ANÁLISE DESCRITIVA DA PERCEPÇÃO DE MULHERES SOBRE O CÂNCER DE MAMA

Thaliany Siqueira Oliveira¹, Juliana dos Santos Tortajada², Cássia Kely Favoretto Costa³, Marcelo Picinin Bernuci⁴, Eraldo Schunk Silva⁵

1 Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário de Maringá- UNICESUMAR, Maringá-PR, Brasil. Bolsista PROBIC/UniCesumar.

2 Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR, Maringá – PR, Brasil.
(ju.tortajada@gmail.com)

3 Docente Doutora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Econômicas, Universidade Estadual de Maringá-UEM, Maringá – PR, Brasil. Bolsista Produtividade CNPq.

4 Docente Doutor do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e do curso de Medicina do Centro Universitário Cesumar – UNICESUMAR, Maringá – PR, Brasil

5 Docente Doutor do Programa de Pós-Graduação em Bioestatística, Universidade Estadual de Maringá – UEM, Maringá- PR, Brasil.

Recebido em: 08/04/2016 – Aprovado em: 30/05/2016 – Publicado em: 20/06/2016
DOI: 10.18677/Enciclopedia_Biosfera_2016_128

RESUMO

O câncer de mama é a neoplasia mais frequente entre as mulheres, apresentando alta taxa de mortalidade nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Nesse contexto, o objetivo dessa pesquisa foi analisar a percepção de mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Maringá, Paraná, referente à detecção precoce do câncer de mama. Trata-se de um estudo transversal realizado com mulheres cadastradas nesse programa. Na análise das informações foi usada a estatística descritiva, por meio da distribuição de frequência simples e relativa. A amostra foi composta em grande parte por mulheres com idade igual ou superior a 55 anos (40,33%). Pelo menos um fator de risco foi apontado pela maioria das entrevistadas, sendo o histórico familiar o mais destacado. No quesito percepção da mulher sobre os métodos de detecção precoce do câncer de mama, predominou a mamografia, sendo que mais de 70% afirmaram ter realizado o exame pela menos uma vez. Concluiu-se que estudar os fatores de risco, bem como avaliar os motivos pelos quais as mulheres não realizam os exames de prevenção, é fundamental, pois favorece a detecção precoce e a melhor utilização dos recursos disponibilizados pelos programas de saúde, permitindo não só aumentar o conhecimento epidemiológico dessa neoplasia, como também identificar mulheres que poderiam beneficiar-se com um rastreamento diferenciado.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Neoplasias da mama; Prevenção de Doenças.

DESCRIPTIVE ANALYSIS OF THE PERCEPTION OF WOMEN ON BREAST CANCER

ABSTRACT

Breast cancer is the most common cancer among women, with high mortality rates in developed and developing countries. In this context, the objective of this research was to analyze the perception of women attended by the Family Health Strategy's program in Maringá, Paraná, referring to the early detection of breast cancer. This is a cross-sectional study carried out in women enrolled in that program. In the analysis of the information was used descriptive statistics, through the distribution of simple and relative frequency. The sample was composed largely of women aged over 55 years (40.33%). At least one risk factor was pointed out by most of the interviewees, and the family history was the most prominent. On the issue of perception of women about early detection methods of breast cancer, mammography was the most cited, and over 70% affirmed that had conducted the examination for once. It was concluded that studying the risk factors and to assess the reasons why women do not realize the tests of prevention is fundamental, since it favors early detection and the best use of resources available for health programs, allowing not only increase the epidemiology knowledge of this cancer, but also identify women who might benefit from a different trace.

KEYWORDS: Primary Health Care; Breast Neoplasms; Diagnosis.

INTRODUÇÃO

Concomitantemente ao avanço da urbanização e industrialização ocorreu um aumento nos casos de neoplasias, devido à modificação nos padrões e hábitos de vida da população mundial. Dentre as neoplasias, o câncer de mama é o mais comum entre as mulheres dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, correspondendo, no Brasil, a 22% dos novos casos de câncer a cada ano (BRASIL, 2014a). No município de Maringá ocorreram mais de 200 novos casos entre os anos de 2000 a 2009 (MELO et al., 2013) e segundo dados do Departamento de Informática do sistema Único de Saúde (DATASUS) a taxa bruta de mortalidade por este tipo de câncer foi 18,35 mortes por 100 mil mulheres no ano de 2013 (BRASIL, 2016).

