico do seio para ver se sai algum tipo de líquido	()	()	()

2.5 A Senhora acha que fazer esse exame da mama é:

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 1) muito necessário | 3) pouco necessário |
| 2) necessário | 4) desnecessário |

2.6 Por quê a Sra. Acha _____(ver resposta 2.5) fazer o exame do próprio seio. (**Para a entrevistadora: Não leia as alternativas, espere a pessoa que está sendo entrevistada opinar**)

- 1) Porque câncer de mama é muito grave.
 - 2) Porque a chance de cura é maior se a doença está bem no início
 - 3) Porque é bom a mulher saber se tem algum problema na mama
 - 4) Porque ultimamente tem acontecido muitos casos de câncer de mama.
 - 5) Esse exame só é importante para quem já teve caso de câncer de mama na família.
 - 6) Esse exame só é útil para mulheres na menopausa.
 - 7) Acho que a mulher não consegue fazer esse exame sozinha, só o médico sabe examinar a mama de maneira correta.
 - 8) Se a mulher fica apertando muito o seio, acaba ficando muito preocupada e vai procurar o médico toda hora com medo de câncer de mama.
 - 9) Outra. Qual? _____
-

2.7 A Senhora costuma examinar o seu próprio seio?

[1] sim

[2] não

2.8 – De quanto em quanto tempo a Senhora costuma fazer esse exame?

1) Todo mês

2) A cada 4 meses

3) A cada 6 meses

4) Uma vez por ano

5) De 2 em 2 anos

2.9 Quando a Senhora faz o exame do seu seio?

1) Quando estou menstruada

2) Na primeira semana após a menstruação

3) Aproximadamente 15 dias após a menstruação

4) Uma semana antes da menstruação

5) Em qualquer época

6) Quando me lembro

7) Como não menstruo mais, faço todos os meses o exame em um dia que escolhi.

PASSE A SEÇÃO 3

2.10 Por quê a Sra. não tem o hábito de fazer o auto exame da mama (Assinale no máximo 3 alternativas).

- 1) Esqueço de fazer
 - 2) Não sei se estou fazendo certo
 - 3) Só o médico é que sabe examinar a mama de forma correta
 - 4) Tenho medo de encontrar um “caroço” na mama.
 - 5) O médico não falou para fazer o auto exame da mama.
 - 6) O médico falou sobre o exame, mas não ensinou como fazer
 - 7) A enfermeira não falou sobre o auto exame da mama
 - 8) A enfermeira falou sobre o exame, porém não ensinou como fazer
 - 9) Tenho vergonha de fazer o exame
 - 10) Outros (especificar) _____
-

SEÇÃO 3 – CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DA MAMOGRAFIA

3.1 O médico no Centro de Saúde já examinou suas mamas?

[1] sim

[2] não

Passa a 3.3

3.2 Quanto tempo faz desde a última vez que um médico examinou suas mamas?

[][][] meses

[][] Não Sabe

3.3 Alguma vez a Senhora pediu para o médico examinar as suas mamas?

[1] sim

[2] não

Passa a 3.7

3.4 Por quê a Senhora pediu?

- 1) Achava que podia estar com algum problema
 - 2) Fiz o exame do seio e fiquei com dúvida se tenho ou não um “caroço” na mama
 - 3) Tenho dor no seio e não sei se é normal
 - 4) Não consigo examinar meu seio de forma correta
 - 6) Examinei meu seio e percebi a saída de líquido pelo bico do seio (mamilo)
 - 7) Outra. Qual? _____
-

3.5 E o médico examinou?

[1] sim

[2] não

3.6 Por quê o médico não examinou as suas mamas?

1) Disse que não era necessário

2) Disse que não tinha tempo e que examinaria em outra consulta

3) Disse que não era sua especialidade, que iria encaminhar a um especialista

4) Não lembro

5) Outra razão. Qual? _____

3.7 A Senhora já ouviu falar no exame de mamografia (ou raio X da mama ou chapa dos seios)?

[1] sim

[2] não

ENCERRA A ENTREVISTA

3.8 Onde ou através de quem ouviu falar desse exame pela primeira vez?

1) Centro de Saúde

2) Rádio/ TV

3) Vizinhas, amigas ou parentes

4) Trabalho

5) Igrejas ou associações comunitárias

6) Escolas

7) Não lembra

8) Outros(especificar) _____

3.9 Vou ler algumas frases e gostaria que a Sra. me dissesse se acha que estão certas, erradas ou a Sra. não sabe (**Entrevistadora: reforçar que as frases abaixo são sobre o exame de mamografia**).

O exame de mamografia ou chapa dos seios:	Certo	Errado	N.Sabe
1) é uma radiografia especial para ver se existe algum “carocinho” na mama	()	()	()
2) é uma maneira de saber se há ou não algum problema nos seios	()	()	()
3) não ajuda muito, o exame mais importante é o exame feito pelo médico	()	()	()
4) fazendo esse exame a mulher vai evitar o câncer de mama	()	()	()
5) só é importante para mulheres com mais de 50 anos	()	()	()
6) só é importante para quem já tem algum caso de câncer de mama na família	()	()	()
7) é um exame importante que deve ser feito além do exame realizado pelo médico e do exame feito pela própria mulher	()	()	()

3.10 Vou ler algumas frases sobre o exame de mamografia e gostaria que a Sra. dissesse se concorda, discorda ou não sabe se o exame está descrito corretamente.

