

**Pró-Reitoria de Graduação
Curso de Enfermagem
Trabalho de Conclusão de Curso**

**ANÁLISE SOBRE A PRÁTICA DO AUTO-EXAME DAS MAMAS
ENTRE MULHERES ATENDIDAS EM CENTRO DE SAÚDE N°03
DA CEILÂNDIA-DF**

**Autor: Alessandra dos Anjos Gomes da Silva
Orientador: Prof. Dra. Leila B. D. Göttems**

**Brasília - DF
2010**

ALESSANDRA DOS ANJOS GOMES DA SILVA

**ANÁLISE SOBRE A PRÁTICA DO AUTO-EXAME DAS MAMAS ENTRE
MULHERES ATENDIDAS EM CENTRO DE SAÚDE Nº03 DA CEILÂNDIA-DF**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem da Universidade Católica de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dra. Leila B. D.Göttems

Brasília
2010



Monografia de autoria de Alessandra dos Anjos Gomes da Silva, intitulada “Análise sobre a prática do auto-exame das mamas entre mulheres atendidas no Centro de Saúde nº 03 da Ceilândia-DF, apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel em Enfermagem da Universidade Católica de Brasília, em 22 de novembro de 2010, defendida e aprovada pela banca examinadora abaixo assinada:

Prof^a. Dr^a Leila B. D. Göttems
Orientadora
Enfermagem – UCB

Prof^o. MSc. Maurício de Oliveira Chaves
Examinador
Enfermagem – UCB

Prof^o. Adailton Almeida Medonça
Examinador
Enfermagem - UCB

Brasília, 2010

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, de modo especial a minha mãe, e a meus futuros pacientes e a todos que me apoiaram nesta conquista.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus pelo dom da vida e por estar sempre ao meu lado nos momentos mais difíceis desta árdua caminhada. Aos meus filhos e esposo. À minha orientadora pela dedicação, paciência, que me ajudou a tornar realidade esse trabalho. A todos os professores de estágio, principalmente o Adailton e Maurício com quem aprendi muito. A meu irmão André Luís que me incentivou muito. Um agradecimento especial aos professores Maurício e Adailton, pessoas iluminadas, por sua disponibilidade em aceitar tomar parte nesta banca examinadora.

RESUMO

SILVA, Alessandra dos Anjos Gomes. **Análise sobre a prática do auto-exame das mamas entre mulheres atendidas no centro de saúde n° 03 de Ceilândia –DF.** 52 folhas. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Católica de Brasília, 2010.

Este trabalho analisa a prática do auto-exame das mamas, entre mulheres atendidas em Centro de saúde n°03 da Ceilândia-DF. Os objetivos dessa pesquisa foram levantar a frequência de mulheres atendidas no Centro de Saúde n°03 da Ceilândia que realizavam o auto-exame de mama; identificar, entre as que realizam a periodicidade, a técnica e as dúvidas e elaborar recomendações aos profissionais para melhorar a adesão das mulheres ao auto-exame de mama. A abordagem é qualitativa de caráter exploratório. Foi utilizado um questionário para realizar entrevista semi-estruturada com 10 mulheres. A investigação observou e identificou que as entrevistadas não realizam o auto-exame de mamas, mas submetem-se ao exame durante a consulta para prevenção do câncer de colo uterino. Além disso, sabem pouco sobre o câncer de mama e as informações, quando presentes, são oriundas da mídia principalmente da televisão.

Palavra-chave: Câncer de mama. Prevenção. Auto-exame.

ABSTRACT

SILVA, Alessandra dos Anjos Gomes. Analysis on the practice of self-breast examination among women at the health center atendidas No. 03 Ceilandia-DF. 52 leaves. Monograph (Graduation in Nursing) - Catholic University of Brasilia, 2010.

This study examines the practice of self-breast examination among women attending a health center of Ceilândia No. 03-DF. The objectives of this research was to raise the frequency of women seen at the Health Centre No 03 of Ceilândia who performed self-breast examination, identify, among those carrying out the timing, technique, and questions and make recommendations for professionals to improve the accession of women to self-breast examination. The approach is qualitative and exploratory. A questionnaire was used to conduct semi-structured interviews with 10 women. The investigation found that the interviewees identified and do not perform breast self-examination of breasts, but undergo the examination during the consultation for the prevention of cervical cancer. Also, know little about breast cancer and information, when present, are from the media especially television.

Keyword: breast cancer. Prevention. Self-examination.

SUMÁRIO

1 Introdução-----	9
1.1 Justificativa-----	10
1.2 Objetivos -----	12
1.3 Objetivos específicos-----	12
2 Revisão da literatura-----	13
2.1 Fisiopatologia do câncer de mama-----	13
2.2 Fatores de risco para o câncer de mama: Oncogênese-----	15
2.3 Epidemiologia do câncer de mama-----	18
2.4 Grupos vulneráveis ao câncer de mama-----	19
2.5 Prevenção e detecção precoce do câncer de mama-----	21
2.6 Tratamentos do câncer de mama-----	25
2.6.1 Tratamento cirúrgico do câncer de mama-----	28
2.6.2 Radioterapia-----	28
2.6.3 Quimioterapia-----	29
2.6.4 Hormonioterapia-----	30
3 Metodologia-----	31
3.1 Classificação da pesquisa-----	31
3.2 Estratégia para coleta de dados-----	31
3.3 Sujeitos da pesquisa-----	32
3.4 Critérios de inclusão-----	32
3.5 Critérios de exclusão-----	32
3.6 Local-----	32
3.7 Análise dos dados-----	32
3.8 Aspectos éticos da pesquisa-----	32
4 Apresentação e discussão dos resultados-----	34
4.1 Cenário de estudo-----	34
4.2 Perfil das entrevistadas-----	34
4.3 Dados referentes ao conhecimento das mulheres em relação à prevenção do câncer de mama-----	35
5 Conclusão-----	42
6 Referências bibliográficas-----	43
7 Apêndices-----	47
7.1 Instrumento de coleta de dados-----	47
7.2 Termo de consentimento livre e esclarecido-----	49
8 Anexos -----	50
8.1 Anexo A (Instrumento de coleta de dados)-----	50
8.2 Anexo B (Parecer de Aprovação do Comitê de Ética)-----	53

1 - Introdução

O número de casos de câncer tem aumentado de maneira considerável em todo o mundo, principalmente a partir do século passado configurando-se na atualidade, como um dos mais importantes problemas de saúde pública mundial. Mais de seis milhões de óbitos por câncer de mama ocorrem a cada ano, representando cerca de 12% de todas as causas de morte no mundo. Embora as maiores taxas de incidências de câncer sejam encontradas em países desenvolvidos, dos dez milhões de casos novos anuais de câncer, cinco milhões e meio são diagnosticados nos países em desenvolvimento (GUERRA et al., 2000).

Na epidemiologia o câncer de mama, também chamado popularmente de câncer do seio, está entre as neoplasias com maior ocorrência no mundo. Entre as mulheres brasileiras é o tipo de doença mais freqüente e sua incidência tem aumentado, superando até mesmo o câncer do colo do útero (QUADROS, 2002).

Segundo Vinhal (2007), dados divulgados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), demonstram que cerca de 27 mulheres no Brasil morrem diariamente vítimas do câncer de mama e aproximadamente 130 novos casos são diagnosticados neste mesmo tempo.

No ano de 2006 mais de 48 mil mulheres desenvolveram esta patologia, sendo a região sudeste o local de maior incidência, estimando um total de 71 casos novos por 100.000 habitantes. Para o ano de 2010 são esperados 49.400 novos casos, com risco estimado de 49 casos a cada 100 mil mulheres (INCA 2010 p. 01).

Atualmente o câncer de mama é um problema de saúde pública, não só em países subdesenvolvidos, como é o caso do Brasil, mas também desenvolvidos, como Estados Unidos e em alguns países da Europa Ocidental. Esta situação deve-se às dificuldades encontradas na prática da prevenção primária tais como, eliminar fatores de risco ou diagnosticar e tratar lesões precursoras do câncer (GEBRIN; QUADROS, 2006).

Embora o prognóstico seja otimista para a maioria das mulheres diagnosticadas no estágio inicial da doença, o diagnóstico de câncer de mama tem um profundo impacto psicossocial nos pacientes e seus familiares (BERGAMASCO; ANGELO, 2001, p.277).

1.1 - Justificativa

A assistência à saúde deve ser praticada com base em dois pontos principais: prevenção e diagnóstico efetivo das diferentes doenças que acometem o ser humano, principalmente no caso de enfermidades com alto índice de mortalidade, como as doenças cardiovasculares e oncológicas.

A prevenção do câncer de mama está fortemente ancorada na educação em saúde e no estímulo a prática do auto-exame de mamas. Contudo ainda se observa baixa frequência na orientação e na prática. Neste sentido este projeto se justifica porque investigações sobre a frequência com que se planejam as ações de controle da doença devem ocorrer de acordo com as características de cada região, como a distribuição de recursos, fatores de risco, estimativas, registros hospitalares e fórmulas para planejar consultas, exames, biópsias e mamografias (INCA 2010 p. 01).

Porém tem sido observado que além da má distribuição de recursos, as informações disponibilizadas através de campanhas, cartilhas, etc. Não tem sido o suficiente para alcançar o público alvo, de tal maneira a reduzir o alto índice de câncer de mama, ainda existe. Falta de conscientização do público feminino quanto a importância da realização do auto-exame das mamas para prevenir um diagnóstico tardio de câncer.

Considerando-se que o câncer de mama tem uma alta prevalência em todo mundo.

A recente discussão em torno dos perigos e da incidência do câncer de mama enseja, particularmente no Brasil, uma preocupação devido a este já ser o câncer de maior incidência entre as neoplasias femininas. Além disso, aborda-se o preconceito, a desinformação das mulheres em relação à doença e à importância dos procedimentos de detecção precoce (GONÇALVES; DIAS 1999 p.143).

Tais estudos reforçam a percepção de que: 1) as mulheres de baixo estado social e educacional são as que mais precisam ser persuadidas a praticar o auto-exame da mama; e 2) há necessidade premente de se estudar os fatores psicossociais que determinam esta não-adesão, uma vez que as campanhas veiculadas pela mídia são ineficazes, com informações que não expressam o universo de crenças dessas mulheres sobre o comportamento em questão (GONÇALVES; DIAS 1999 p.145).

Assim, este estudo tem relevância social porque toma como objeto um agravo que vem atingindo diferentes grupos de mulheres que ainda demandam grande atenção por parte dos profissionais. Especialmente no que se refere às ações que promovam ampliação da adesão ao auto-exame da mama.