No Brasil, estimou o surgimento de 57.120 novos casos de câncer de mama para 2014, com um risco em torno de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres. Desconsiderando os tumores de pele não melanoma, a neoplasia mamária é a mais frequente entre mulheres na região Sul (70,98/100 mil mulheres), sendo registrados aproximadamente 3,5 mil novos casos no Paraná para o mesmo ano, com uma taxa bruta de 61,76 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2014b).

O câncer de mama é uma das principais causas de morte entre as mulheres, sendo responsável por diversas alterações psicológicas, tais como, distúrbios da sexualidade e da imagem corporal, ansiedade e baixa autoestima (SILVA & RIUL, 2011). Em muitos casos, mesmo que o diagnóstico da doença seja positivo, o prognóstico pode ser favorável na dependência do estágio da lesão (PAGANI et al., 2010). No entanto, o estabelecimento do diagnóstico precoce continua sendo um grande desafio, pois mais de 60% das lesões graves são diagnosticadas em estágios avançados, fato este que contribui para redução da sobrevida, instituição de tratamento agressivo e perdas na qualidade de vida (SILVA, 2012). Como revisado por LOURENÇO et al. (2013) há diversos fatores que podem limitar a

efetividade do diagnóstico precoce, que em muitas vezes podem estar relacionados à atuação do sistema de saúde ou a fatores intrínsecos da população alvo como a carência de autocuidado.

A procura tardia pelo atendimento provoca diminuição das chances de sobrevida, comprometimento dos resultados do tratamento e, conseqüentemente, perdas na qualidade de vida das pacientes. Neste caso é importante a atuação da Atenção Primária na orientação das medidas de rastreamento, bem como informar a paciente acerca da importância em aderir-las para prevenção, controle e bom prognóstico da doença (DUGNO et al., 2014).

A neoplasia mamária apresenta diversos fatores de riscos que são condicionantes para a sua maior incidência, dentre eles, idade avançada; características reprodutivas; devido ao caráter estrógeno-dependente da doença; menarca precoce; nuliparidade; primeira gestação após os 30 anos; uso de anticoncepcionais orais; menopausa tardia (após os 55 anos) e utilização de reposição hormonal (MATOS et al., 2011); hábitos de vida; obesidade; consumo excessivo de álcool; influência ambiental, exposição a radiações (SILVA & RIUL, 2011); histórico familiar (ou hereditariedade) (KING-SPOHN & PILARSKI, 2014).

Nesta linha, torna-se necessário o rastreamento precoce da neoplasia mamária como forma de minimizar a detecção de novos casos. Dentre os métodos mais utilizados estão o exame clínico das mamas (ECM), a ultrassonografia e a mamografia (SILVA & RIUL, 2011).

Embora existam estratégias e programas a fim de orientar e estimular a prevenção do câncer de mama, a eficácia destas medidas pode ser questionável, visto que mulheres atendidas em serviços públicos apresentam pior prognóstico, o que tem sido particularmente atribuído ao fato de a doença ter sido diagnosticada em um estágio muito avançado (GUERRA et al., 2015; ABRAHAO et al., 2015). Portanto, conhecer o nível de informação das mulheres acerca da doença, a percepção acerca dos métodos de detecção precoce e também dos fatores de risco, é fundamental para o desenvolvimento de programas e campanhas direcionadas a este público.

Diante do exposto, o objetivo dessa pesquisa foi avaliar a percepção de mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) em Maringá – Paraná – quanto à detecção precoce do câncer de mama.

MATERIAL E METODOS

Trata-se de pesquisa transversal, descritiva, exploratória e analítica desenvolvida no município de Maringá, no Paraná, no período compreendido entre os meses de agosto de 2014 a julho de 2015. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Cesumar- UniCesumar sob o parecer nº. 980.694.

Os critérios de inclusão para o estudo foram: mulheres cadastradas no ESF pertencentes à Unidade Básica de Saúde Alvorada I, residindo em Maringá há pelo menos 12 meses e com faixa etária entre 35 a 69 anos. Destaca-se que o Ministério da Saúde recomenda que o rastreio de câncer de mama deve ser preconizado até esta idade (BRASIL, 2015).