O exame de mamografia ou radiografia dos seios é feito da seguinte maneira

	Concordo	Discordo	Não sei
1) O médico coloca a mama da mulher em um aparelho de raio X onde o seio é apertado e então o médico tira uma chapa	()	()	()
2) O médico passa uma geleia na mama e depois com um aparelho sobre o seio o médico fica acompanhando as imagens numa tela de televisão pequena	()	()	()
3) O médico coloca uma placa preta na mama e a placa fica toda colorida, então o médico tem condições de estudar as cores que aparecem	()	()	()
4) O médico examina o seio da mulher e marca um determinado local onde ele enfia uma agulha fina e tenta tirar algum líquido de dentro da mama	()	()	()

3.11 O médico do Centro de Saúde pediu o exame de mamografia ou chapa dos seios alguma vez para a Senhora?:

[1] sim

[2] não

3.12 A Senhora já fez esse exame alguma vez a pedido do médico do Centro de Saúde?

[1] sim

[2] não

Passe a 3.16

3.13 Quantas vezes a Sra. já fez esse exame?

[][] vezes

[1] vez

3.14 Quanto tempo faz que a Sra. fez esse exame pela última vez?

[][][] meses

[] Não lembra

Se a resposta da questão 3.13 for > 1 vez

3.15 Quanto tempo faz que a Senhora fez esse exame pela primeira vez?

[][][] meses

[] Não lembra

Passa a 3.17

3,16 Por quê a Sra. não fez o exame de mamografia até hoje?

- 1) É difícil conseguir esse exame no Centro de Saúde
 - 2) Falaram que esse exame doía e não sentia nada no seio
 - 3) Não posso faltar ao trabalho para fazer o exame
 - 4) Tenho medo de descobrir um tumor na mama e precisar operar
 - 5) Não sei como chegar até o lugar onde o exame é feito
 - 6) Porque o médico nunca pediu
 - 7) Tenho vergonha
 - 8) Estou sempre ocupada com o serviço da casa e com os filhos
 - 9) Tenho que pegar vários ônibus para chegar até o local onde o exame é feito
 - 10) Outros(especificar) _____
-

3,17 – A Senhora acha que fazer esse exame é :

- 1) muito necessário
- 2) necessário
- 3) pouco necessário
- 4) desnecessário
- 5) não sabe

3.18 Por quê a Sra. acha _____ (ver resposta 3.17) o exame de mamografia ou chapa das mamas.

- 1) Porque é o melhor exame para descobrir problemas na mama
 - 2) Porque com esse exame é possível descobrir câncer da mama bem no início
 - 3) Porque é uma das maneiras da mulher se cuidar
 - 4) Porque as vezes a mulher tem câncer na mama, mas só aparece quando está já avançado.
 - 5) Porque só serve para mulheres que já estão na menopausa
 - 6) Porque é um exame doloroso e dá para ver muito pouco o que existe na mama.
 - 7) Porque é um exame que a mulher toma radiação e ela pode contrair câncer de mama depois.
 - 8) Porque o melhor exame é o exame feito pelo médico que sabe encontrar onde tem “caroço” na mama.
 - 9) Outro. Qual ? _____
-

Observação para as entrevistadoras: As questões 3.19 e 3.20 serão feitas apenas para as mulheres que disseram que nunca fizeram exame de mamografia.

3.19 Alguma vez a Senhora disse ao médico do Centro de Saúde que queria fazer o exame de mamografia ou chapa dos seios ou radiografia das mamas?

[1] sim

[2] não

ENCERRA ENTREVISTA

3.20 Por quê ele não pediu?

1) Disse que não era necessário

2) Disse que não era sua especialidade

3) Disse que esse exame só se pede para mulheres com mais de 50 anos

4) Disse que é difícil conseguir esse exame pelo Centro de Saúde

5) Outro. Qual? _____

Para as entrevistadoras: A questão 3.21 só será feita para as mulheres que declararam que já fizeram mamografia a pedido do médico do Centro de Saúde.

3.21 Por quê o médico pediu o exame de mamografia para a Senhora?

1) Notei um **caroço** na mama e após fazer o exame o médico pediu a radiografia

2) Notei um **caroço** na mama e o médico pediu o exame, mas não examinou meu seio antes.

3) O médico não explicou

4) Fiquei sabendo pela TV, Rádio, Revista ou Jornal que toda mulher com idade acima de 40 anos deve fazer o exame de mamografia, então pedi para o médico do Centro de Saúde.

5) Tenho medo de ter câncer de mama e então pedi para o médico fazer a solicitação do exame

6) Minha vizinha, amiga ou parente fez o exame e descobriu um tumor na mama e então pedi para o médico esse exame.

- 7) O médico disse que na minha idade é necessário fazer esse exame como prevenção do câncer de mama.
 - 8) O médico achava que existia um **caroço** no meu seio.
 - 9) O médico disse que era necessário fazer o exame porque na minha família já existe caso de câncer de mama.
 - 10) O médico notou um líquido saindo do bico do seio e pediu o exame
 - 11) Tinha muita dor nos seios
 - 12) Não sabe
 - 13) Outros.(especificar) _____
-

ENCERRA ENTREVISTA

9.2. ANEXO II

SEÇÃO 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
abaixo assinada, concordo em participar voluntariamente do estudo para saber o quanto as mulheres que freqüentam os Centros de Saúde de Campinas conhecem e realizam os exames para prevenção do câncer de mama, que são o auto exame das mamas e o raio X da mama, chamado mamografia. Estou ciente de que a minha participação consiste em responder o questionário apresentado pela entrevistadora e que poderei deixar de responder a qualquer pergunta do questionário se assim desejar. Fui informada também de que caso não queira responder o questionário, em nada prejudicará o meu atendimento no Centro de Saúde. Para qualquer esclarecimento procurarei o Dr. LUIZ ALBERTO BARCELLOS MARINHO no consultório, sito à rua Joaquim Novaes 94 – Cambuí na cidade de Campinas ou pelo fone 233.55.98.

Campinas, _____ de _____ de _____

Assinatura: _____

Entrevistadora: _____

Assinatura: _____