Também tem relevância acadêmica porque estudos sobre esta problemática, no Distrito Federal, poderão estimular na qualidade do cuidado com estas mulheres.

Neste sentido este estudo se pautará pelas questões: “Com que frequência as mulheres atendidas no CS n° 3 da Ceilândia praticam o auto-exame da mama? Entre as que praticam como é feito o procedimento? Quais informações sobre o exame as mulheres possuem?”

1.2 - Objetivo geral

Investigar a atitude e a prática do auto-exame das mamas entre usuárias do centro de saúde 03 da Ceilândia-DF.

1.3 Objetivos específicos:

Levantar a frequência de mulheres atendidas no Centro de Saúde 03 da Ceilândia, que realizem o auto-exame de mama.

Identificar, entre as que realizam o auto-exame de mama a periodicidade, à técnica, as dúvidas.

Elaborar recomendações aos profissionais para melhorar a adesão das mulheres ao auto-exame de mama.

2 – Revisão de Literatura

2.1 Fisiopatologia do câncer de mama

As células normais de todo organismo vivo coexistem em perfeita harmonia citológica, histológica e funcional. A harmonia está orientada no sentido da manutenção da vida. De acordo com suas características morfológicas e funcionais, determinadas pelos seus próprios códigos genéticos, e com sua especificidade, as células estão agrupadas em tecidos, os quais formam os órgãos. Os mecanismos que regulam o contato e a permanência de uma célula ao lado de outra, bem como os de controle do seu crescimento, ainda constituem uma das áreas menos conhecidas da biologia. Sabe-se que o contato e a permanência de uma célula junto à outra são controlados por substâncias intracitoplasmáticas, mas ainda é pouco compreendido o mecanismo que mantém as células normais agregadas em tecidos. Ao que parecem, elas reconhecem umas às outras por processos de superfície, os quais ditam que células semelhantes permaneçam juntas e que determinadas células interajam para executarem determinada função orgânica (INCA, 2002 p. 9).

De acordo com (INCA, 2002 p.12), o câncer é caracterizado por alterações que determinam um crescimento celular desordenado comprometendo tecidos e órgãos. Se o câncer se inicia em tecidos epiteliais, como pele ou mucosas, ele é chamado carcinoma. Se começa em tecidos conjuntivos, como o tecido de sustentação da mama, é chamado sarcoma.

Mas em estado normal, as células proliferam em resposta aos sinais externos promotores de proliferação cumprindo funções tais como substituir células perdidas, ou reparar lesões teciduais. Uma vez que o objetivo foi alcançado, um conjunto de sinais de proliferação (ciclo celular) retornando ao estado adormecido (GO)¹, diferenciando-se, ou morrendo (apoptose). Cada uma dessas funções é realizada por uma interação de um complexo sistema de proteínas. Expressão constitutiva pela mutação, ou por outras mudanças genéticas de todos os componentes do sistema de promoção e proliferação pode resultar em uma proliferação descontrolada. O componente expressado constitutivamente é chamado oncogene (MEDCENTER; MESDSCAPE, p.01 2010).

¹ (GO) – Onde há quiescência e diferenciação da célula.

As células são constituídas de três partes: membrana celular, a parte mais externa; o citoplasma, que é o corpo da célula; e núcleo, sua parte mais interna, onde estão os cromossomas. Estes são compostos de unidades menores chamadas genes, por sua vez formados pelo ácido desoxirribonucleico, o DNA (INCA, 2002 p. 11).

É através do DNA que os cromossomas passam todas as informações relativas à organização, forma, atividade e reprodução celular. Podem ocorrer alterações nos genes que passam a receber informações erradas para suas atividades. Essas alterações podem ocorrer em genes especiais, chamados protooncogenes, inativos em células normais, transformando-os em oncogenes, responsáveis pela cancerização de células normais (INCA, 2002 p. 11).

As células cancerizadas multiplicam-se de maneira descontrolada, acumulam-se formando tumor, e invadem o tecido vizinho; adquirem capacidade de se desprender do tumor e migrar, chegando a órgãos distantes, constituindo as metástases; perdem sua função especializada e, à medida que substituem as células normais, comprometem a função do órgão afetado (INCA, 2002 p.03).

O processo de carcinogênese, ou seja, de formação de câncer, que em geral é lento, podendo levar vários anos para que uma célula prolifere e dê origem a um tumor palpável. Esse processo é composto de vários estágios, quais sejam: estágio de iniciação, onde os genes sofrem ação de fatores cancerígenos; estágio de promoção, onde os agentes oncopromotores atuam na célula já alterada; e estágio de progressão, caracterizada pela multiplicação descontrolada e irreversível da célula. Sabe-se também que o crescimento celular responde às necessidades específicas do corpo e é um processo cuidadosamente regulado. Esse crescimento envolve o aumento da massa celular, duplicação do ácido desoxirribonucléico (ADN) e divisão física da célula em duas células filhas idêntica (mitose). Tais eventos se processam por meio de fases conhecidas como G1 - S - G2 - M, que integram o ciclo celular (MEDCENTER; MESDSCAPE, 2010 p.01).

Nas células normais, restrições à mitose são impostas por estímulos reguladores que agem sobre a superfície celular, os quais podem resultar tanto do contato com as demais células como da redução na produção ou disponibilidade de certos fatores de crescimento. Fatores celulares específicos parecem ser essenciais para o crescimento

celular, mas poucos deles são realmente conhecidos (MEDCENTER; MESDSCAPE, p.01 2010).

É certo que fatores de crescimento e hormônios, de alguma forma, estimulam as células para se dividir. Entretanto, eles não têm valor nutriente para as células nem desempenham um papel conhecido no metabolismo. Presumivelmente, apenas sua capacidade de ligar-se a receptores específicos de superfície celular os capacita a controlar os processos celulares (INCA, 2002 p.03).

O mecanismo de controle do crescimento celular parece estar na dependência de fatores estimulantes e inibidores, e, normalmente, ele estaria em equilíbrio até o surgimento de um estímulo de crescimento efetivo, sem ativação do mecanismo inibidor. Tal estímulo ocorre quando há exigências especiais como, por exemplo, para reparo de uma alteração tissular. As células sobreviventes se multiplicam até que o tecido se recomponha e, a partir daí, quando ficam em íntimo contato umas com as outras, o processo é paralisado (inibição por contato) (INCA, 2002 p.03).

Em algumas ocasiões, entretanto, ocorre uma ruptura dos mecanismos reguladores da multiplicação celular e, sem que seja necessário ao tecido, uma célula começa a crescer e dividir-se desordenadamente. Pode resultar daí um clone de células descendentes, herdeiras dessa propensão ao crescimento e divisão anômalos, insensíveis aos mecanismos reguladores normais, que resulta na formação do que se chama tumor ou neoplasia, que pode ser benigna ou maligna. A carcinogênese refere-se ao desenvolvimento de tumores malignos, estudada com base nos fatores e mecanismos a ela relacionados (INCA, 2002 p.03).

2.2 Fatores de risco para o Câncer de mama: Oncogênese

O organismo humano encontra-se exposto a múltiplos fatores carcinogênicos, com efeitos aditivos ou multiplicativos. Sabe-se que a predisposição individual tem um papel decisivo na resposta final, porém não é possível definir em que grau ela influencia a relação entre a dose e o tempo de exposição ao carcinógeno e a resposta individual à exposição (INCA, 2002 p.04).

Independentemente da exposição à carcinógenos, as células sofrem processos de mutação espontânea, que não alteram o desenvolvimento normal da população celular como um todo. Estes fenômenos incluem danos oxidativos, erros de ação das

polimerases e das recombinases e redução e reordenamento cromossômico. Também se deve considerar a vigilância imunológica como mecanismo de correção ou exclusão das células mutantes (INCA, 2002 p.04).

Os fenômenos de mutação espontânea podem condicionar uma maior ou menor instabilidade genômica, que pode ser crucial nos processos iniciais da carcinogênese, como consequência de aneuploidia e ampliações genéticas (INCA, 2002 p.04)

Em síntese, a carcinogênese pode iniciar-se de forma espontânea ou ser provocada pela ação de agentes carcinogênicos (químicos, físicos ou biológicos) (INCA 2002 p.04).

De acordo com Abbas, *et al* (1994. p 356-375), pode-se determinar uma biologia tumoral e o crescimento de tecidos normais e tumorais, para isto é necessário conhecer a cinética celular, no qual o ciclo celular compreende de várias fases diagnosticadas a seguir no ciclo celular:

A vida da célula compreende uma seqüência de eventos, cujo modelo é chamada ciclo celular, e tem cinco fases: G1, S, G2, M e GO. A duração de cada fase é variável até mesmo nas células sob reprodução controlada, mas os processos ocorridos no interior das células são iguais para todas elas.

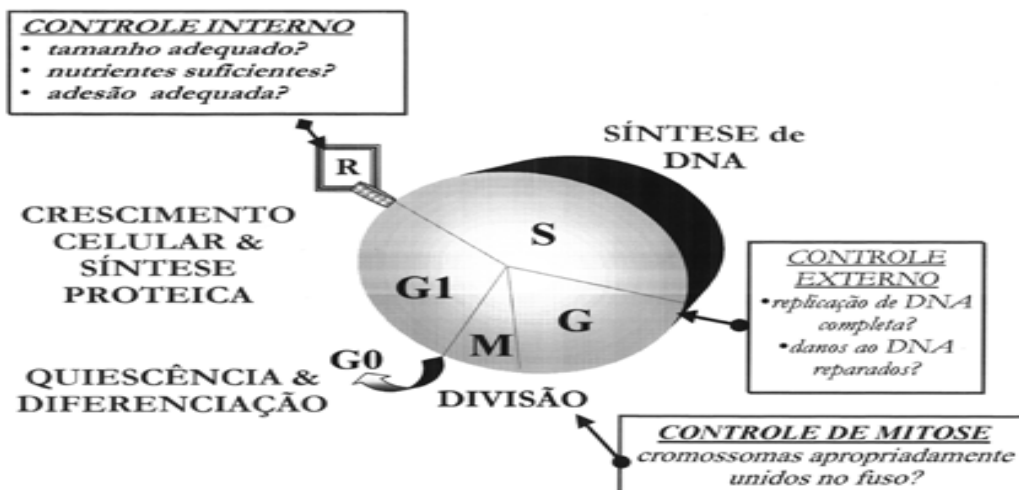


Figura 1. Pontos de controle do ciclo celular. O ciclo celular é composto de uma sequência ordenada de fases. A célula diferenciada se encontra em G0, onde ela atingiu sua diferenciação terminal e está quiescente. Se a célula está destinada a proliferar, ela entra em G1, período em que aumenta de tamanho e prepara as proteínas de que necessita para a síntese de DNA. Durante esta fase, a célula é sensível às condições ambientais. Se elas não forem favoráveis, a divisão celular pára em G1. No entanto, se ultrapassar o ponto R (ponto de restrição), a divisão celular ocorrerá independente de condições ambientais. Na fase S sintetiza-se o DNA que será replicado durante a fase G2. No início de G2 existe outro ponto de controle importante, onde se verificará a qualidade do DNA replicado. Finalmente, na fase mitótica (M), o DNA duplicado será equitativamente dividido entre as duas células filhas. A mitose será impedida se, na checagem da mitose, forem constatadas anormalidades na divisão dos cromossomas.