Para a composição da amostra obteve-se o número de mulheres cadastradas na ESF alocadas na Unidade Básica de Saúde Alvorada I. Dessa forma, partiu-se de uma população de 3.603 indivíduos, em que o critério considerado para o cálculo do tamanho da amostra foi a prevalência de câncer de mama de aproximadamente 80

por 100 mil. Destaca-se que esse valor foi obtido a partir da média entre a estimativa dos casos de câncer de mama no estado do Paraná (61,74/100.000) e em Curitiba-PR (92,47/100.000) (BRASIL, 2014b). Para a seleção das mulheres, aplicou-se o cálculo de amostragem sistemática, por sorteio aleatório e nível de confiança de 95%, obteve-se uma amostra mínima de 175 mulheres. No total foram entrevistadas 181 pessoas.

Os dados foram coletados no domicílio, por meio de entrevista direta, com a ajuda de agentes comunitários de saúde para a localização das residências. Somente após a anuência do entrevistado e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conduziu-se a entrevista.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi adaptado por BATISTON et al. (2011), sendo dividido em três blocos e contendo informações sobre: perfil socioeconômico e demográfico, detecção precoce do câncer de mama e o uso dos serviços de saúde referente a esta doença. O questionário adaptado apresenta algumas questões em que pode haver mais de uma resposta.

Nesta linha, as variáveis utilizadas no estudo foram: informações socioeconômicas e demográficas (faixa etária, estado civil, escolaridade, religião, etnia e renda familiar) e questões para analisar a percepção das mulheres sobre fatores de risco; programas de prevenção e realização de métodos de detecção de câncer de mama.

A organização, tabulação e sumarização dos dados foram realizadas no *Microsoft Excel* 2010. Os dados foram analisados por meio do *software* SAS (*Statistical Analysis Software*), versão 9.3, utilizou-se de estatística descritiva, utilizando frequências absolutas e relativas.

RESULTADOS

Dentre as 181 mulheres entrevistadas, a maioria tinha idade igual ou maior que 55 anos (40,33%), casadas (56,35%), com ensino fundamental incompleto (41,99%), católicas (64,09%), cor branca (62,98%) e renda familiar entre R\$ 788,00 e R\$ 2.364,00 (60,56%).

A Tabela 1 apresenta a distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas e econômicas das mulheres.

TABELA 1: Perfil socioeconômico e demográfico de mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em uma UBS de Maringá, Paraná, 2015.

Descrição	N	%
Faixa etária em anos (n= 181 mulheres)		
35 ---- 40	25	13,81
40 ---- 45	25	13,81
45 ---- 50	25	13,81
50 ---- 55	33	18,23
55 ou mais	73	40,33
Estado civil (n= 181 mulheres)		
Casada	102	56,35
Divorciada	20	11,05
Solteira	36	19,89
Viúva	23	12,71
Escolaridade (n=181 mulheres)		
FI	76	41,99

FC/MI	41	22,65
MC/SI	39	21,55
Pós	9	4,97
SC	16	8,84
Religião (n= 181 mulheres)		
Católico	116	64,09
Outros	16	8,84
Protestante/evangélico	49	27,07
Etnia (n=181 mulheres)		
Branca	114	62,98
Negra/parda	58	32,04
Outras	9	4,97
Renda familiar (n=180 mulheres)*		
Sem rendimento	1	0,56
Até R\$ 788,00	18	10,00
De R\$ 788,00 até R\$ 2.364,00	109	60,56
De R\$ 2.364,00 até R\$ 4.728,00	47	26,11
De R\$ 4.728,00 até R\$ 7.092,00	5	2,78

Fonte: Resultados da pesquisa (2015). Elaboração dos autores.

Nota: (*) diferença do total das categorias corresponde ao número de questões não respondidas, logo os dados foram calculados com base nos valores absolutos.

Considerando a opção de assinalar mais de um fator de risco, verifica-se na Tabela 2 que, de um total de 548 respostas, os fatores de risco que mais se destacam na opinião das mulheres são os seguintes: histórico familiar (28,28%), tabagismo (19,53%), alcoolismo (16,42%) e obesidade (11,31%). Além disso, entre as 180 pacientes, 53,89% relataram ter recebido informações sobre o programa de prevenção ao câncer de mama nos últimos três anos. De um total de 143 respostas sobre as fontes de informações, destacam-se, a televisão (32,87%), o médico (25,17%) e a UBS (16,08%). .

TABELA 2: Frequência de respostas das mulheres entrevistadas sobre fatores de risco e programas de prevenção ao câncer de mama, Maringá, Paraná, 2015

Em sua opinião, quais são os principais fatores que estão relacionados com o aumento da incidência de câncer de mama?	N	%
(n =548 respostas)		
Idade maior que 40 anos	38	6,93
Primeira menstruação (antes dos 11 anos)	4	0,73
Primeira gravidez após os 30 anos	3	0,55
Nunca ter tido filhos	8	1,46
Menopausa tardia (após 54 anos) e utilização de reposição hormonal	18	3,28
Uso de anticoncepcionais orais	38	6,93
Obesidade	62	11,31
Alcoolismo	90	16,42
Tabagismo	107	19,53

Exposição a radiações	12	2,19
História familiar	155	28,28
Amamentação	1	0,18
Não fazer prevenção	1	0,18
Sedentarismo	1	0,18
Estresse	1	0,18
Nada	9	1,64
Nos últimos três anos a Sra recebeu informações sobre o programa de prevenção ao câncer de mama? (n=180 mulheres)*		
Sim	97	53,89
Não	83	46,11
Onde foi que a Sra recebeu informações sobre o programa de prevenção ao de câncer de mama? (n= 143 respostas)		
TV	47	32,87
Amiga/colega	9	6,29
Revistas	9	6,29
Médico	36	25,17
Jornais	4	2,80
Rádio	5	3,50
Internet	1	0,70
ACS	4	2,80
Panfletos	4	2,80
UBS	23	16,08

Fonte: Resultados da pesquisa (2015). Elaboração dos autores.

Nota: (*) diferença do total das categorias corresponde ao número de questões não respondidas, logo os dados foram calculados com base nos valores absolutos.

No quesito percepção da mulher sobre os métodos de detecção precoce do câncer de mama, observa-se 73,45% (de um total de 176 pacientes) realizam o Auto Exame da Mama (AEM), Tabela 3. Com relação a forma de realização, de 212 respostas, 39,15% afirmam que executam esta ação durante o banho, colocando a mão atrás da cabeça (16,51%) e/ou com as pontas dos dedos da mão, fazendo movimento circulares ao contrário (15,09%), Tabela 3.

Ressalta-se que 52,49% de 181 pacientes entrevistadas passaram pelo exame clínico, foram também indagadas a respeito de como o médico deve proceder para a correta realização do exame, com destaque para as opções: deitada na maca (45,26%) - com as mãos na cabeça-nuca (27,89%). Quanto a mamografia, a maioria das mulheres entrevistadas afirmou realizar o exame (72,47%), dessas, 45,64% responderam que o exame era feito por meio de um aparelho ou máquina, e 21,16% apontou que o exame procede com uma compressão da mama, Tabela 3.

TABELA 3: Frequência de respostas das mulheres entrevistadas sobre o Auto Exame da Mama, Exame clínico e Mamografia, Maringá, Paraná, 2015

A Sra conhece o Auto Exame de Mama – AEM ? (n= 176 mulheres)	N	%
Sim	130	73,45
Não	46	26,55
Em sua opinião, como deve ser realizado o Auto Exame de Mama – AEM? (n= 212 respostas)		
Realizar 5 dias após a menstruação ou fixa uma data	18	8,49
Realizar em frente ao espelho	12	5,66
Realizar durante o banho	83	39,15
Realizar deitada	10	4,72
Com os braços ao longo corpo observa as mamas	2	0,94
Coloca a mão atrás da cabeça (nuca)	35	16,51
Com a ponta dos dedos da mão, realiza movimentos circulares (ao contrário)	32	15,09
Inicia pelo mamilo estendendo por toda a mama finaliza na axila	20	9,43
Algum médico ou enfermeiro já fez exame clínico das suas mamas? (n= 181 mulheres)		
Sim	95	52,49
Não	86	47,51
Como o médico ou enfermeiro realizou o exame clínico das suas mamas? (n= 190 respostas)		
Deitada na maca	86	45,26
Solicitou para colocar a mão na cabeça (nuca)	53	27,89
Iniciou apertando o mamilo	8	4,21
Com a ponta dos dedos realiza palpação em movimentos circulares	17	8,95
Iniciou pelo mamilo estendendo por toda a mama finalizando na axila	24	12,63
Outros	2	1,05
A Sra. alguma vez já fez mamografia? (n= 178 mulheres)		
Sim	129	72,47
Não	49	27,53
Como o exame de mamografia foi realizado? (n= 241 respostas)		
Solicitou para retirar blusa e sutiã	46	19,09
Realizou em uma máquina ou aparelho	110	45,64
Durou poucos minutos	3	1,24
Colocou a mama entre duas placas ou chapas	31	12,86
Realizou compressão (aperto) da mama	51	21,16

Fonte: Resultados da pesquisa (2015). Elaboração dos autores.