(WARD, 2002 p. 01).

Fase G1: Nesta fase, há a preparação para a síntese de ADN, mediante a mobilização de bases púricas e pirimídicas, fosfatos e riboses, para a síntese dos nucleotídeos, e de aminoácidos, para a síntese de proteínas, inclusive de enzimas. Tanto a síntese de ARN como os de proteínas são indispensáveis para que a célula passe de G1 para a fase seguinte. A fase G1 à síntese precede à síntese por isso é chamada pré-sintética. Células que apresentam baixo índice de duplicação apresentam uma duração de G1 longa, correspondente à G0, aí persistindo (células como as do sistema nervoso) ou voltando à G1, quando necessário (células do fígado, por exemplo, quando em processo de regeneração). Células como as da pele, das mucosas e da medula óssea, como se apresentam em constante divisão tem G1 muito curto, podendo-se dizer que o seu ciclo não inclui a fase G0 (ABBAS, *et al.*, 1994, p. 356-375).

Fase S: Nesta fase, uma proteína desencadeante é produzida para fazer a interação entre o ADN e a enzima duplicase de ADN; ocorrendo esta reação, ele é inteiramente duplicado (ABBAS, *et al.*, 1994, p. 356-375).

Fase G2: Período pré-mitótico. Nesta fase, a síntese de ADN está completa e os cromossomos, em número dobrado, rearranjam-se, preparando o núcleo para a divisão celular (ABBAS, *et al.*, 1994, p. 356-375).

Fase M: A fase M é curta e corresponde à mitose. Ocorrem movimentações cromossômicas e clivagem da célula, cujo resultado é a distribuição de pares de cromossomos para as duas células-filhas. Estas, dependendo da sua função, podem morrer entrar novamente no ciclo celular (Fase G1) ou passar para a fase do estado de G0 (ABBAS, *et al.*, 1994, p. 356-375).

Fase G0: Durante a fase G0, as células apresentam menor atividade metabólica. G0 descreve um período prolongado de repouso, durante o qual as células não respondem aos estímulos que normalmente iniciam a síntese de ADN. As células em G0 são sempre derivadas de células em G1, mas não fazem parte do ciclo celular proliferativo (ABBAS, *et al.*, 1994, p. 356-375).

A duração do ciclo celular da maioria das células humanas normais é de 24 a 48 horas, enquanto que das células dos tumores malignos humanos mais comuns é de 72 a 120 horas (ABBAS, *et al.*, 1994, p. 356-375).

2.3 Epidemiologia do câncer de mama

Na epidemiologia o câncer de mama, chamado popularmente de câncer do seio está entre as neoplasias com maior ocorrência no mundo. Entre as mulheres brasileiras, é o tipo de doença mais freqüente e sua incidência tem aumentado cada vez mais superando até mesmo, o câncer do colo do útero (QUADROS, 2002).

Atualmente, o câncer de mama é um problema de saúde pública, não só em países subdesenvolvidos, como é o caso do Brasil, mas também desenvolvidos, como Estados Unidos e em alguns países da Europa Ocidental. Esta situação deve-se às dificuldades encontradas na prática da prevenção primária tais como, eliminar fatores de risco ou diagnosticar e tratar lesões precursoras do câncer (GEBRIN; QUADROS, 2006).

Segundo os dados do programa Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER), do Instituto Nacional do Câncer nos Estados Unidos, durante os anos de 1990 a 2000, a taxa de incidência de câncer de mama vinha aumentando cerca de 3% ao ano. O aumento da incidência nesse período foi atribuído, em parte, à melhora e divulgação dos

programas de rastreamento do câncer de mama. No entanto, a partir de 2003, a incidência da doença vem sofrendo um leve declínio. Dois fatores são descritos como responsáveis por essa observação. A redução da incidência em todos os grupos de mulheres com mais de 45 anos sugere um efeito devido à saturação do sistema de rastreamento da doença. Por outro lado, a redução súbita da incidência entre os anos de 2002 e 2003, que ocorreu predominantemente no grupo de mulheres entre 50 e 69 anos de idade, deve ser reflexo da redução do uso indiscriminado da terapia de reposição hormonal.

A incidência, a distribuição geográfica e o comportamento de tipos específicos de cânceres estão relacionados a múltiplos fatores, incluindo sexo, idade, raça, predisposição genética e exposição à carcinógenos ambientais. Destes fatores, os ambientais são, provavelmente, os mais importantes. Os carcinógenos químicos (particularmente aqueles presentes no tabaco e resultantes de sua combustão e metabolismo), bem como determinados agentes, como os azocorantes, aflatoxinas e benzeno, foram claramente implicados na indução de câncer no homem e animais (INCA, 2002 p.04).

De acordo com os dados de dez registros de câncer de base populacional do Brasil, os tumores mais frequentes no país são: Próstata, pulmão, estômago, cólon, reto e esôfago na população masculina. Em mulheres predomina o câncer de mama, seguido pelos cânceres de colo uterino, cólon e reto, pulmão e estômago. Vale destacar que no Brasil no período compreendido entre 1980 e 1995, foram constatados como principais causas de óbito em mulheres o câncer de mama em mulheres nas regiões Sul e Sudeste (GUERRA, *et al.*, 2000).

Ainda, segundo dados do Ministério da Saúde, a região Sudeste, onde se localizam as grandes metrópoles brasileiras, abriga, incontestavelmente, o maior número de incidência (12.885), seguida das regiões Nordeste (8.770), Sul (8.250) e Centro-oeste (1.710). Na região Norte, o câncer de mama ocupa o segundo lugar, precedido pelo câncer do colo do útero (GONÇALVES; DIAS, 1999 p.144).

2.4 Grupos vulneráveis ao câncer de mama

As causas desta incidência elevada em nosso país são explicadas pela questão histórica da urbanização (processo de desenvolvimento da industrialização), questões

culturais (hábitos de vida) e questões sócio-políticas, como a ausência de programas oficiais efetivos para o controle da doença e a deficiência dos serviços de saúde destinados à saúde da mulher (GONÇALVES; DIAS, 1999 p. 144).

Dados clínicos, epidemiológicos e experimentais têm demonstrado que o risco de desenvolvimento de câncer de mama esporádico está fortemente relacionado à produção de esteróides sexuais. Condições endócrinas moduladas pela função ovariana, como a menarca precoce, menopausa tardia e gestação, assim como a utilização de estrógenos exógenos, são componentes relevantes do risco de desenvolvimento de câncer de mama. Em sinergismo com os fatores hormonais, estudos observacionais indicam que o comportamento humano relacionado ao estilo de vida, o que inclui modificações na dieta e na atividade física, podem contribuir para o aumento da incidência do câncer de mama em todo o mundo, segundo os dados do programa Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER), do Instituto Nacional do Câncer nos Estados Unidos.

De acordo com Guerra et al., (2000), estudos conduzidos no Estado de São Paulo identificaram o câncer de mama como a principal causa de mortalidade por neoplasias em mulheres na faixa etária de 30 a 49 anos, no período de 1991 a 1995. De acordo com estudo caso-controle conduzido em hospital universitário de Belo Horizonte, o perfil de risco para o câncer de mama relativo a fatores sócio-econômicos e reprodutivos apresentou-se similar em mulheres com diagnóstico efetuado na pré e pós-menopausa. A partir de estudo realizado com dados de exposição à pesticida em onze estados do Brasil, foram identificadas correlações importantes entre esta exposição de distúrbios no sistema reprodutivo humano, incluindo a mortalidade de câncer de mama, principalmente em mulheres com idade de 50 a 69 anos no período de 1995 a 1997.

No estudo caso-controle realizado por Mendonça et al., (1999), na região metropolitana do Rio de Janeiro, incluindo 177 casos e 350 controles, não verificou associação entre nível sérico de organoclorados e aumento de risco para o câncer de mama. Com relação ao rastreamento das neoplasias malignas de mama, observou-se que mulheres idosas e mulheres com baixo grau de escolaridade apresentaram menores oportunidades de diagnóstico precoce no município de Botucatu SP. As mais elevadas taxas de incidências anuais de câncer de mama no Brasil, ajustadas por idade e por

100mil mulheres foram encontradas em São Paulo (94,0). Distrito Federal (86,1) e Porto Alegre (66,5).

A biologia, a etiologia, a fisiopatologia e até a conceituação e nomenclatura do câncer não estão totalmente estabelecidas, principalmente devido a obstáculos ao estudo in vivo de uma variedade de fatores envolvidos na sua gênese. No entanto, o estudo epidemiológico dos tumores tem oferecido aos profissionais de saúde elementos diagnósticos importantes no que se refere à identificação dos fatores de risco e sua relação com lesões pré-malignas e com o desenvolvimento de neoplasias prevalentes. Além disso, a epidemiologia fornece dados valiosos no que diz respeito à reversibilidade, prevenção e curabilidade dessas neoplasias. Articulando todos estes conceitos, o enfermeiro pode desempenhar um papel fundamental nas ações de prevenção primária e secundária das neoplasias mais freqüentes (INCA, 2002 p. 29).

2.5 Prevenção e detecção precoce do câncer de mama

As iniciativas governamentais para a prevenção e detecção precoce do câncer de mama iniciaram no Brasil em 1983. Tendo em vista o grande número de mulheres com câncer de mama, questiona-se se estas percebem o envolvimento da rede de Atenção Primária à Saúde na prevenção/detecção precoce desta patologia voltado à atenção a mulher (PEDROSA, 2005).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi o primeiro programa instituído pelo Ministério da Saúde (MS) atendendo às reivindicações feministas do movimento da reforma sanitária e alguns setores universitários. Em 2004 o PAISM elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, voltando seu enfoque para a assistência integral e promoção da saúde visando concretizar o progresso no campo dos direitos sexuais e reprodutivos (PEDROSA, 2005).