Nota: (*) diferença do total das categorias corresponde ao número de questões não respondidas, logo os dados foram calculados com base nos valores absolutos.

DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico das mulheres atendidas pela estratégia saúde da família no município de Maringá, Paraná, corrobora com pesquisa realizada em Botucatu, em que as mulheres tinham idade superior a 50 anos, baixo nível de escolaridade e de baixa renda (PASQUAL et al., 2015). De fato em estudo realizado por SILVA et. al (2013), mulheres analfabetas apresentam 4,27 vezes mais riscos de desenvolver câncer de mama do que aquelas com nível superior completo. O fator

socioeconômico, bem como o nível de escolaridade, são determinantes para o aumento da incidência do câncer de mama, pois quanto menor o grau de escolaridade maior a dificuldade da mulher em compreender o processo de prevenção e identificar os fatores de risco (MELO et al., 2013).

A faixa etária que predominou neste trabalho coincide com a idade apontada na literatura como àquela que possui maior mortalidade pelo câncer de mama. A mortalidade é mais elevada na população idosa devido às diversas comorbidades associadas com a idade; no entanto, o Brasil ainda carece de estudos que comprovem essa relação (FERREIRA & MATTOS, 2015).

Quanto à percepção sobre os fatores de risco para o câncer de mama, mostrou-se neste estudo que as mulheres atendidas pela -ESF consideram o histórico familiar o principal fator de risco associado ao câncer de mama. O maior percentual de mulheres que referiram como fator de risco o aspecto hereditário corrobora com pesquisas nacionais com mulheres, em que este fator variou de 20,1% a 26,1% entre as mulheres diagnosticadas (LEITE et al., 2012; SOARES et al., 2012).

O risco do câncer mamário aumenta de duas a três vezes quando a mulher possui mãe ou irmã com câncer de mama (PIRHARD & MERCÊS, 2008). De fato, há evidências de que cerca da metade dos cânceres de mama têm origem genética (BOURDAKOU et al., 2016) mais especificamente de herança autossômica dominante, resultado da mutação de vários genes (LIN et al., 2016).

O presente estudo evidenciou que cerca da metade das entrevistas afirmaram nunca ter recebido nenhum tipo de informação a cerca da doença e dos métodos de detecção precoce e mais de 30% das que afirmaram ter recebido informações, as mesmas eram providas de meios televisivos e não de profissionais especializados. Estes resultados divergem do estudo realizado por BATISTON et al. (2011) em que o principal meio pelo qual as mulheres receberam informações foram os profissionais da saúde. Embora não tenha sido avaliada a eficácia das ações de mobilização dos profissionais da saúde envolvidos com o programa de prevenção do câncer de mama, os dados aqui apresentados apontam a necessidade de uma maior atuação destes profissionais na otimização da informação sobre a doença, visto que a educação em saúde é forte aliada no despertar de mudanças comportamentais, essencial para que a mulher busque acompanhamento médico ainda na fase assintomática (PAIVA et al., 2015).

Neste sentido, a realização de grupos educativos em que a mulher tenha um contato mais direto com o profissional de saúde, podendo tirar suas dúvidas e adquirir informações, refletir sobre suas práticas, como também da importância dos exames, consiste em uma estratégia para a promoção da saúde e a prevenção em níveis primários e secundários das doenças (PASQUAL et al., 2016). A aplicação das tecnologias da informação e comunicação (TIC) também tem se destacado como forte aliada aos profissionais de saúde no empoderamento da população de conhecimento em saúde (DARLOW & WEN, 2015).

Verificou-se neste estudo que a maioria das pacientes conhecia o AEM, sendo que os percentuais encontrados aqui são compatíveis com o estudo de BRITO et al. (2010), realizado em São Luiz (MA), em que 67,8% das pacientes conheciam o AEM, e de ARAUJO et al. (2010), desenvolvido em Campina Grande (PB), onde 83,7% relataram conhecer o AEM. Contudo, na presente pesquisa, a descrição da realização do AEM foi bastante limitada, visto que a maioria afirmou apenas realizar o esse exame durante o banho, não fornecendo uma explicação mais detalhada de como ele deve ser realizado.

A pesquisa científica de BRITO et al. (2010) apontou que 60,9% das mulheres tinham conhecimento adequado a respeito do AEM. De acordo com a literatura científica, o AEM não é mais preconizado como meio de detecção precoce (LEITE et al., 2012), e sim como meio de conhecimento do próprio corpo (MATOS et al.; 2011). Entretanto, o ACM ainda é o que leva muitas mulheres a procurar ajuda médica, e consequentemente serem diagnosticadas (LEITE et al., 2012). Em pesquisa nacional, evidenciou que 77,77% das mulheres afirmaram ter descoberto o câncer de mama através do AEM (SILVA & RIUL, 2011). A partir desses dados, entende-se que o AEM não deve ser desestimulado pelos profissionais de saúde, entretanto precisa ser informado às pacientes de que ele não é um método diagnóstico, sendo indispensável a realização de acompanhamento profissional.

O exame clínico das mamas (ECM) deve ser realizado rotineiramente pelo médico ou por outro profissional de saúde treinado durante a consulta ginecológica, consistindo em um importante instrumento no rastreamento do câncer de mama, principalmente nas mulheres que já apresentam alguma queixa ou alteração na mama (SILVA & HORTALE, 2012). No entanto, observou-se neste estudo que aproximadamente metade das mulheres entrevistadas nunca tiveram as mamas examinadas por um profissional de saúde, similar aos resultados encontrados por DIAS-da-COSTA et al. (2007), em que 45,8% não realizaram o exame clínico das mamas.

Em contrapartida, no estudo de LIMA et al. (2011) este exame foi apontado como a prática preventiva do câncer de mama mais utilizada. No presente estudo, aquelas que afirmaram já terem se submetido ao exame clínico das mamas, a maioria limitou-se a descrever os passos realizados pelo médico ou enfermeiro durante o exame, informando apenas que o exame deve ser feito com a mulher deitada na maca, demonstrando uma possível falha na realização do exame por parte do profissional de saúde, ou um viés de memória da paciente.

O exame mamográfico é o principal método de detecção precoce da neoplasia mamária, tendo grande utilidade clínica no rastreamento de mulheres assintomáticas, na avaliação diagnóstica, no acompanhamento de mulheres sintomáticas e no monitoramento de grupos de alto risco (OLIVEIRA et al., 2011). Embora a mamografia seja o exame mais utilizado na prática preventiva do câncer de mama, como demonstrado nos resultados apresentados, e em outros trabalhos como o de LIMA et al. (2011) e SANTOS & CHUBACI (2011), a cobertura mamográfica ainda possui um caráter seletivo, apresentando notável relação com marcadores socioeconômicos (OLIVEIRA et al., 2011). Segundo SILVA et al. (2014), o número de mamografias realizadas na faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde (50 a 69 anos), é maior de acordo com o aumento da renda familiar e escolaridade, bem como em áreas metropolitanas, onde o acesso à mamografia chega a ser três vezes maior do que nas demais áreas.

A partir destas análises, deve-se repensar o modo como as informações acerca dos métodos de prevenção e fatores de risco, estão transmitidas pelos profissionais de saúde, trazendo a mulher como participante ativa na redução de comportamentos de riscos e consequentemente na redução da mortalidade pelo câncer de mama.

CONCLUSÃO

Os resultados desse estudo apontaram que as mulheres entrevistadas ainda carecem de conhecimento sobre o câncer de mama, principalmente a respeito da prevenção, pois embora uma parte tenha afirmado realizar a mamografia, o exame

clínico das mamas ainda não faz parte da rotina ginecológica das mulheres abordadas. A Unidade Básica de Saúde também se mostrou uma fonte de informação pouco eficaz, sendo necessária maior atenção dos gestores públicos com relação a este ponto, principalmente, em termos de ações efetivas de prevenção ao câncer de mama. Dessa forma, garantir a adesão da mulher ao cuidado preventivo continua sendo preocupante e desafiador, sendo indispensável uma análise detalhada das barreiras e limitações aos métodos de rastreamento, evidenciando as desigualdades sociais, a fim de superar a vulnerabilidade a que estão expostas as mulheres com uma renda e grau de escolaridade inferior.

Com relação aos fatores de riscos, grande parte das respostas se concentrou em certos fatores específicos, como a história familiar. Este fato pode mostrar que ainda há uma limitação nas fontes de informação acerca dos fatores de risco e como eles influenciam no surgimento e curso da doença.