Após a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), que iniciou em 1994, o Governo Federal visava mudanças na atenção básica, (BRASIL, 2004), preconizando-se que a maioria das atividades preventivas e o diagnóstico precoce de patologias sejam realizados na atenção primária, que compreende atividades de baixa complexidade fossem executadas em Unidades Básicas de Saúde em parceria com hospitais da localidade. A resolutividade da assistência ofertada pela atenção primária às pessoas com as doenças mais comuns na comunidade apresenta um índice de 85%. Já no nível

secundário, estão as ações de média complexidade, que são realizadas em hospitais e ambulatorios. É para este nível de organização dos serviços de saúde que procedimentos relativos aos diagnósticos diferenciais com o objetivo de confirmar, suspeitar ou excluir um câncer, e também os casos com exames anormais de rastreamento de câncer devem ser encaminhados (BRENTANI *et al.*, 2003).

A prestação de assistência básica aos usuários dos serviços de saúde é realizada através do comando de profissionais qualificados e de procedimentos rotineiros que visam à prevenção nos âmbitos primários e secundários. As campanhas de prevenção devem abranger toda a comunidade para que possa haver maior divulgação e inteirá-la a respeito de encontros com profissionais para oferecer informações e prestar assistência à saúde (GONZALEZ, 1994).

De acordo com a (OMS), encontra-se como atividade da prevenção primária a educação populacional e profissional, bem como a divulgação de informações relacionadas ao câncer. A prevenção secundária é realizada com a intenção de promover o diagnóstico precoce do câncer. Um exemplo dessa atividade seria o exame Papanicolau integrado ao exame clínico das mamas. De acordo com especialistas, a associação da prevenção primária e secundária, pode reduzir em até 15% a mortalidade por câncer (BRENTANI *et al.*, 2003).

Sabe-se que, com a detecção precoce e tratamento realizado no início do desenvolvimento do câncer de mama, há um aumento na sobrevida e conseqüentemente, a possibilidade de óbito diminui. Acredita-se que ao receber um atendimento integral e humanizado, tendo suas dúvidas esclarecidas e aprendendo a se cuidar melhor, a mulher contribuirá para promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, em especial, a forma mais grave deste tipo de câncer. Portanto, ao conhecer e descrever se houve algum tipo de trabalho de orientação e até mesmo de assistência, voltado para a prevenção/detecção do carcinoma mamário, baseado em relatos das mulheres com esta patologia, é possível fazer uma reflexão acerca da organização e funcionamento dos serviços de saúde (MACHADO, *et al.*, 2009, p 273).

Segundo especialistas, não se podem fazer uma prevenção primária ao câncer de mama, pois esta só acontece quando se estabelece uma relação clara entre a doença e seus agentes causadores (ex.: fumar e câncer no pulmão). No caso do câncer de mama, os agentes causadores da doença são ainda desconhecidos, e a única ação efetiva que se tem é uma “prevenção secundária” em termos de diagnóstico em estágios iniciais da

doença. Estudos demonstram que a detecção precoce, efetivamente, leva a uma maior sobrevida das mulheres com câncer de mama (SALAZAR *et al.*, 1994).

Entre os meios de detecção precoce ao câncer de mama temos:

- o “exame sistemático da mama”, feito pelo profissional especializado;
- a “mamografia”, que seria um exame radiológico, de alta precisão e custo igualmente elevado, dificultando o acesso da população de menor poder aquisitivo;
- o “auto-exame da mama” que é o exame feito pela própria mulher (GONÇALVES; DIAS, 1999).

Dentre estes meios de detecção precoce, o auto-exame da mama, apesar de não possuir a mesma eficácia que as técnicas mamográficas ou profissionais, são consideradas como o principal método de detecção do câncer de mama pelas mulheres, já que na maioria das vezes, é a própria mulher quem encontra o tumor. Através do auto-exame da mama, a mulher pode detectar pequenas mudanças nas propriedades físicas das mamas, o que a leva a descobrir nódulos com 1 cm de diâmetro, diminuindo assim a probabilidade de metástase e aumentando a sua sobrevida (GONÇALVES; DIAS, 1999).

Embora o controle de câncer de mama deva priorizar a prevenção e a detecção precoce. A prevenção não deve focalizar apenas os fatores de risco associados ao câncer de mama, mas também os fatores de proteção. Alguns fatores que aumentam o risco de desenvolver câncer de mama, como obesidade na pós-menopausa, exposição à radiação ionizante em altas doses, exposição a pesticidas / organoclorados e tabagismo são passíveis de intervenção; outros fatores como sexo feminino, avanço da idade, menarca precoce, menopausa tardia, primeira gestação tardia, história de câncer de ovário ou de mama ou história de doença mamária benigna, alta densidade mamária, mutações genéticas (BRCA1 e BRCA2)² e história familiar de câncer de mama não podem ser modificados. A maioria destes fatores encontra-se associada com um moderado aumento no risco (cerca de 2 ou 3 vezes), o que sugere que múltiplos fatores contribuem para a gênese da doença e que podem existir fatores ainda desconhecidos (THULER *et al.*, 2003 p. 01).

Por outro lado, há duas estratégias principais para a detecção precoce do câncer de mama: a educação para promover o diagnóstico precoce e o rastreamento. As evidências

² Mutações Genéticas.

obtidas de ensaios clínicos sugerem uma diminuição de 25% da mortalidade por câncer de mama com o rastreamento mamográfico de rotina. Além disso, há evidências indiretas de que o rastreamento por exame clínico das mamas reduza o número de mortes por este câncer (THULER *et al.*, 2003 p. 01).

Mesmo que as vantagens do auto-exame da mama sejam bastante divulgados pelos meios de comunicação, setores educacionais e programas de saúde pública, diversos estudos demonstram que o índice de prática é incipiente em diversas partes do mundo, (JÚNIOR; BROWN, 1981). Outros estudos, sobre fatores sócio-econômicos que influenciam a prática do auto-exame da mama mostram que as mulheres de maior nível educacional e de renda são as de maior adesão e que detêm maiores conhecimentos sobre o auto-exame da mama (SEIDL; GIMENES, 1997).

Tais estudos reforçam a percepção de que: 1) as mulheres de baixo estrato social, educacional e informacional são as que mais precisam ser persuadidas a praticar o auto-exame da mama; e 2) há necessidade premente de se estudar os fatores psicossociais que determinam esta não-adesão, uma vez que as campanhas veiculadas, pela mídia são ineficazes, com informações que não expressam o universo de crenças dessas mulheres sobre o comportamento em questão (GONÇALVES; DIAS, 1999 p.145).

Revedo na literatura estudos que relacionam as crenças como determinantes do comportamento de praticar o auto-exame da mama, independentemente do modelo teórico utilizado (HAILL; GARDNER 1999, HOUFEK; FOXALL, 1997), percebe-se que a maioria deles leva em conta as diversas faixas de renda, não existindo estudos específicos na população feminina de baixa renda e de baixa escolaridade (GONÇALVES; DIAS 1999 p.146).

Isto, em termos de Brasil, é preocupante, tendo em vista que a grande maioria da população brasileira é formada por pessoas de nível sócio-econômico, educacionais e culturais extremamente baixos que, além da dificuldade em ter acesso a atendimento público, geralmente chegam a procurar ajuda especializada em estágios tardios da doença. Estudos comprovam que aquelas que retardam a ida ao médico especializado são mulheres mais velhas, de classe social e educação mais baixa (CAMERON; HILTON, 1968; COSTA, MOGOS; TOMA, 1985 e WILLIANS, 1976 *apud* BLAND; COPELAND, 1994).

Dentro do raciocínio de que a prática do auto-exame da mama pode ajudar, e muito, a reverter o quadro da doença no país, e que isto está correlacionado com o processo cognitivo de influência da informação para a aquisição de novos repertórios de crenças e pensamentos que tenham a finalidade de uma mudança comportamental numa direção mais preventiva, optou-se pelo uso da Teoria da Ação Racional (FISHBEIN; AJZEN, 1975; AJZEN; FISHBEIN, 1980), uma vez que esta teoria tem uma evidência empírica considerável na explicação e predição de vários comportamentos preventivos e individuais de saúde (SALDANHA, 1997).

2.6 Tratamentos do câncer de mama

O tratamento do câncer de mama é um processo de múltiplas etapas, cujas modalidades terapêuticas são: cirurgia, radioterapia, tratamento sistêmico (quimioterapia e hormonioterapia) e reabilitação. Os princípios do tratamento visam promover a retirada local do tumor, interromper as suas vias de drenagem através de linfonodos regionais, bem como realizar a caracterização prognóstica e orientação do tratamento por meio de medicamentos quimioterápicos ou hormonais. Estes objetivam a proteção contra o aparecimento de metástases (terapia adjuvante) ou o tratamento de metástases já estabelecidas (terapia paliativa). Sabe-se que a associação dos tratamentos cirúrgicos, quimioterápico e radioterápico são mais eficazes em reduzir a possibilidade de reaparecimento da doença (INCA, 2002 p. 47).

As duas maiores estratégias empregadas para reduzir a mortalidade por câncer de mama incluem a prevenção secundária, através do rastreamento e detecção precoce, e a prevenção primária. A prevenção primária pode ser atingida alterando os fatores de risco para a doença, no entanto muitos fatores associados ao desenvolvimento de câncer de mama: idade, eventos reprodutivos (menarca, gestação, menopausa) história familiar e histologia nas biopsias mamaria, não podem ser mudados (OLIVEIRA; LEMGRUBER, 2001 p.917).

As doenças da mama, com suas incertezas e sua confusão de tratamentos, intrigaram a atenção dos médicos e historiadores médicos através dos tempos. Apesar de séculos de tortuosidades teóricas e perquirição científica, o câncer de mama permanece uma das mais temidas enfermidades humanas. Conquanto primordialmente

uma doença da mulher, podendo ocasionalmente afetar o homem, com resultados letais (BLAND; COPELAND III, 1994).

As formas mais eficazes para detecção precoce do câncer de mama são o auto-exame das mamas (AEM), o exame clínico e a mamografia. A mamografia e ultrasonografia identificam tumores não palpáveis, apresentam alto custo e não favorece grandes massas populacionais, consagrando-se o AEM mensal como estratégia de escolha, uma vez que se caracteriza como prevenção secundária, sem custos e segura (MONTEIRO *et al.*, 2010).