Portanto, torna-se essencial rever a transmissão das informações acerca do câncer de mama, priorizando a prevenção e a detecção precoce, sendo necessária uma melhor utilização dos recursos disponibilizados pelos programas de saúde. A efetividade das ações de combate ao câncer de mama pode ser atingida a partir de um contato mais direto e regular entre os profissionais de saúde e as mulheres, permitindo não só aumentar o conhecimento epidemiológico dessa neoplasia, como também identificar mulheres que poderiam beneficiar-se com o rastreamento diferenciado e que devem ser examinadas com maior cuidado.

As limitações encontradas neste trabalho consistiram no fato de ser um estudo baseado em entrevistas, estando, portanto, sujeito a viés de memória.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, K. S.; BERGMANN, A.; AGUIAR, S. S.; THULER, L. C. Determinants of advanced stage presentation of breast cancer in 87,969 Brazilian women. **Maturitas**, v.82, n.4, p.365-70, 2015.

ARAÚJO, V. S.; DIAS, M. D.; BARRETO, C. M. C.; RINEIRO, A. R.; COST, A. P.; BUSTORF, L. A. C.V. Conhecimento das mulheres sobre o autoexame de mamas na atenção básica. **Revista de Enfermagem Referência**, III Série, n. 2, p. 27-34, 2010.

BATISTON, A. P.; TAMAKI, E. M.; SOUZA, L. A. de. SANTOS, M. L dos. Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v.11, n.2. 2011. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292011000200007> >. doi: 10.1590/S1519-38292011000200007

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer- INCA**. 2014a. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama>. Acesso em: 29 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014b. 124p. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf> >. Acesso em: 29 Abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Diretrizes para detecção precoce de câncer de mama no Brasil**. 2015. Disponível em <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/4da965804a4414659304d3504e7bf539/Diretrizes+Detec%C3%A7%C3%A3o+Precoces+Ca+Mama+2015.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=4da965804a4414659304d3504e7bf539>>. Acesso em: 05 Maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Atlas On-line de Mortalidade**. 2016. Disponível em: <<https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo06/consultar.xhtml;jsessionid=290C8895D4482E00C1236C20C7E30EEA#panelResultado>>. Acesso em: 03 Maio 2016.

BRITO, L. M. O.; CHEIN, M. B. C.; BRITO, L. G. O.; AMORIM, A. M. M.; MARANA, H. R. C. Conhecimento, prática e atitude sobre o autoexame das mamas de mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p. 241-246, 2010.

BOURDAKOU, M. M.; ATHANASIADIS, E. L.; SPYROU, G. M. Discovering gene re-ranking efficiency and conserved gene-gene relationships derived from gene co-expression network analysis on breast cancer data. *Sci Rep*. v.9, n. 6, p.1-29, 2016.

PAIVA, C. J. K. de; CESSE, E. A. P. Aspectos Relacionados ao Atraso no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 61, n. 1, p. 23-30, 2015.

DARLOW, S.; WEN, K. Y. Development testing of mobile health interventions for cancer patient self-management: A review. *Health informatics journal*, 2015.

DIAS-da-COSTA, J. S; OLINTO, M. T. A; BASSANI, D.; MARCHIONATTI, C. R. E; BAIRROS, F. S. de; OLIVEIRA, M. L. P. de; HARTMANN, M.; GABARDO, R. M.; BANNEMANN, V.; PATTUSS, M. P. Desigualdades na realização do exame clínico de mama em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p.1603-1612, 2007.

DUGNO M.L.G.; SOLDATELLI, J.S.; DALTOÉ, T.; ROSADO, J.O.; SPADA, P.; FORMOLO, F. Perfil do câncer de mama e relação entre fatores de risco e estadiamento clínico em hospital do Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Oncologia Clínica*, v.10, n. 36, p. 60-66, 2014.

GUERRA, M. R.; SILVA, G. A.; NOGUEIRA, M. C.; LEITE, I. C.; OLIVEIRA, R. V.; CINTRA, J. R.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T. Breast cancer survival and health inequities. *Caderno de Saúde Publica*, v. 31, n.8, p.1673-84, 2015.

FERREIRA, D. B; MATTOS, I. E; Tendência da mortalidade por câncer de mama em mulheres no estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1996-2011. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 3, p.895-903, 2015.

KING-SPOHN, K.; PILARSKI, R. Beyond BRCA1 and BRCA2. *Curr Probl Cancer*, v. 38, n. 6, p. 235-48, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.currprobcancer.2014.10.004>>. doi: 10.1016/j.currprobcancer.2014.10.004.

LEITE, F. M. C.; GONÇALVES, C. R. A.; AMORIM, M. H. C.; BUBACH, S. Diagnóstico de câncer de mama: perfil socioeconômico, clínico, reprodutivo e comportamental de mulheres. **Cogitare Enferm**, v. 17, n. 2, p.342-7, 2012.

LIN, P. H.; KUO, W. H.; HUANG, A. C.; LU, Y. S.; LIN, C. H.; KUO, S. H.; WANG, M. Y.; LIU, C. Y.; CHENG, F.T.; YEH, M. H.; LI, H. Y.; YANG, Y. H.; HSU, Y. H.; FAN, S. C.; LI, L. Y.; YU, S. L.; CHANG, K. J.; CHEN, P. L.; NI, Y. H.; HUANG, C. S. Multiple gene sequencing for risk assessment in patients with early-onset or familial breast cancer. **Oncotarget**, v. 7, n.7, p.8310-20, 2016.

LIMA, A. L. P.; ROLIM, N. C. O. P.; GAMA, M. E. A.; PESTANA, A. L.; SILVA, E. L.; CUNHA, C. L. F. Rastreamento oportunístico do câncer de mama entre mulheres jovens no Estado do Maranhão, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n.7, p1-8. 2011. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000700018>>. doi: 10.1590/S0102-311X2011000700018.

LOURENÇO, T.S.; MAUAD, E.C.; VIEIRA, R. A. C. Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm.**, v. 66, n. 4, p. 585-9, 2013. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000400018>>. doi: 10.1590/S0034-71672013000400018.

MATOS, J. C.; PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B. Fatores associados à realização de prevenção secundária do câncer de mama no Município de Maringá, Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, n.5, p. 1-8. 2011. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000500007>>. doi: 10.1590/S0102-311X2011000500007.

_____.Prevalência de fatores de risco para o câncer de mama no município de Maringá, Paraná. **Revista Latino Americana de Enfermagem**; v.18, n.3, p 57-63. 2010. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300009>>. doi: 10.1590/S0104-11692010000300009.

MELO, W.; SOUZA, L.; ZURITA, R.; CARVALHO, M. Fatores Associados na Mortalidade por Câncer de Mama no Noroeste Paranaense. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. Edição Especial. p.2087-94, 2013.

OLIVEIRA, E. X. G. de; PINHEIRO, R. S.; MELO, E. C. P.; CARVALHO, M. S. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.9, p.3649-3664, 2011.

PASQUAL, K. K; CARVALHES, M. A. de B. L; PARADA, C . M. G. de L; Atenção à saúde da mulher após os 50 anos: vulnerabilidade programática na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm**. v.36. n. 2,2015.

PAGANI, O.; SENKUS, E.; WOOD, W.; COLLEONI, M.; CUFER, T.; KYRIAKIDES, S.; COSTA, A.; WINER, E. P.; CARDOSO, F. International guidelines for management of metastatic breast cancer: can metastatic breast cancer be cured? **J Natl Cancer Inst**, v. 102, n. 7, p.456-63, 2010.

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

SANTOS, G. D. dos; CHUBACI, R.Y.S. O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**. v.16, n.5, p. 2533-2540, 2011. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000500023>>. doi: 10.1590/S1413-81232011000500023.

SILVA, G. A.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T.; AQUINO, E. M. L.; TOMAZELLI, J. G.; SANTOS-SILVA, I. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p.1537-1550, 2014.

SILVA, P. A. A. da; RIUL, S S. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Rev Bras Enferm**.v. 64, n. 6, p. 1016-21, 2011. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000600005>>. doi: 10.1590/S0034-71672011000600005.

SILVA, R.C.F.; HORTALE, V. A. Rastreamento do Câncer de Mama no Brasil: Quem, Como e Por quê? Revista **Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n.1, p.67-71, 2012.

SILVA, P. F.; AMORIM, M. H. C.; ZANDONADE, E.; VIANA, K. C. G. Associação entre Variáveis Sociodemográficas e Estadiamento Clínico Avançado das Neoplasias da Mama em Hospital de Referência no Estado do Espírito Santo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n.3, p. 361-367, 2013.

SOARES, P. B. M.; QUIRINO FILHO, S.; SOUZA, W. P.; GONÇALVES, R. C. R.; MARTELLI, D. R. B.; SILVEIRA, M. F.; MARTELLI JUNIOR, H. Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.15, n.3, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000300013>>. doi: 10.1590/S1415-790X2012000300013.