O exame físico das mamas, também chamado de exame clínico das mamas (ECM), deve ser realizado rotineiramente pelo médico durante a sua consulta em mulheres a partir de 25 anos, preferencialmente na primeira semana após a menstruação. Ele também pode ser realizado por outro profissional de saúde treinado (enfermeiro (a)), e tem fundamental importância para a detecção precoce do câncer de mama. Por isso, precisa ser bem executado e requer, para a sua realização, ambiente privativo adequado com boa iluminação, além de respeito ao recato da mulher (INCA, 2002 p. 35).

Durante o exame, sinais como assimetria, abaulamentos, retrações, eczemas, ulcerações, gânglios linfáticos e nódulos devem ser cuidadosamente pesquisados. Em seqüência, os seguintes tempos do exame físico devem ser realizados: 1) inspeção estática; 2) inspeção dinâmica; 3) palpação das axilas e regiões supraclaviculares; e 4) palpação do tecido mamário. Os itens 1, 2 e 3 devem ser realizados com a mulher de pé ou sentada e o item 4, em decúbito dorsal (INCA, 2002 p. 35).

Pesquisas indicam impacto significativo do AEM na detecção precoce do câncer de mama, registrando-se tumores primários menores e menor número de linfonodos axilares invadidos pelo tumor (ou por células neoplásicas) nas mulheres que fazem o exame regularmente, além de haver também detecção de pequenas mudanças nas propriedades físicas das mamas, diminuindo assim a probabilidade de metástase e aumento a sobrevida (MONTEIRO *et al.*, 2010).

Seis categorias foram identificadas, as quais incluem aumento e dor à palpação fisiológica, nodularidade, mastalgia, nódulos dominantes, descarga papilar e inflamação. Esta classificação enfatiza a variedade dos distúrbios vistos pelos médicos. Importante ressaltar que algumas mulheres desenvolvem aumento a dor à palpação da mama em períodos pré-menstruais que, portanto devem ser desconsiderados como doença (BLAND; COPELAND III 1994 p. 809).

No caso de carcinoma de mama, Bloom e Cols; documentaram que há muitas opções terapêuticas porém é importante que o paciente assuma o papel ativo na decisão terapêutica. Devendo sempre observar as prioridades dos pacientes e informar risco benefício de cada opção a ser buscada (BLAND; COPELAND III 1994 p. 837). Conforme a normatização de estudo complementar frente a achados mamográficos inconclusivos 9 realizaram-se incidências adicionais pela técnica da compressão localizada (para as densidades) e ampliação (para as microcalcificações agrupadas), no mesmo momento da realização das mamografias-padrão (4 incidências). Nos casos nos quais se fez necessária (nódulos), a ultra-sonografia (USG) foi realizada em segunda convocação. A segunda leitura das mamografias (já com as incidências complementares realizadas) foi efetuada por dois observadores, assim como as USG e procedimentos invasivos ambulatoriais. As lesões detectadas, quando indicado, foram submetidas a estudo citológico ou histológico, por meio de procedimentos invasivos dirigidos por USG ou estereotaxia (biópsia aspirativa dirigida por agulha fina - BAAF ou biópsia percutânea com agulha grossa – BPAG) (KEMP et al., 2004).

Classificaram-se as mamografias de acordo com as categorias do sistema BI-RADS, conforme resumidos a seguir: 1 – sem achados; 2 – achados benignos; 3 – achados provavelmente benignos; 4 - achados suspeitos; 5 – achados altamente suspeitos; 0 – achados inconclusivos – necessita estudo adicional (KEMP et al., 2004).

Em março de 1999, o Ministério da Saúde recuou nas suas exigências para credenciamento e publicou a Portaria nº 113. Com isso, abre-se a possibilidade de credenciamento de unidades Isoladas de Radioterapia e Quimioterapia, desde que haja algumas pré-condições, tais como: a insuficiência de Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) atestada pelo gestor, cumprimento de normas técnicas mais rígidas e garantias de referências para o atendimento integral dos pacientes (BRITO, 2004, p.18).

Centros de Alta Complexidade em Oncologia I (CACON I) – São hospitais gerais em que se procede ao diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas mais frequentes no Brasil que são as de: pele, mama, colo uterino, pulmão, estômago, intestino, próstata, além dos tumores e da infância e da juventude. Caracterizam-se por disporem de todos os recursos humanos e equipamentos instalados dentro de uma mesma estrutura organizacional e prestarem atendimento ao paciente numa perspectiva

multiprofissional integrada. Podem ter Serviço de Radioterapia próprio (ideal), ou manterem contrato formal com algum outro Serviço. Necessariamente devem possuir as seguintes modalidades assistenciais: diagnóstico, cirurgia oncológica, oncologia clínica, psicologia, serviço social, hemoterapia, pronto atendimento para as emergências oncológicas, nutrição, terapia ocupacional, farmácia, reabilitação e cuidados paliativos. Devem manter intercâmbio técnico-científico com pelo menos um CACON II ou I (BRITO, 2004, p.19).

2.6.1 Tratamento cirúrgico do câncer de mama

O objetivo do tratamento cirúrgico: É promover o controle local, a mutilação mínima e a obtenção de informações a respeito da biologia do tumor e de seu prognóstico, modulando assim o tratamento adjuvante. Em termos de tratamento cirúrgico, as principais opções são: a cirurgia conservadora (quadrantectomia com dissecação axilar), que fornece excelentes resultados para tumores de até três cm de diâmetro ou que preservem a proporção tumor/mama; e a cirurgia radical (mastectomia), indicada, como regra geral, para tumores maiores que três cm de diâmetro (INCA, 2002 p. 47).

Existem 2 tipos de mastectomia radical: A mastectomia radical chamada clássica, onde são retirados os dois músculos peitorais ou a radical modificada em que apenas o músculo peitoral menor é retirado. A dissecação axilar completa faz parte da técnica cirúrgica. Os resultados estéticos da quadrantectomia são bastante bons, enquanto que a mastectomia implica em comprometimento da silhueta do tórax e da auto-imagem da mulher. Por isso, nessas condições, sempre que possível, deve ser feita à reconstrução plástica da mama, que oferece resultados satisfatórios (INCA, 2002 p. 47).

2.6.2 Radioterapia

A radioterapia é um recurso terapêutico largamente utilizado no câncer de mama, que se beneficia da capacidade de penetração da radiação criada pelo bombardeamento de elétrons acelerados, ou raios gama emitido pelo radium ou outro material radioativo, em um alvo, reduzindo e por vezes eliminando o tumor.

A carga tumoricida é de 50 grays, aplicados através de aceleradores lineares e apresentam as seguintes indicações (INCA, 2002, p 53-55):

- esterilizar os focos neoplásicos no parênquima mamário remanescente após as

quadrantectomias;

- bloquear as células neoplásicas porventura presentes em via de drenagem linfática da mama que não foram dissecadas cirurgicamente como, por exemplo, a cadeia mamária interna e, principalmente, nos tumores muito volumosos;
- proteger o leito cirúrgico de recidivas locais.

A radioterapia apresenta frequentemente uma espécie de queimadura da pele sobre a qual foi aplicada, a radioepidermite.

2.6.3 Quimioterapia

A maioria dos casos de câncer de mama são tumores estimulados, no seu crescimento, por hormônios, principalmente os estrogênios. Quando se trata de evitar o aparecimento de metástases depois do tratamento inicial, está se falando da quimioterapia adjuvante ou preventiva. São utilizadas substâncias citotóxicas, eficazes em destruir células cancerosas porque elas interferem, por diferentes mecanismos, na síntese ou função do ácido nucléico. Os esquemas com mais de uma droga (poliquimioterapia) são mais eficazes que os monoterápicos. O resultado final será um aumento significativo do tempo livre de doença e da sobrevivência das mulheres submetidas a esta modalidade terapêutica. Chama-se quimioterapia primária ou neo-adjuvante àquela feita antes da cirurgia, realizada principalmente em tumores grandes, para facilitar o tratamento cirúrgico posterior. Outra forma de quimioterapia é a paliativa, ou seja, aquela usada para o tratamento de metástases (BONADONNA *et al.*, 1997 p.55).

A quimioterapia apresenta alguns sintomas colaterais, em diversos graus de intensidade e de acordo com a droga utilizada. As mais frequentes são a toxicidade gástrica, que se manifesta por náuseas e vômitos, e a queda de cabelo. São circunstâncias transitórias (INCA, 2002 p 55).

Terminado o tratamento quimioterápico e radioterápico, a paciente volta a ser seguida pelo seu médico. Este acompanhamento baseia-se fundamentalmente na anamnese e exame físico a intervalos que variam entre 6 meses e 1 ano. A solicitação de exames específicos como raios X de tórax, ultra-sonografia de abdome, marcadores tumorais, cintilografia óssea, tomografia etc., não devem ser rotineiros. Dependerá de

critério médico, em função de dados clínicos ou de parâmetros próprios de cada caso (INCA, 2002 p. 55).

2.6.4 Hormonioterapia

A maioria dos casos de câncer de mama são de tumores estimulados, no seu crescimento, por hormônios, principalmente os estrogênios. Assim, uma droga eficiente, usada com finalidade adjuvante preventiva ou no tratamento de metástase recém-implantada, é aquela que tem propriedade antiestrogênica. A mais usada nesse sentido é o tamoxifen, um agente competidor pelos receptores estrogênicos que existem na mama e em diversos órgãos. Ele deve ser administrado na dose de 20mg por dia por um período de cinco anos, especialmente em mulheres na pós-menopausa. Outro recurso hormonioterápico são as substâncias inibidoras da enzima aromatase. Essas drogas atuam melhor em mulheres que têm tumores na pós-menopausa e naquelas que responderam bem, mas temporariamente, à terapia hormonal de primeira linha, o tamoxifen (BONADONNA *et al.*, 1997 p.54).

3 – Metodologia

3.1 Classificação da pesquisa

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa de caráter exploratório. Segundo Siqueira (2005), a pesquisa exploratória visa sondar o problema, deixando-o mais explícito. Além disso, ainda segundo a mesma autora, um trabalho é de natureza exploratória quando envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pacientes e profissionais da área e análise de modelos que proporcione a compreensão do assunto.

Em suma, a pesquisa exploratória permite um conhecimento mais completo e mais adequado da realidade. Assim, o alvo é atingido mais eficientemente, com mais consciência. A pesquisa exploratória corresponderia a uma visualização da face oculta da realidade. Esta corresponde ao universo de respostas, desconhecido. Esta face seria iluminada pela pesquisa exploratória. Cumpre ressaltar, finalmente, que a pesquisa exploratória não é uma panacéia e nem apresenta utilização plenamente assegurada (PIOVESAN; TEMPORINI, 1995, p.02).

De acordo com Pope e Mays (2005), é comum definir pesquisa qualitativa como contrária à pesquisa quantitativa. A pesquisa qualitativa geralmente lida com falas ou palavras em vez de números. Porém, isso não significa que seja destituída de mensuração ou que não possa ser usada para explicar fenômenos sociais.

3.2 Estratégia para coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas com um instrumento semi-estruturado. Foi utilizado um roteiro de entrevista como instrumento de coleta de dados. Na elaboração do instrumento foi realizada uma adaptação do proposto e aplicado por: Machado *et al.*, 2009. O instrumento (anexo) continha 10 questões sobre perfil, frequência e prática do auto-exame dividido em uma parte de identificação e outra de dados referentes ao conhecimento sobre o CA de mama. Foi aplicado pela pesquisadora por meio de entrevista com mulheres atendidas no Centro de Saúde nº 03 da Ceilândia-DF.

3.3 Sujeitos da pesquisa

Foram entrevistadas 10 mulheres que utilizaram os serviços oferecidos pelo Centro de Saúde 03-Celândia/DF (CSC 03), no mês de maio e junho de 2010.

3.4 Critérios de inclusão

Foram incluídas na pesquisa as mulheres que utilizaram os serviços de ginecologia do Centro de Saúde 03 de Ceilândia no período pesquisado, que aceitaram participar da pesquisa, assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que tinham idade igual ou superior a 20 anos e que já havia consultado uma ou mais vezes no CSC 03.

3.5 Critério de exclusão

Foram excluídas da pesquisa as mulheres que não utilizaram os serviços de ginecologia do Centro de Saúde 03 de Ceilândia no período pesquisado, que tinham idade igual ou superior a 20 anos e que estava sendo atendida pela primeira vez naquele Centro de Saúde e/ou não aceitaram participar da pesquisa e assinar o TCLE.

3.6 Local

A pesquisa foi realizada na sala da mulher do CSC 03 –Brasília /DF no mês de maio e junho de 2010. O local foi escolhido por ser de fácil acesso e também porque é campo de estágio da Universidade Católica de Brasília (UCB).

3.7 Análise dos dados

Os dados foram tabulados, usando o programa Microsoft Office 2003-2007, a fim de obter a frequência de cada resposta e posteriormente compará-las com o preconizado pela literatura científica referente à temática em questão.

As questões abertas foram agrupadas em quadros de acordo com as semelhanças e diferenças apresentadas durante as respostas.

3.8 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto de pesquisa seguiu as orientações do comitê de Ética em pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciência da Saúde (FEPECS) baseado na resolução CNS nº196/96, que fornece as diretrizes de pesquisa envolvendo seres humanos no

Brasil. Todas as entrevistadas receberam, leram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados foram coletados após a aprovação do comitê de Ética, conforme parecer nº166/10 – CEP/SES.

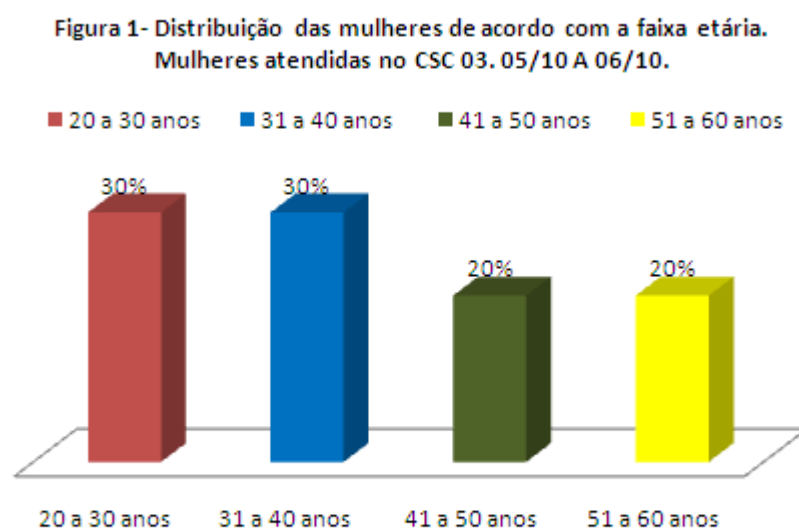
4 Apresentação e discussão dos resultados

4.1 Cenário de estudo

O Centro de saúde n° 03 está localizado na Ceilândia Sul, na QNM 15 área especial D. Possui 2 Clínicos gerais, 3 ginecologistas, 2 pediatras, 4 enfermeiros, 17 técnicos de enfermagem, 7 auxiliares administrativo, 1 agente de assistente social, 2 agentes de portaria 2 assistentes de laboratório 2 dentistas, 2 auxiliar de dentista e 1 técnico de higienização dentária, 1 nutricionista e 1 gerente do posto, totalizando 45 funcionários. Foi fundado no dia 31/03/1981 e atende a uma população aproximada de 5.000 pacientes. Os serviços oferecidos às mulheres, são palestras para o acompanhamento familiar, diabéticas, nutricionista, ginecologista e clínica geral. São atendidas em torno de 2160 por mês, no Centro de Saúde n°03 da Ceilândia.

4.2 Perfil das entrevistadas

Participaram do estudo 10 mulheres que atenderam os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos pela pesquisa. Predominou mulheres na faixa etária dos 20 aos 40 anos, conforme se visualiza na Figura 1.



Quanto a faixa etária, observou-se que 60% das mulheres tinham idade entre 20 a 40 anos, enquanto 40% possuíam idade entre 41 a 60 anos.

Mulheres mais jovens que apresentam nodosidades nas mamas, acham particularmente difícil realizar o auto-exame porque levam mais tempo para diferenciar as nodosidades normais das anormais, pois não sabem se o que estão sentindo se deve à densidade de seu tecido mamário, desta forma preferem procurar a ajuda de um médico capacitado. (Brunner; Suddarth 2006 p. 1535).

Este dado foi confirmado na pesquisa, que relata que as mulheres entre 20 a 40 anos são as que mais procuram a rede de saúde para fazer o auto-exame de mamas, de acordo com a Figura nº1. Segundo Godinho e Koch (2005) p. 170, em sua pesquisa realizada Goiânia e no Rio de Janeiro, as mulheres entre 20 a 39 anos tem hábito de consultar regularmente. De acordo com os dados que coletou 89,6% das mulheres pesquisadas consultavam regularmente com ginecologistas.

4.3 Dados referentes ao conhecimento das mulheres em relação a prevenção do câncer de mama.

a) Quanto ao conhecimento do auto – exame das mamas.

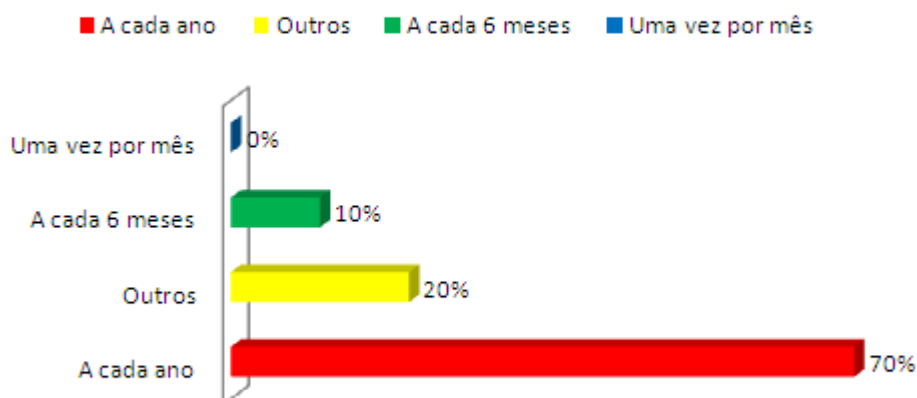
Em relação ao conhecimento das mulheres sobre o auto-exame das mamas, observou-se que a maioria (90%) das mulheres conheciam o auto- exame, enquanto 10 % relataram não conhecer.

Entretanto, embora (90%) conheçam o auto-exame, as entrevistadas disseram que preferem não realizar este exame em suas casas. Somente realizam quando vão para consultas com o ginecologista. Portanto indica que embora saibam como realizar, não praticam o auto-exame.

A prevenção primária e a educação em saúde bem como a divulgação de informações relacionadas ao câncer de mama, tem intenção de promover o diagnóstico precoce do câncer de mama. De acordo com Godinho e Koch (2005) p. 169-173, a conscientização da população sobre o rastreamento do câncer de mama é importante, porém a população confere ao médico o papel de agente disseminador de informações sobre o câncer de mama, corroborando os achados desta pesquisa.

b) Frequência da realização do exame das mamas em consultas ginecológicas.

Figura 2 - Distribuição das mulheres quanto a frequência na realização do exame das mamas, entre as entrevistas no CS n °3 de Ceilândia.



Das 10 mulheres entrevistadas, 07 relataram realizar o exame a cada ano, 01 a cada seis meses, nenhuma realiza o exame mensalmente, e 02 responderam realizar em outros períodos. Depreende-se então que as mulheres entrevistadas não realizam auto-exame, mas submetem-se ao exame durante a consulta para prevenção do cancer de colo uterino.

Mesmo as mulheres que realizam o auto-exame da mama podem retardar a procura por cuidados médicos por causa do medo, fatores econômicos, falta de educação, relutância em agir quando não há dor envolvida, fatores psicológicos e pudor. Porém nesta pesquisa observou-se a falta de conscientização das mulheres sobre a importância do auto-exame das mamas. Esse achado sinaliza a necessidade de instrução e incentivo individual das clientes para aumentar a frequência do auto-exame de mamas.

Observa-se que as entrevistadas tinham conhecimento da prática e importância do auto-exame, porém não realizam em casa, mas apenas em consultas ginecológicas.

c) Quanto ao conhecimento sobre câncer de mama.

Em relação ao conhecimento sobre o câncer de mama, 4 entrevistadas responderam afirmativamente e 6 negativamente. Entre as entrevistadas que afirmaram ter conhecimento sobre o CA de mama, observou-se pouco aprofundamento e informações superficiais, traduzidas nos depoimentos a seguir:

“Relata não ter conhecimento, porém diz saber que o auto-exame é obrigatório para as mulheres acima dos 40 anos.”
(Entrevistada de nº02)

“Relata ter conhecimento sobre o câncer de mama, porém fala que o câncer de mama são nódulos nos seios onde podem ser malignos ou benignos.” (Entrevistada de nº 03)

“Relata ter conhecimento sobre o câncer de mama, entretanto diz que pode ser genético, a falta de informações.” (Entrevistada de nº 7)

“Relata ter conhecimento sobre o câncer de mama, porém relata que sabe sobre o câncer de mama somente o que passa na televisão.” (Entrevistada de nº 8)

É possível afirmar que o pouco conhecimento sobre o CA de mama pode explicar a não realização do auto-exame. Além disso, observou-se que as principais fontes de informações são as campanhas da mídia, principalmente via TV, e o médico durante a consulta ginecológica.

Quando questionadas sobre a frequência com que compareciam a UBS, 3 entrevistadas referiram esporadicamente, 4 referiram ir sempre e 3 às vezes. Em relação à frequência

Segundo Charanek (2004) p. 44 o câncer de mama vem atraindo as atenções do mundo científico, como da população leiga e temerosa de ser atingida. A carência do

cuidar e prevenir coloca em dúvida a participação da equipe de enfermagem, que é considerado um importante veículo de informações, na prevenção. Infelizmente a falta de orientações e informações quanto à doença e sua prevenção são os maiores fatores na incidência do câncer de mama.

d) Quanto ao comparecimento a Unidade de Saúde e a realização de suas atividades.

Em relação à frequência de comparecimento a Unidade de Saúde, das 10 entrevistadas, 03 (30%) disseram comparecer sempre, 04 (40%) às vezes e 03 (30%) esporadicamente.

Quanto à realização de atividades relacionadas à prevenção do câncer de mama, 70% das entrevistadas afirmaram que foram realizadas atividades, enquanto 30% das entrevistadas disseram que não. Quanto ao tipo de atividade realizada em relação à prevenção do câncer de mama, 80% (8) citaram as consultas e 20% (2) palestras.

Em relação à participação das atividades, 70% (07) afirmam que participaram e apenas 30% (3) negaram participação.

Observa-se então que há coerência nas respostas. A maioria das orientações sobre a prevenção do Câncer de mama ocorre nas consultas evidenciando a baixa efetividade das atividades de educação em saúde.

e) Em relação a qual profissional de saúde examinou suas mamas.

Quanto à examinação de suas mamas, 80 % das mulheres relataram que suas mamas foram examinadas em algum momento, enquanto 20 % disseram que não foram examinadas por nenhuma outra consulta por se tratar da primeira vez que elas consultaram com um ginecologista, e outros médicos de outras áreas ou até mesmo algum profissional da saúde. Em relação, ao profissional, 50 % citaram o médico e 30% a enfermagem.

f) Quando questionadas sobre o motivo que as levou a consulta, todas informaram que apenas estavam fazendo procedimento de rotina.

“Relata que está fazendo a consulta para realizar uma prevenção.”(Entrevistada n°1)

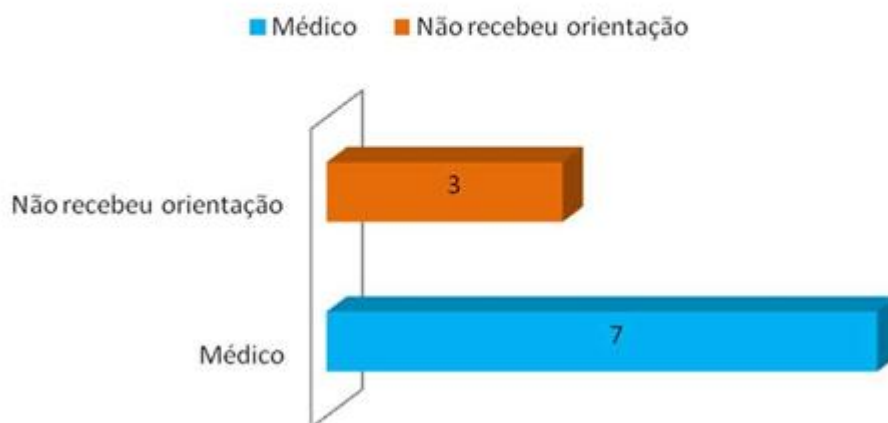
“Relata que está realizando uma consulta de rotina.”
(Entrevistada de n°2)

“Relata que está realizando uma prevenção de rotina.”(Entrevistada de n°5)

“Relata que está realizando uma consulta de rotina.”
(Entrevistada de n°9)

g) Atuação do profissional na prevenção do câncer de mama.

Figura 3 - Distribuição das mulheres em relação a qual profissional lhe orientou sobre a prevenção do câncer de mama. Mulheres atendidas no CSC 03 - 05/10 a 06/10.



Quanto ao profissional que orientou as mulheres, o único citado pelas entrevistadas (70%) foram os médicos, enquanto 30% disseram que não foram orientadas por ninguém.

Embora sete mulheres tenham relatado terem sido orientadas, pode-se observar que um número razoável não recebeu orientação. Também se observou que somente o médico orientava as pacientes em relação ao auto-exame de mamas, em nenhum momento o enfermeiro foi citado.

Estes resultados corroboram com Goudinho e Koch (2005, p.169-173), em cuja pesquisa (89,6%) das mulheres indicou o médico como o profissional que as orientaram.

Charanek (2004) relata a necessidade de se haver um processo educacional dirigido para a população e para os profissionais de saúde, visando, especialmente, uma conscientização de suma importância a prática de propostas educativas que problematizem o câncer de mama entre as mulheres. A educação continuada é indispensável para a capacitação dos profissionais de saúde para exercer de forma satisfatória o papel de educador e cuidador.

h) Quanto à opinião sobre os postos de saúde trabalhar a prevenção e detecção precoce do câncer de mama.

As entrevistadas relatam o seguinte:

Entrevistada 1: “Bom”.

Entrevistada 2: “Ótimo, pois muita gente não conhece o auto exame por falta de orientação.”

Entrevistada 3: “É bom que os postos de saúde que ajudem nessa prevenção diminuindo as mortes causadas pela doença, detectando-a precocemente.”

Entrevistada 4: “Ótimo.”

Entrevistada 5: “Importante.”

Entrevistada 6: “Importante.”

Entrevistada 7: “Seria muito bom, no entanto deveria ter mais profissionais.”

Entrevistada 8: “É muito importante para as pessoas.”

Entrevistada 9: “Importante.”

Entrevistada 10: “Bom.”

Quadro 1 - Opinião sobre a prevenção e a detecção precoce do câncer de mama nos postos de saúde segundo as entrevistadas. Brasília-DF/2010.

Todas as entrevistadas identificaram ser importante o trabalho dos postos de saúde sobre a prevenção e detecção precoce do câncer de mama, porém a entrevistada de nº03 acrescentou que as orientações fornecidas pelos profissionais dos postos de saúde ajudam a prevenir e diminuir as mortes causadas pela doença em questão quando detectando precocemente.

5- CONCLUSÃO

O objetivo geral, visava investigar a atitude e a prática do auto-exame das mamas entre usuárias do Centro de Saúde nº03 da Ceilândia-DF. Observou-se que as entrevistadas apresentavam pouco conhecimento sobre o auto-exame das mamas, porém recebiam explicações em consultas de rotinas e pelas campanhas publicitárias exibidas pela mídia, especificamente a televisão. Quase todas as entrevistadas tinham conhecimento sobre o auto-exame das mamas, apenas 1 relatou não ter conhecimento. Porém todas relataram se submeterem ao exame, durante a consulta, para prevenção do câncer de colo uterino.

A maioria das entrevistadas afirmou realizar o auto-exame de mama nas consultas ginecológicas com a periodicidade anual.

E de suma importância que se coloque em prática propostas educativas, que problematizem o câncer de mama entre as mulheres, principalmente para que os serviços de saúde facilitem o acesso e disponibilizem métodos, técnicas e profissionais que orientem a população quanto ao diagnóstico precoce. A educação continuada é indispensável para a capacitação dos profissionais de saúde para exercer de forma satisfatória o papel de educador e cuidador.

O profissional mais procurado foi o médico como informante contra o câncer de mama e como educador para o auto-exame de mamas.

Mesmo as mulheres que realizam o auto-exame da mama podem retardar a procura por cuidados médicos por causa do medo, fatores econômicos, falta de educação, relutância em agir quando não há dor envolvida, fatores psicológicos e pudor. Porém nesta pesquisa observou-se a falta de conscientização das mulheres sobre o auto-exame das mamas, sinalizando para a necessidade de uma sessão de ensino individual com a paciente para aumentar a frequência do auto-exame de mamas.

Neste sentido recomenda que:

- Os profissionais de saúde retomam práticas de educação em saúde que problematize e informe-se sobre o CA de mama.
- Os profissionais de saúde no momento da consulta ensinem a prática do AEM.
- Que as mulheres pratiquem o auto-exame das mamas para prevenir o diagnóstico tardio de CA de mama.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARE. B. G. E SMELTZER. S.C.BRUNNER; SUDDARTH. **Tratado de enfermagem Médico-Cirúrgica** 10ª edição ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

BRASIL. INCA/ Ações de enfermagem no controle do câncer. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2002. p. 55-81. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/enfermagem>> Acesso em: 02/03/2010 às 16h18min. // 09/03/2010 às 12h52min

BATISTON, A.; TAMAKI, E.; dos Santos, M.; CAZOLA, L. Método de Detecção do Câncer de Mama e Suas Implicações. **Cogitare Enfermagem**, América do Sul, v.14 30 de abril de 2009. Disponível em: <<http://www.cogitare/article/view/14103/9487>>. Acesso em: 03/03/2010 às 15:20.

BONADONNA, G, HORTOBAGYI, G, GIANNI, A. Textbook of breast cancer. A Clinical guide to therapy / editora: Mosby. Falando sobre o câncer de mama/ p. 55 1997. Disponível em: <www.biologaiinterativa.files.wordpress.com/2009>. Acesso em: 02/04/2010 às 19:34.

BRASIL. INCA./ Controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. Ed. Rio de Janeiro: INCA,1999.304P. Disponível em: <www.falando cancer de mama.mht> acesso em: 09/03/10 as 12:46.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Instituto Nacional de Câncer. 2001 – Rio de Janeiro: **MS/INCA, 2002** Disponível em: <www.Falando Cancer de Mama. mht>. Acesso em: 09/03/2010 as 11:01.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Parâmetros para o rastreamento do câncer de mama:** recomendações para gestores estaduais e municipais. Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2009.13 p. il. tab. ISBN 978-85-7318-153-1 (versão eletrônica).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Vigilância do câncer ocupacional e ambiental**. Rio de Janeiro: INCA, 2005. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/vigilanciadocancerocupacional.pdf>. Acesso em 02/03/2010. às 09:27

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância – (Conprev) **Falando sobre câncer de mama**. – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002. Disponível em:

<http://www.saude.pb.gov.br/web_data/saude/cancer/aula11.pdf>. Acesso em: 02/03/2010 às 13h51min.

BRITO, Cláudia. Avaliação do Tratamento à Paciente com Câncer de Mama nas Unidades oncológicas do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro. Tese (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

Avaliação do **tratamento** à paciente com câncer de **mama** nas unidades oncológicas do sistema único de saúde no estado do Rio de Janeiro. Disponível em:

<http://74.125.155.132/scholar?q=cache:LNrgG9wU6poJ:scholar.google.com/+custos+do+tratamento+de+cancer+de+mama&hl=pt-BR&as_sdt=2000>, Acesso em: 12/03/2010 às 10h27min.

CINTRA, Jane Rocha Duarte; GUERRA, Maximiliano Ribeiro; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, Maria Teresa. Sobrevida específica de pacientes com câncer de mama não-metastático submetidas à quimioterapia adjuvante. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 54, n.4, Aug. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em 04/03/2010 as 09h39min.

CHARANEK. VM, TOCCI HÁ. O papel do enfermeiro na prevenção do câncer de mama. **Ver, Enfermagem UNISA** p.41-4, 2004. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2004-09.pdf> > Acesso em 21/09/2010 às 09h01min.

GINECOLOGIA, Luiz Carlos, Viana et al., Rio de Janeiro. Editora Medsi, 1998

GONCALVES, Suy-Mey C. de Mendonça; DIAS, Mardonio Rique. A prática do auto-exame da mama em mulheres de baixa renda: um estudo de crenças. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 4, n. 1, June 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 03/03/2010 as 11:21.

GEOVANINI, Telma; ALMEIDA, Maria Filomena Pereira Vancellote
Enfermagem: Dicionário de termos. São Paulo: Editora Escolar, 2006.

IMUNOLOGIA CELULAR E MOLECULAR. Abbas, Abul K.; Lichtman, Andrew H.; Pillai, Shior.// Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 1994

KEMP, Claudio et al., Estimativa de custo do rastreamento mamográfico em mulheres no climatério. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, July 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 20/03/2010 às 10h23min.

MACHADO, Flávia Santos; PINHO, Iani Guimarães; LEITE, Celina de Vasconcelos. A prevenção do câncer de mama pela atenção primária sob a ótica de mulheres com esta patologia. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v2_2/Iani_Flavia_e_Celina.pdf>. Acesso em: 04/03/2010 as 11:05.

MAMA TRATAMENTO COMPREENSIVO DAS DOENÇAS BENIGNAS E MALIGNAS. Kirby I. Bland, M.D. e Edward M. Copeland III, M. D.A / São Paulo: Editora Manole LTDA 1994.

MEDCENTER, MESDSCAPE 2010 Fisiopatologia: p.01
<<http://www.medcenter.com/Medscape/content.aspx?bpid=81&id=9102>>.
Acesso em 02/03/2010 às 18h04min.

MONTEIRO, Ana Paula de Sousa et al., Auto-exame das mamas: frequência do conhecimento, prática e fatores associados. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, Apr. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 11/03/2010. às 00h43min.

NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA:** Definições e classificação 2007-2008/North American Nursing Diagnosis Association; Tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2008.

PAULINELLI, Régis Resende et al., A situação do câncer de mama em Goiás, no Brasil e no mundo: tendências atuais para a incidência e a mortalidade. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 3, n. 1, Mar. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em 10/03/2010 às 01h02min.

PIOVESAN, Armando e TEMPORINI, Edméa Rita. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev. Saúde Pública** [online]. 1995, vol.29, n.4, p. 318-325. Acesso em: 28/03/2010 às 20h 55 min.

SÍNDROMES CLIMATÉRICAS, Nelson Augusto Pedral, Sampaio et al., São Paulo. Série pós-graduação em ginecologia. Editora Attheneu, 1999

TIEZZI, Daniel Guimarães et al. Cistoadenocarcinoma mucinoso de baixo potencial de malignidade em coexistência com teratoma cístico maduro do ovário: relato de caso. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, Sept. 2003 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 03/03/2010 às 14:51.

WARD, Laura Sterian. Entendendo o Processo Molecular da Tumorigênese. Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo, v. 46, n. 4, Aug. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 02/04/2010 às 19h59min.

TRATADO DE GINECOLOGIA DA FEBRASGO. Hildoberto Carneiro de Oliveira e Ivan Lemgruber. Rio de Janeiro. Editora: Revinter LTDA. Volume I e II 2001.

7. APÊNDICE

7.1 UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA – CURSO DE ENFERMAGEM

Aluna: Alessandra dos Anjos Gomes da Silva

Professora Orientadora: Leila

Objetivos: roteiro de entrevista.

Solicitamos sua colaboração respondendo as perguntas seguintes.

1) Idade: _____

2) Você conhece o auto-exame das mamas?

Sim Não

3) Com qual frequência você faz este exame nas suas mamas?

Uma vez por mês A cada ano

A cada seis meses Outros _____

4) Você tem algum conhecimento sobre o câncer de mama?

Não Sim.

4.1) Até então, o que você sabe.

4.2) Quem lhe deu e onde conseguiu estas informações?

5) Com qual frequência você compareceu a Unidade Básica de Saúde da sua cidade ou bairro?

Sempre Às vezes Esporadicamente

6) Nas vezes que você frequentou a Unidade Básica de Saúde, foi realizada alguma atividade relacionada à prevenção do Câncer de Mama?

Sim

Não

6.1) Se sim quais atividades

Consultas Palestras Outros _____

6.2) Você participou?

Sim

Não. Por quê? _____

7) Algum profissional da saúde da UBS em algum momento examinou suas mamas?

() Sim

() Não

7.1) Qual profissional?

8) Qual foi o motivo da consulta?

9) Qual profissional lhe orientou a respeito da prevenção desta doença?

10) Qual é a sua opinião sobre os postos de saúde trabalhar a prevenção e detecção precoce do câncer de mama.

7.2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

O (a) Senhor (a) está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada “Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas entre mulheres atendidas em Centro de Saúde da Ceilândia-DF, ” onde sua participação será por meio de entrevista. A pesquisa tem como objetivo levantar a frequência de mulheres atendidas no Centro de Saúde nº 03 da Ceilândia, que realizam o auto-exame de mama, a periodicidade, as dúvidas mais frequentes e a técnica usada. Sua participação será por meio da concessão de entrevista, com a duração de no máximo 20 minutos, respondendo questões sobre dados pessoais, socioeconômicos e auto-cuidado. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do DF – SES/DF que fica no seguinte endereço SMHN- Q. 03 conjunto A bloco 1 Brasília DF Cep. 70.710-907 e lhe garantimos os direitos abaixo relacionados:

- 1) Solicitar, a qualquer momento, maiores esclarecimentos sobre esta pesquisa, através dos telefones: - CEP/SES/DF Telefone: (061) 33254955; Leila Gottens: (061)-3614617 ou 8417-5175; Alessandra dos Anjos Gomes da Silva: (061) 9832-4500/3338-6373.
- 2) Segredo absoluto sobre nomes, local de trabalho, residência e quaisquer outras informações que possam levar à identificação pessoal e da instituição a qual pertence;
- 3) Ampla possibilidade de negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julgar prejudicial à sua integridade física, moral e social;
- 4) Solicitar que parte das falas e/ou declarações não seja incluída em nenhum documento oficial, o que será prontamente atendido;
- 5) Desistir, a qualquer tempo, de participar da pesquisa que não haverá qualquer prejuízo.

Os resultados da pesquisa serão publicados em revistas científicas, apresentados em eventos científicos e para equipes técnicas e de gestores da SES-DF para que possam ser utilizados no planejamento e organização do atendimento. Uma cópia deste termo permanecerá com o Sr(a) e a outra ficará arquivada, juntamente com os demais documentos da pesquisa, com o pesquisador responsável na sala 113, Bloco S, Direção do Curso de Enfermagem, Universidade Católica de Brasília – Campus I, Q.S 07 lote 01, EPCT – Águas Claras, Taguatinga/DF.

Brasília-DF, _____ de _____ 2010.

Participante: _____

Assinatura do pesquisador responsável:

Prof. Dr.. Leila Gottens

8. ANEXOS

8.1 - ANEXO A

Centro universitário do Leste de Minas Gerais
Diretoria de Ciências da Saúde – Curso de Enfermagem
Alunas: Flávia Santos Machado;
Iani Guimarães de Pinho
Professora e Orientadora: Celina de Vasconcelos Leite

Questionário n°

O presente questionário será utilizado como instrumento para elaboração do trabalho de Conclusão de Enfermagem do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais UNILESTEMG. Sua participação é voluntária sendo mantido total anonimato. Solicitamos sua colaboração respondendo as perguntas seguintes.

1) Iniciais da entrevista: _____

2) Idade: _____

3) Você conhece o auto-exame das mamas?

Sim Não

3.1) Com qual frequência você fazia este exame nas suas mamas?

Uma vez por mês A cada ano

A cada seis meses Outros _____

4) Antes da descoberta desta doença, você tinha algum conhecimento sobre ela?

Não Sim. Até então, o que sabia quem lhe deu e onde conseguiu estas informações? _____

5) Com qual frequência você comparecia a Unidade Básica de Saúde da sua cidade ou bairro?

Sempre Às vezes Esporadicamente

6) Que você tenha conhecimento, foi realizado na Unidade de Saúde atividades relacionadas à prevenção do Câncer de mama?

Sim Consultas Palestras Outros

Não

6.1) Você participou ?

Sim

Não. Por que?

7) Algum profissional da saúde da USB em algum momento examinou suas mamas?

Sim, qual profissional e qual foi o motivo da consulta?

Não

8) Qual profissional lhe orientou a respeito da prevenção desta doença?

9) Qual é a sua opinião sobre os postos de saúde trabalharem a prevenção e detecção precoce do câncer de mama?

8.2 - ANEXO B



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER Nº 219/2010

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 166/10 – Conhecimento, atitude e prática do auto exame das mamas entre mulheres atendidas em Centro de Saúde – 03 da Ceilândia-DF.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 05/07/2012

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 05 de julho de 2010.

Atenciosamente.

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

Ângela Maria/CEP/SES-DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
Comitê de Ética em Pesquisa
Fone: 325-4955 - Fone/Fax: 326-0119 - e-mail: cepesdf@saude.df.gov.br
SMHN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP: 70.710-904
BRASÍLIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE