

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

JÉSSICA CARVALHO DE MATOS

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DO
CÂNCER DE MAMA EM MARINGÁ - PR

MARINGÁ
2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

JÉSSICA CARVALHO DE MATOS

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DO
CÂNCER DE MAMA NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ - PR

Dissertação apresentada ao Mestrado de
Enfermagem da Universidade Estadual de
Maringá, como requisito para obtenção do
título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Sandra Marisa Pelloso

MARINGÁ
2008

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR., Brasil)

M432 Matos, Jéssica Carvalho de
Prevalência e fatores associados à prevenção secundária do
câncer de mama em Maringá - PR / Jéssica Carvalho de Matos.
-- Maringá : [s.n.], 2008.
119 f.

Orientador : Prof.^a Dr^a. Sandra Marisa Pelloso.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de
Maringá, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2008.

1. Câncer de mama. 2. Prevenção de câncer de mama. 3.
Prevenção secundária. 4. Prevenção de câncer de mama -
Fatores associados. 5. Saúde da mulher. I. Universidade
Estadual de Maringá. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem. II. Título.

CDD 21.ed. 616.99449

JÉSSICA CARVALHO DE MATOS

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DO
CÂNCER DE MAMA EM MARINGÁ - PR

Dissertação apresentada ao Mestrado em
Enfermagem da Universidade Estadual de
Maringá, como parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.

Aprovado em 19/12/2008

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Sandra Marisa Pelloso - Universidade Estadual de Maringá

Prof^a. Dr^a. Janine Schirmer – Universidade Federal de São Paulo

Prof^a. Dr^a. Maria Dalva de Barros Carvalho - Universidade Estadual de Maringá

Dedico este trabalho a minha mãe Solange por todo amor incondicional, paciência, perseverança, incentivo, carinho e principalmente por ser a pessoa que é. Nunca chegaria até aqui sem a sua ajuda e mesmo com toda essa distância física sempre estive muito presente em todas as etapas da minha vida. Um exemplo de bondade e de caráter que levarei por toda minha vida.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Sandra, pela orientação na elaboração deste trabalho, pelo incentivo, confiança e amizade nesse período de convivência.

“Que ninguém se engane, só se consegue a simplicidade através de muito trabalho” (Clarice Lispector).

A minha tia, Dalvinha, por seus inúmeros conselhos, não só profissionais mas pessoais também, pelos conhecimentos transmitidos e pela confiança depositada. Sua companhia é sempre muito prazerosa.

“Sabemos dizer o que sabemos sentir” (Miguel de Cervantes).

As amigas, Geisa, que passou por esse processo junto comigo e que sabe o quanto foi difícil, e Bárbara, pelas caronas na madrugada até o trevo de Loanda, nunca se negou a ajudar. Agradeço as duas pela amizade, companheirismo e paciência em todos os momentos. Praticamente minhas irmãs.

“Eu quero uma casa no campo, do tamanho ideal, pau-a-pique e sapê, onde eu possa plantar meus amigos, meus discos e livros, e nada mais” (Zé Rodrix e Tavito).

Ao meu namorado, Thiago, pela colaboração no trabalho, direta e indiretamente, e por cada dia me fazer uma pessoa melhor e mais feliz. Certamente o seu olhar melhora o meu.

“Você me faz parecer menos só, menos sozinho, você me faz parecer menos pó, menos pózinho, quando você diz o que ninguém diz, quando você quer o que ninguém quis... quando você faz a minha carne triste quase feliz” (Zeca baleiro).

As meninas que moram comigo, Ana e Geleys, a menina do nome difícil, que me escutaram inúmeras vezes falar do meu trabalho, estudos e relacionamentos. Enfim, de todos os meus sonhos. E olha que eu falo bastante.

“Sim, sou um sonhador. Sonhador é quem consegue encontrar o próprio caminho ao luar e, como punição, vê o alvorecer antes do resto do mundo” (Oscar Wilde).

A toda minha família que está em Sorocaba, pai, avós, irmão e tios. Sempre que eu ficava triste e desanimada pensava em todos e em como se orgulham do que sou.

“A saudade é a nossa alma dizendo para onde ela quer voltar” (Rubem Alves).

Aos amigos de Maringá, em especial Degan, Marcelle, Joicy, Mary, Janaína e Fernando, que acabam se tornando família quando estamos longe da nossa terra e das pessoas que amamos.

“Não sei... se a vida é curta ou longa demais para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas” (Cora Coralina).

A minha mãe, sempre disposta a me apoiar e que sempre foi o colo quando estava cansada e desanimada. Sempre possui uma palavra de incentivo.

“Nunca julgamos aqueles a quem amamos” (Jean-Paul Sartre).

A todas as mulheres que participaram da minha pesquisa, meu afeto e minha eterna gratidão.

“Não se nasce mulher: torna-se” (Simone de Beauvoir).

A Vanessa, que participou do projeto, e que sem seu auxílio nunca teria conseguido entrevistar todas as mulheres. Mesmo doente e em dias chuvosos nunca abandonou seu compromisso comigo. Meus sinceros agradecimentos.

Ao Prof. José Gonçalves Vicente pelo auxílio estatístico do trabalho, sempre muito atencioso e prestativo.

Ao Dr. Marcelo Leal Scowitz que sempre se disponibilizou a ajudar e pela atenção e conselhos oferecidos.

A nossa crença na realidade da vida e na realidade do mundo não são, com efeito, a mesma coisa.

A segunda provém basicamente da permanência e da durabilidade do mundo, bem superiores às da vida mortal. Se o homem soubesse que o mundo acabaria quando ele morresse, ou logo depois, esse mundo perderia toda a sua realidade, como a perdeu para os antigos cristãos, na medida em que estes estavam convencidos de que as suas expectativas escatológicas seriam imediatamente realizadas.

A confiança na realidade da vida, pelo contrário, depende quase exclusivamente da intensidade com que a vida é experimentada, do impacto com que ela se faz sentir.

(Hannah Arendt)

RESUMO

MATOS, J. C. Prevalência e fatores associados à prevenção secundária do câncer de mama em Maringá – PR. 2008. 119 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, 2008.

As neoplasias destacam-se como uma das principais causas de morbidade e mortalidade na população mundial e entre as mulheres destaca-se como preocupação premente o câncer de mama. Estima-se que por ano ocorram mais de 1.050.000 casos novos de câncer de mama em todo o mundo e a estimativa para 2009 no Brasil refere que ocorrerão 49.400 mil casos novos de câncer de mama (50,71/100.000). O objetivo deste estudo foi analisar a realização de ações de prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados entre mulheres de 40 a 69 anos do município de Maringá-PR. Foi realizado um estudo analítico, exploratório de corte transversal tipo inquérito populacional domiciliar no município de Maringá, PR. A amostra constitui-se de 429 mulheres na faixa etária de 40 a 69 anos. A amostragem foi aleatória estratificada onde todos os bairros, jardins e zonas foram geograficamente colocados em cinco estratos. De cada estrato foi selecionada uma amostra aleatória simples proporcional ao número de mulheres residentes em cada um desses estratos. Os dados foram coletados por entrevistas domiciliares, com questionário estruturado e pré-testado. Os dados foram analisados por meio do programa SPSS. Foi realizada a análise bivariada e a análise múltipla. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UEM. A população estudada constitui-se de 439 mulheres entre 40 e 69 anos, 45,8% na faixa etária de 40 a 50 anos, 29,6% entre 51 e 60 e 24,6% entre 61 e 69. A raça predominante foi a branca e a classe econômica mais prevalente foi classificada como C. 33,9% possuíam somente o primário completo e somente 7,7% das mulheres possuíam superior completo. A maioria (76,1%) relataram nunca terem feito uso de bebida alcoólica e apenas 13% das mulheres referiram fazer uso de cigarro. 62% já fizeram uso de contraceptivo oral. A maior parte das mulheres entrevistadas foram classificadas como sobrepeso. A média de idade em que as mulheres entraram na menopausa foi de 47 anos. Somente 6,1% possuíam histórico de câncer de mama. 69,2% nunca fizeram uso de terapia de reposição hormonal. A prevalência do hábito de realizar o AEM encontrada foi de 64,5% e do ECM na última consulta ginecológica foi de 71,5%. Quanto à prevalência de mamografia 79% relataram já terem realizado esse exame. Os fatores associados à realização do AEM foi a classe social, escolaridade, idade da menarca e realização de tratamento para menopausa. As variáveis associadas à realização do ECM são: classe econômica, escolaridade, idade da menarca e realização de tratamento para menopausa. Os fatores faixa etária, raça/cor, classe econômica, religião, idade da menarca, idade da menopausa, número de gestações e realização de tratamento para menopausa são fatores que estão associados à realização da mamografia. A associação entre o nível sócio-econômico e a realização de condutas preventivas está diretamente proporcional, ou seja, quanto maior o nível sócio-econômico maior o número de consultas realizadas e conseqüentemente mais exames realizados e oportunidade de diagnóstico precoce. Percebe-se uma desigualdade na atenção à saúde e falta de integralidade na assistência à mulher. Essa deficiência no sistema de saúde pode resultar numa iniquidade em relação às ações de prevenção do câncer de mama, diminuir as chances de um diagnóstico precoce e de um tratamento eficaz e conseqüentemente aumentar o número de mortes por câncer de mama.

Palavras-chave: Prevenção de câncer de mama. Neoplasias mamárias. Saúde da mulher. Diagnóstico precoce.

ABSTRACT

MATOS, J. C. **Breast cancer's prevalence and secondary prevention related factors in Maringá – Paraná State, Brazil.** 2008. 119 f. Dissertation (Master's degree) – Nursing Department, State University of Maringá, 2008.

Neoplasms are one of the main causes of morbidity and mortality in world population and among women breast cancer is one of that generates more concerns. The statistics estimates by year more than 1.050.000 new cases of breast cancer all over the world and the projection to 2009 in Brazil estimates 49.400 thousand new cases (50,71/100.000). The aim of this study was to make an analysis of the secondary prevention actions of breast cancer and related factors among women aged between 40 and 69 years old in the city of Maringá, Paraná State, Brazil. It was made an analytical, exploratory and transversal study as population investigation in domiciles in the city of Maringá, Paraná State, Brazil. The sample was composed by 429 women aged between 40 and 69 years old. The sampling stratified and randomized was distributed in four strata, representing geographically the position of the incidence. From each stratus was selected a simple and randomized sample proportional to the number of women who were living in each stratus. The data were collected by domiciliary interviews using a structured and previously tested questionnaire. The data were analyzed by using the SPSS software. It was made a bivariate analysis and a multiple analysis. The project was approved by the Ethics Committee at UEM. The studied population was constituted by 439 women aged between 40 and 69 years, 45,8% among 40 to 50 years, 29,6% between 51 and 60 and 24,6% between 61 and 69 years old. The predominant ethnical group was Caucasian and the most prevalent economical status was classified as C. About 33,9% made only elementary school and only 7,7% of women made full higher education studies. The majority (76,1%) of them related no use of alcoholic drinks and only 13% of women referred to smoke habits. About 62% already used contraception pills. The majority of women interviewed were classified as overweighted; the women who experienced menopause were averaged in 47 years. Only 6,1% presented breast cancer history, 69,2% never made use of hormone reposition therapy. The prevalence of routine habits to make the BSE (Breast Self-exam) of 64,5% and BCE (Breast Clinical Exam) in the last gynecological visit was of 71,5%. The prevalence of mammography revealed 79% of women who made it. The related factors to the BSE making was the social status, school background, age, menarche and the treatment of menopause. The associated variables to make BSE were: social status, scholarship, age of menarche and treatment of menopause. The following factors as age, ethnic condition, economical status, religion, age of menarche, age of menopause, number of pregnancies and treatment of menopause were associated to the mammography routine habit. The association between social and economical level and the conduct preventive habits is directly proportional that means, higher the social and economical level will be higher the number of visits made and consequently more exams requested and greater the chances to the early diagnostic. It was attested an imbalance in health attention and a lack of integrality in women assistance. This deficiency in Health System may result an inequity related to the prevention actions of breast cancer, reducing the chances of an early diagnostic and an effective treatment, consequently increasing the number of deaths by breast cancer.

Keywords: Breast cancer prevention. Breast neoplasms. Women's health. Early diagnosis.

RESUMEN

MATOS, J.C. Prevalencia y factores asociados a las conductas de prevención secundaria del cáncer de mamas en La ciudad de Maringá – Paraná, Brasil. 2008. 119 f. Disertación (Maestrazgo) – Departamento de Enfermería, Universidad Estadual de Maringá, 2008.

Las neoplasias están entre las principales causas de la morbilidad y mortalidad en la población mundial y, entre las mujeres es el cáncer de las mamas que más se las traen preocupaciones. Las estimativas son que por año ocurran más de 1.050.000 casos nuevos del cáncer de mamas en todo el mundo y para 2009 en Brasil las estimativas refieren que ocurrirán 49.400 miles casos nuevos del cáncer de mamas (50,71/100.000). El objetivo de ese estudio fue hacer un análisis de la realización de las acciones de prevención secundaria del cáncer de mamas y factores asociados en mujeres entre los 40 hasta los 69 años de la ciudad de Maringá-PR, Brasil. Fue hecho un estudio analítico, exploratorio de corte transversal tipo cuestionamiento de población domiciliar en la ciudad de Maringá, PR, Brasil. La muestra constituyó de 429 mujeres con edades entre los 40 hasta los 69 años. La muestra fue aleatoria, en cinco estratos geográficamente distribuidos. De cada estrato fue seleccionada una muestra aleatoria simple proporcional al número de mujeres residentes en cada estrato. Los datos fueron colectados por medio de entrevistas domiciliarias, con cuestionario estructurado y testado anteriormente. Los datos recibieron el análisis del programa SPSS. Fue hecho el análisis bivariado y múltiplo. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la UEM. La población constituyese de 439 mujeres entre los 40 hasta los 69 años. Los 45,8% entre las edades de los 40 hasta los 50 años, los 29,6% entre los 51 hasta 60 años y los 24,6% entre los 61 hasta los 69 años. La etnia predominante fue la raza blanca y la clase económica más prevalente fue clasificada como la C. Los 33,9% tenían solo el primero grado de estudios completo y solo los 7,7% de las mujeres tenían el curso superior completo. La mayoría (76,1%) no utilizaron bebidas alcohólicas y solo los 13% de ellas refirieron el uso de cigarrillos. Los 62% utilizaron contraceptivo oral. La mayor parte de las mujeres entrevistadas fueron clasificadas como en el sobrepeso. La media de edad en que las mujeres empezaron la menopausia fue de los 47 años. Solo los 6,1% tenían historia del cáncer de las mamas. Los 69,2% no hicieron terapia de reposición hormonal. La prevalencia del hábito de realizar el AEM (auto examen de las mamas) encontrada fue de 64,5% y del ECM (examen clínico de las mamas) en la última consulta ginecológica fue de 71,5%. En cuanto a la prevalencia de la mamografía, los 79% refirieron ya tener hecho ese examen. Los factores asociados a la realización del AEM fue la clase social, instrucción, edad de la menarca y tratamiento de la menopausia. Las variables asociadas al ECM son: clase económica, instrucción, edad de la menarca y tratamiento de la menopausia. Los factores edad, raza, clase económica, religión, edad de la menarca, edad de la menopausia, número de embarazos y tratamiento de la menopausia son factores asociados a la mamografía. La asociación entre el nivel socio-económico y la realización de las conductas de prevención está directamente proporcional, o sea, cuanto mayor el nivel socio-económico mayor será el número de consultas hechas y consecuentemente más exámenes hechos y oportunidad del diagnóstico temprano. Hay una desigualdad en la atención a la salud y haz falta la integralidad en la asistencia a la mujer. La deficiencia en el sistema de salud puede resultar en una iniquidad en relación a las acciones de prevención del cáncer de mamas, disminuyendo las oportunidades del

diagnóstico temprano y del tratamiento eficaz y consecuentemente aumentando el número de muertes por el cáncer de mamas.

Palabras-clave: Prevención del cáncer de mamas. Neoplasias de mamas. Salud de la mujer. Diagnóstico temprano.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição percentual das entrevistadas segundo variáveis sócio-demográficas. Maringá – PR, 2008.....	38
Tabela 2	Distribuição percentual das entrevistadas segundo utilização de contraceptivo oral, uso de álcool e cigarro. Maringá – PR, 2008.....	40
Tabela 3	Distribuição percentual das entrevistadas segundo Índice de Massa Corpórea. Maringá – PR, 2008.....	41
Tabela 4	Distribuição percentual das entrevistadas segundo número de gestações, idade em que teve o primeiro filho e amamentação considerando o período. Maringá – PR, 2008.....	42
Tabela 5	Distribuição percentual das entrevistadas segundo número de consultas ginecológicas realizadas no último ano e o local da realização. Maringá – PR, 2008.....	43
Tabela 6	Distribuição percentual das entrevistadas segundo idade da menarca e da menopausa. Maringá – PR, 2008.....	44
Tabela 7	Distribuição percentual das entrevistadas segundo histórico familiar de câncer de mama considerando o grau de parentesco. Maringá – PR, 2008.....	44
Tabela 8	Distribuição percentual das entrevistadas segundo o histórico pessoal de câncer de mama e sua descoberta, histórico pessoal de doença benigna da mama e se já realizou alguma vez na vida biópsia e o resultado deste exame. Maringá – PR, 2008.....	45
Tabela 9	Distribuição percentual das entrevistadas segundo utilização de terapia de reposição hormonal considerando idade em que iniciou o tratamento e tempo de utilização. Maringá – PR, 2008.....	46
Tabela 10	Distribuição percentual das entrevistadas segundo realização do AEM, número de vezes, se houve orientação quanto à realização do AEM na consulta ginecológica, realização do ECM e mamografia e o tempo de sua realização. Maringá – PR, 2008.....	47
Tabela 11	Distribuição percentual da relação entre a faixa etária das entrevistadas e se possui o hábito de examinar suas mamas em casa. Maringá – PR, 2008.....	48

Tabela 12	Distribuição percentual da relação entre a raça da entrevistada e se possui o hábito de examinar as mamas em casa. Maringá – PR, 2008.....	49
Tabela 13	Distribuição percentual da relação entre a classe econômica da entrevistada e se possui o hábito de examinar suas mamas em casa. Maringá – PR, 2008.....	50
Tabela 14	Distribuição percentual da relação entre o uso de bebida alcoólica e se possui o hábito de examinar as mamas em casa. Maringá – PR, 2008.....	52
Tabela 15	Distribuição percentual da relação entre a utilização de terapia de reposição hormonal e o hábito de examinar as mamas em casa. Maringá – PR, 2008.....	54
Tabela 16	Distribuição percentual da relação entre a faixa etária das entrevistadas e se na última consulta ginecológica o médico ou a enfermeira examinou suas mamas. Maringá – PR, 2008.....	56
Tabela 17	Distribuição percentual da relação entre a classe econômica da entrevistada e se na última consulta ginecológica o médico ou a enfermeira examinaram suas mamas. Maringá – PR, 2008.....	57
Tabela 18	Distribuição percentual da relação entre o grau de instrução das entrevistadas e se na última consulta ginecológica o médico ou a enfermeira realizou o exame clínico das mamas. Maringá – PR, 2008.....	59
Tabela 19	Distribuição percentual da relação entre o a idade da menarca e realização de exame clínico das mamas na última consulta ginecológica. Maringá – PR, 2008.....	61
Tabela 20	Distribuição percentual da relação entre o tratamento para menopausa e realização de exame clínico das mamas na última consulta ginecológica. Maringá – PR, 2008.....	62
Tabela 21	Distribuição percentual da relação entre a faixa etária das entrevistadas e se já realizou mamografia alguma vez na vida. Maringá – PR, 2008.....	64

Tabela 22	Distribuição percentual da relação entre a raça da entrevistada e se já realizou mamografia alguma vez na vida. Maringá – PR, 2008.....	65
Tabela 23	Distribuição percentual da relação entre a classe econômica da entrevistada e se já realizou mamografia alguma vez na vida. Maringá – PR, 2008.....	67
Tabela 24	Distribuição percentual da relação entre a religião da entrevistada e se já realizou mamografia alguma vez na vida. Maringá – PR, 2008.....	69
Tabela 25	Distribuição percentual da relação entre a idade da menarca e se já realizou mamografia alguma vez na vida. Maringá – PR, 2008....	70
Tabela 26	Distribuição percentual da relação entre a idade da menopausa e se já realizou mamografia alguma vez na vida. Maringá – PR, 2008.....	71
Tabela 27	Distribuição percentual da relação entre o número de gestações e se já realizou mamografia alguma vez na vida. Maringá – PR, 2008.....	73
Tabela 28	Distribuição percentual da relação entre a realização de tratamento para menopausa e se já realizou mamografia alguma vez na vida. Maringá – PR, 2008.....	75
Tabela 29	Distribuição percentual da relação entre a realização do exame clínico das mamas e do AEM. Maringá – PR, 2008.....	77
Tabela 30	Distribuição percentual da relação entre a realização do exame clínico das mamas e a realização da mamografia. Maringá – PR, 2008.....	78

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Relação entre a raça da entrevistada e se possui o hábito de examinar as mamas em casa. Maringá – PR, 2008.....	50
Figura 2	Relação entre a classe econômica da entrevistada e se possui o hábito de examinar suas mamas em casa. Maringá – PR, 2008....	51
Figura 3	Relação entre o uso de bebida alcoólica e se possui o hábito de examinar as mamas em casa. Maringá – PR, 2008.....	53
Figura 4	Relação entre a utilização de terapia de reposição hormonal e o hábito de examinar as mamas em casa. Maringá – PR, 2008.....	55
Figura 5	Relação entre a classe econômica da entrevistada e se na última consulta ginecológica o médico ou a enfermeira examinaram suas mamas. Maringá – PR, 2008.....	58
Figura 6	Relação entre o grau de instrução das entrevistadas e se na última consulta ginecológica o médico ou a enfermeira realizou o exame clínico das mamas. Maringá – PR, 2008.....	60
Figura 7	Relação entre o a idade da menarca e realização de exame clínico das mamas na última consulta ginecológica. Maringá – PR, 2008.....	62
Figura 8	Relação entre o tratamento para menopausa e realização de exame clínico das mamas na última consulta ginecológica. Maringá – PR, 2008.....	63
Figura 9	Relação entre a faixa etária das entrevistadas e se já realizou mamografia alguma vez na vida. Maringá – PR, 2008.....	65
Figura 10	Relação entre a raça da entrevistada e se já realizou mamografia alguma vez na vida. Maringá – PR, 2008.....	66
Figura 11	Relação entre a classe econômica da entrevistada e se já realizou mamografia alguma vez na vida. Maringá – PR, 2008.....	68
Figura 12	Relação entre a idade da menarca e se já realizou mamografia alguma vez na vida. Maringá – PR, 2008.....	71
Figura 13	Relação entre a idade da menopausa e se já realizou mamografia alguma vez na vida. Maringá – PR, 2008.....	73

Figura 14	Distribuição percentual da relação entre o número de gestações e se já realizou mamografia alguma vez na vida. Maringá – PR, 2008.....	74
Figura 15	Relação entre a realização de tratamento para menopausa e se já realizou mamografia alguma vez na vida. Maringá – PR, 2008..	76
Figura 16	Relação entre a realização do exame clínico das mamas e do AEM. Maringá – PR, 2008.....	78
Figura 17	Relação entre a realização do exame clínico das mamas e a realização da mamografia. Maringá – PR, 2008.....	79

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
2	ESTADO DA ARTE	26
2.1	FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER DE MAMA.....	26
2.2	PREVENÇÃO SECUNDÁRIA.....	28
3	OBJETIVOS	32
3.1	GERAL.....	32
3.2	ESPECÍFICOS.....	32
4	METODOLOGIA	33
4.1	DESENHO DO ESTUDO.....	33
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	33
4.3	SUJEITOS DA PESQUISA.....	33
4.4	COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA.....	33
4.5	TREINAMENTO E SELEÇÃO DA ENTREVISTADORA.....	34
4.6	TESTE PILOTO.....	35
4.7	COLETA DE DADOS.....	35
4.8	VARIÁVEIS.....	35
4.9	ANÁLISE DOS DADOS.....	35
4.10	QUESTÕES ÉTICAS.....	36
5	RESULTADOS	37
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA.....	37
5.2	FATORES DE RISCO DO CÂNCER DE MAMA.....	39
5.3	PREVALÊNCIA DE REALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DO CÂNCER DE MAMA.....	46
5.4	FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DO AUTO-EXAME DAS MAMAS.....	48
5.5	FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DO EXAME CLÍNICO DAS MAMAS.....	55
5.6	FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DA MAMOGRAFIA.....	64
5.7	ASSOCIAÇÃO ENTRE AS CONDUTAS PREVENTIVAS DO CÂNCER DE MAMA.....	76
6	DISCUSSÃO	80
6.1	CARACTERIZAÇÃO E OS FATORES DE RISCO.....	80

6.2	PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DO CÂNCER DE MAMA.....	89
6.3	O CÂNCER DE MAMA E OS FATORES QUE INTERFEREM NA PREVENÇÃO SECUNDÁRIA.....	95
7	CONCLUSÕES	102
	REFERÊNCIAS	104
	APÊNDICES	111
	ANEXO	118

1 INTRODUÇÃO

As neoplasias apresentam-se como uma das principais causas de morbidade e mortalidade na população mundial. No Brasil, com a mudança no estilo de vida e o envelhecimento da população, essa realidade não é diferente, refletindo-se no aumento da prevalência de doenças e agravos não transmissíveis (DANT), entre os quais se destacam as doenças do aparelho circulatório, os cânceres, os traumas e o diabetes *Mellitus* (BRASIL, 2004a).

Se não forem modificados fenômenos como o crescimento da urbanização, a industrialização desenfreada e maior expectativa de vida da população e práticas como tabagismo, hábitos alimentares não saudáveis, consumo excessivo de álcool e sedentarismo, a incidência desses agravos tenderá a crescer em aproximadamente 50% nos próximos 20 anos (PARANÁ, 2006).

No ano de 2006 a estimativa foi de 472050 novos casos de câncer no Brasil (BRASIL, 2006a). Entre as mulheres destaca-se como preocupação premente o câncer de mama. Estima-se que a cada ano ocorram mais de 1.050.000 casos novos de câncer de mama em todo o mundo, o que torna esse tipo de câncer o mais comum entre as mulheres (BRASIL, 2004b).

Em 2005, estima-se ter ocorrido um total de 7,6 milhões de mortes por câncer no mundo (13% de todas as mortes), sendo o câncer de mama responsável por 502 mil mortes (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008b).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (MS), no ano de 2006 foi estimado em 48930 o número de novos casos de câncer de mama no Brasil, correspondendo a 51,66 casos por 100000 mulheres (BRASIL, 2006a).

No Brasil, a estimativa de 2008, válida também para o ano de 2009, é de ocorrência de 466.730 casos novos de câncer, e um dos mais incidentes entre as mulheres é o câncer de mama, com estimativa de 49.400 mil casos novos (50,71/100.000). Na Região Sudeste o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres, com um risco estimado de 68/100.000 mulheres. Desconsiderando-se os tumores de pele não melanoma, a neoplasia mamária também é a mais frequente nas mulheres da Região Sul, perfazendo um risco estimado de 67/100.000. Na Região Centro-Oeste o índice é de 38/100.000, no Nordeste, de 28/100.000 e no Norte, de 16/100.000 (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008b).

As maiores taxas de incidência foram observadas em São Paulo, no Distrito Federal e em Porto Alegre (BRASIL, 2004b).

No Paraná essa realidade se mostra preocupante e pode ser constatada pela estimativa de 2970 casos novos de câncer de mama (56,7/100000 mulheres) no ano de 2006 (BRASIL, 2006a). No ano de 2008 a estimativa é de 56,16 casos para cada 100.000 mulheres (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008b).

Importante ressaltar o coeficiente de mortalidade para o Estado, que no ano de 2003 foi de 10,78/100000 habitantes (539 mortes). Nos anos de 2001 e 2002 foram constatadas, respectivamente, 532 e 583 mortes, com coeficientes de 10,87 e 11,79/100000 habitantes. Segundo dados oficiais da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA), pode-se afirmar que os óbitos ocorreram, em sua maioria, em mulheres com idade entre 40 e 69 anos (PARANÁ, 2003).

Segundo a Agência Estadual de Notícias (AEN) do Estado do Paraná, em 2001 os óbitos por câncer de mama em mulheres entre 20 e 49 anos computou um coeficiente de 7,38/100000 mulheres e entre aquelas com idade acima de 50 anos o coeficiente sobe para 33/100000 mulheres. Em 2000, a média do Estado foi de 4,8 óbitos por 100000 mulheres, menor que a média registrada no Rio Grande do Sul (9) e em Santa Catarina (5) e muito próxima à média nacional, que foi de 5 óbitos por 100000 mulheres (PARANÁ, 2007).

Em Maringá, os cânceres constituíram a segunda principal causa de mortalidade de mulheres no ano de 2005. Do total de 675 óbitos, 133 foram causados pela doença (MARINGÁ, 2007). Identificaram-se 22 mortes por câncer de mama no ano de 2003 e 31 e 23 mortes no ano de 2004 e no de 2005, respectivamente (DATASUS, 2006).

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. Anualmente, cerca de 22% dos casos novos de câncer em mulheres são de mama (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008b).

Diante dessas estatísticas, o controle do câncer de mama torna-se uma prioridade da política de saúde do Brasil e foi incluído no programa Pacto pela Saúde, de 2006, que tem como objetivo o fortalecimento, integração e a resolutividade do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de estratégias de corresponsabilização dos gestores federais, estaduais e municipais (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2007).

De acordo com Pinho e Coutinho (2007), embora o aumento na taxa de mortalidade por câncer de mama possa também ser reflexo da melhora das técnicas de diagnóstico e do registro nas declarações de , a principal causa é revelada pela deficiência nas medidas de rastreamento e controle da doença.

O câncer de mama usualmente é diagnosticado em estágios avançados (estágio III e IV), o que diminui as chances de cura e de sobrevivência das pacientes, corroborando as estatísticas que o levam a tornar-se a principal causa de mortalidade na população feminina (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008a). Em parte, estas taxas podem ser atribuídas ao fato de que aproximadamente 60% dos tumores mamários são diagnosticados em estadiamento avançado (III e IV). Como é o caso do Brasil, a inexistência de um rastreamento estruturado resulta em um retardo no diagnóstico e na instituição de terapêutica adequada, o que ocasiona um aumento de incidência dos casos bem como a mortalidade deles decorrente (BRASIL, 2004a).

O rastreamento mamográfico e a utilização de terapêutica adequada possibilitariam o diagnóstico precoce e tratamento eficaz dos casos identificados, com consequente diminuição no número de mortes por câncer de mama.

A mamografia, juntamente com o exame clínico das mamas (ECM) e o autoexame das mamas (AEM), é considerada prevenção secundária (diagnóstico e tratamento precoces) deste tipo de câncer, visto que a prevenção primária se daria no âmbito de evitar ou modificar os fatores de risco (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008b). Para os cânceres, mais especificamente o de mama, diminuir ou excluir os fatores de risco torna-se complexo em face das mudanças no estilo de vida da população bem como da mudança no perfil da mulher na atualidade.

A frequência da incidência e mortalidade do câncer de mama no Brasil revela uma curva ascendente a partir dos 25 anos de idade, com concentração da maioria dos casos entre os 45 e 50 anos. Essa faixa etária representa em torno de 20% do total de casos diagnosticados e 15% das mortes por câncer. A ocorrência da doença é mais comum em mulheres de classe social mais elevada e nas que vivem nas grandes cidades. A partir dos 50 anos de idade relata-se o aumento da mortalidade por câncer de mama e nas faixas etárias mais precoces a mortalidade tem permanecido estável nos últimos 20 anos (BRASIL, 2002).

Diante desse contexto, o Ministério da Saúde, sob a orientação do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e outras organizações, coloca algumas diretrizes necessárias ao enfrentamento desse problema, como a implantação e

desenvolvimento do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo de Útero e de Mama, denominado “Viva Mulher”. Esse programa tem como objetivo reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, sociais e psíquicas da doença, o que só é possível com a oferta de serviços de prevenção, detecção precoce, tratamento e reabilitação (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008a). A população-alvo desse programa são as usuárias da rede básica do Sistema Único de Saúde (SUS).

A dificuldade em diagnosticar o câncer de mama no Brasil está ligada às precárias condições de acesso das mulheres aos serviços e programas de saúde, à baixa capacitação dos recursos humanos envolvidos com atenção oncológica, especialmente em municípios de pequeno e médio porte, à incapacidade do sistema público em absorver a demanda que chega às unidade de saúde e às dificuldades dos gestores na implementação e organização para a efetividade dos programas em saúde (BRASIL, 2005).

Apesar da grande melhora no prognóstico proporcionada pelos avanços no diagnóstico e tratamento, é possível observar como respostas das mulheres à doença o medo da desfiguração, a perda da atividade sexual e o medo da morte (RÉGIS; SIMÕES, 2005).

As recomendações para a detecção precoce do câncer de mama em mulheres assintomáticas são: exame clínico das mamas (ECM) anual para todas as mulheres a partir dos 40 anos; mamografia para mulheres com idade entre 50 e 69 anos no máximo a cada dois anos; ECM e mamografia anual para mulheres a partir de 35 anos de idade que fazem parte do grupo populacional de risco elevado de desenvolver câncer de mama (BRASIL, 2006b).

O ECM deve ser realizado na consulta ginecológica, juntamente com o exame papanicolaou, sendo orientada sua autorrealização mensal para observação precoce de possíveis alterações. A sua realização também deve fazer parte da consulta clínica, independentemente da idade.

A população definida como grupo populacional de risco de desenvolvimento de câncer de mama compreende mulheres que possuem história familiar de ao menos um parente de primeiro grau com diagnóstico de câncer de mama abaixo dos 50 anos de idade; ao menos um parente de primeiro grau com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer idade; história de câncer de mama masculino e mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ* (BRASIL, 2004b).

Além das estatísticas assustadoras, as consequências físicas, psicológicas e sociais também afetam as mulheres portadoras do câncer de mama. Cantinelli (2006) afirma que há ocorrência de alterações psicopatológicas em relação à ansiedade e à depressão, mas que raramente é realizado um diagnóstico formal.

Este estudo justifica-se por ser o câncer de mama considerado atualmente um grave problema de saúde pública, devido ao grande número de mulheres acometidas e ao fato de essa doença ser uma das principais causas de mortalidade no Brasil (BRASIL, 2004b). Sua detecção usualmente é realizada em estágio avançado da doença, diminuindo as chances de cura e sobrevivência da paciente. Desse modo deve-se ressaltar a necessidade de divulgação da importância e benefícios do autoexame, ECM e mamografia.

O baixo nível socioeconômico tem se mostrado o mais notável determinante da dificuldade de acesso à consulta ginecológica (SCLOWITZ et al., 2005), diminuindo as possibilidades de um diagnóstico precoce, que é responsável pelas maiores chances de cura do câncer de mama e aumento do tempo de vida das pacientes.

Em estudo de base populacional realizado em 15 capitais e no Distrito Federal no ano de 2002-2003, verificou-se que o menor acesso à informação sobre cuidados de saúde está associado aos níveis de escolaridade da clientela, com exceção da cidade de Campo Grande, na região Centro-Oeste, que mostrou, no tocante ao exame clínico das mamas e mamografia, uma maior cobertura no grupo de mulheres de baixa escolaridade (BRASIL, 2004a).

2 ESTADO DA ARTE

A fundamentação teórica foi realizada por meio de revisão bibliográfica em bancos de dados eletrônicos (Bireme, Pubmed, Medline, Scielo, Capes, Portal da Pesquisa e Ministério da Saúde), dissertações e *sítes* oficiais.

Ao longo do trabalho serão discutidos os fatores de risco do câncer de mama e sua prevenção secundária.

2.1 FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER DE MAMA

Não há, até o momento, como se evitar o câncer de mama, mas alguns fatores de risco da doença já foram descobertos, o que pode facilitar a detecção precoce e contribuir no rastreamento da patologia (BORGHESAN; PELLOSO; CARVALHO, 2008). Entretanto, alguns fatores de proteção são muito discutidos, como atividade física moderada, dieta rica em frutas e verduras, primeira gestação antes do 30 anos de idade, menarca tardia, menopausa precoce (MOLINA; DALBEN; LUCA, 2003). A variável mais importante associada ao câncer de mama é a idade da mulher (BORGHESAN; PELLOSO; CARVALHO, 2008).

Os fatores de risco mais conhecidos e cientificamente comprovados para o câncer de mama são a idade da mulher e a história familiar (mãe, irmã ou filha) de câncer de mama (PINHO; COUTINHO, 2005). Outros eventos citados como aspectos que predis põem a mulher a desenvolver o câncer de mama seriam precocidade da menarca, menopausa tardia, reduzida paridade (HARDY et al., 1993) e retardo na primiparidade (TAVANI et al., 1999). Exposição a radiações ionizantes, grande ingesta de gorduras saturadas, menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade, primeira gestação após os 30 anos, consumo de álcool, uso indiscriminado de hormônios e antecedentes familiares também são citados como fatores de risco (MOLINA; DALBEN; LUCA, 2003).

Paiva et al. (2002) asseveram que os principais fatores de risco para a ocorrência do câncer de mama, além da idade avançada, inclui fatores hormonais endógenos e exógenos, hereditariedade, fatores dietéticos e sociodemográficos. Estudo realizado em Juiz de Fora - MG no período de 2000 a 2001 com mulheres portadoras de câncer de mama usuárias do SUS constatou que morar em zona rural

foi a variável de risco mais significativa e que ter quatro ou mais filhos mostrou-se como fator de proteção.

A idade da mulher, além de estar associada com os fatores de , também se relaciona com o prognóstico da doença. Discute-se que a idade em que a mulher descobre o câncer de mama influencia no seu prognóstico. As faixas etárias pertencentes à quarta e quinta décadas da vida apresentam-se com melhor prognóstico, ao passo que mulheres jovens (idade igual ou inferior a 35 anos) e mulheres acima de 75 anos apresentam os piores prognósticos (ABREU; KOIFMAN, 2002).

Alguns estudos apontam dois tipos de câncer de mama relacionados com a idade: o primeiro ocorre na pré-menopausa e tem como característica ser mais agressivo e estrogênio receptor (ER) negativo, e o segundo ocorre na pós-menopausa, está vinculado a características indolentes e é ER positivo. Os carcinomas ainda estão associados a mutações no gene *BRCA1*, que são mais frequentes em populações de baixo risco, como, por exemplo as orientais, e no gene *BRCA2*, mais comum em populações de alto risco, como a dos Estados Unidos (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008b).

Em relação à doença benigna da mama foram identificados como fatores de risco a nuliparidade e o número de ciclos ovulatórios, que é maior para os casos da doença (HARDY et al., 1990).

Dentre todos os fatores de risco associados a essa patologia o mais fácil de modificar é o estilo de vida, pois depende em grande parte de cada mulher (MOLINA, 2006).

Em estudo caso-controle realizado no Estado do Rio Grande do Sul constatou-se que pacientes com câncer de mama apresentam história familiar em segundo grau dessa doença, demonstrando que há associação entre neoplasia maligna de mama e presença de história familiar em segundo grau (SOUZA, 1998).

Em um estudo realizado na Paraíba sobre a associação entre a alimentação e o risco de desenvolver câncer de mama, encontrou-se como resultado que a carne vermelha e carnes fritas podem ser considerados como fatores de risco e o consumo de frutas, feijão e leite e derivados podem agir como fator de proteção contra o câncer de mama (LIMA et al., 2008).

O Conselho Norte-Americano sobre Ciências da Saúde estabelece como fatores de risco para o câncer de mama: idade, história familiar de câncer de mama e

ovário ou de câncer de mama masculina, antecedentes pessoais para o câncer de mama, neoplasia benigna da mama, exposição a radiações ionizantes, idade precoce da menarca, primeira gestação após os 35 anos de idade, menopausa tardia, obesidade e pouca atividade física. Como fatores ainda em investigação são citados: nuliparidade, uso de contraceptivo oral, terapia de reposição hormonal, consumo de álcool, aborto, ausência de amamentação (MORGAN et al., 1998).

O Ministério da Saúde refere como fatores de risco bem-estabelecidos para o desenvolvimento do câncer de mama os que se encontram relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal). Entretanto, o fator idade continua sendo um dos mais importantes, sendo que a incidência do câncer de mama aumenta rapidamente até os 50 anos e depois de forma mais lenta (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008b).

Os agentes causadores do câncer de mama não são conhecidos, o que torna a prevenção primária praticamente impossível. Destarte a prevenção secundária (diagnóstico em estágios iniciais da doença) é o método mais eficaz na diminuição da mortalidade por câncer de mama e aumento da possibilidade de cura e uma sobrevivência maior da mulher (GONÇALVES; DIAS, 1999).

2.2 PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

A prevenção do câncer de mama é uma questão complexa, devido à multiplicidade de fatores envolvidos, que tornam difícil o controle da doença. A prevenção secundária se refere ao diagnóstico e tratamento precoce do câncer de mama (GODINHO; KOCH, 2002).

A prevenção primária da neoplasia mamária ainda não é possível, devido à variação dos fatores de risco e às características genéticas associadas à sua etiologia. Atualmente é recomendada a realização da mamografia para mulheres de idade entre 50 a 69 anos como método efetivo para detecção precoce do câncer, porém novas estratégias de rastreamento factíveis têm sido estudadas em países com dificuldades orçamentárias (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008b).

A única forma de diminuir as taxas de morbidade e mortalidade por câncer de mama é a detecção precoce, realizada através da palpação das mamas e mamografia (MOLINA, 2003).

Cerca de 60% dos casos de neoplasia mamária no Brasil são diagnosticados em estágios avançados da doença, a rede de assistência oncológica no país é apontada como insuficiente, inadequada e maldistribuída, não dispondo de uma estrutura que assegure a mamografia sistemática a todas as mulheres nas faixas etárias de maior risco (ABREU; KOIFMAN, 2002).

O Ministério da Saúde preconiza como estratégia de rastreamento populacional a realização da mamografia no mínimo uma vez a cada dois anos, para mulheres entre 50 a 69 anos e o exame clínico anual das mamas para mulheres de 40 a 49 anos; entretanto o exame clínico das mamas deve ser ofertado a todas as mulheres que procuram o serviço de saúde, independentemente da sua idade, como parte integrante no atendimento à saúde da mulher. Para as mulheres pertencentes ao grupo populacional de alto risco para o desenvolvimento para o câncer de mama (que possuem história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau) é recomendada a realização da mamografia e do exame clínico das mamas anualmente, a partir dos 35 anos (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008b).

Alguns autores utilizam o termo rastreamento como o exame de pessoas com sintomas precoces inespecíficos para determinar se apresentam ou não doença pré-clínica ou em estágio inicial, rastreamento é definido como o exame das pessoas assintomáticas com o objetivo de identificar aquelas com maiores chances de apresentar uma doença. Identifica-se a doença ou alteração previamente desconhecida pelo paciente por meio da aplicação de testes que possibilitem separar, entre as pessoas aparentemente saudáveis, aquelas que provavelmente têm a doença, as quais serão encaminhadas para investigação diagnóstica. O teste de rastreamento não tem por finalidade realizar um diagnóstico, mas sim, indicar pessoas que, por apresentarem exames alterados ou suspeitos, devem ser encaminhadas para investigação diagnóstica (THULER, 2003).

Segundo Scowitz et al. (2005), a mamografia é considerada o principal método diagnóstico do câncer de mama em estágio inicial, por possibilitar a detecção de alterações ainda não palpáveis, favorecendo um tratamento mais efetivo e menos agressivo.

O rastreamento do câncer de mama por meio da mamografia tem sido utilizado com o objetivo de identificar alterações sugestivas de malignidade antes que ocorram manifestações clínicas (THULER, 2003).

O exame clínico das mamas é relatado como responsável por confirmar até 70% dos casos de câncer de mama, e a mamografia, até 83%. A utilização desses dois métodos para a prevenção secundária eleva a acuidade diagnóstica, o que comprova a importância dessa associação (MOLINA et al., 2003).

Thuler (2003) ressalta que o exame clínico das mamas até o presente momento não é um método evidentemente eficaz na redução da mortalidade por câncer de mama. Uma das limitações é que tumores em estágio I, com menos de 2 cm de diâmetro, podem apresentar-se impalpáveis.

Recomenda-se que o exame clínico das mamas seja iniciado aos 20 anos de idade, sendo sua periodicidade trienal até os 39 anos. Após essa idade recomenda-se periodicidade anual (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2003).

No Brasil, a realização periódica do AEM até recentemente era recomendada por programas governamentais como estratégia de detecção precoce do câncer de mama. Essa recomendação tem se tornado progressivamente mais cautelosa, principalmente após estudos realizados em outros países que não observaram impacto da prática do AEM na mortalidade por câncer de mama. No Brasil o AEM ainda ocupa um importante lugar no contexto das práticas de autocuidado em relação à saúde, desde que se ensine à mulher como deve ser realizada a palpação das mamas com o objetivo de cuidado com o próprio corpo (ANDRADE et al., 2005).

Borghesan et al. (2003) referem que a realização periódica do AEM é de grande importância na prevenção e detecção precoce da neoplasia maligna da mama e que sua não-realização está associada a fatores como medo, dificuldade em diferenciar a mama normal e nódulos e falta de conhecimento quanto à técnica correta. O AEM é fácil de ser executado e qualquer mulher pode realizá-lo, por não necessitar de nenhuma tecnologia. Deve ser realizado mensalmente ao menos cinco dias após a menstruação ou no mesmo dia do mês para mulheres na menopausa. No período pós-menstrual há mais facilidade para realizar esse exame, pois nesse período podem ocorrer edema e dor nas mamas relacionada à ação dos hormônios.

Tendo-se em vista as sequelas físicas e emocionais e a letalidade advindas do câncer de mama, é de grande importância e urgência a sua detecção precoce. O estágio em que é diagnosticado o câncer de mama é inversamente proporcional à sobrevivência das mulheres (BORGHESAN, 2003).

Atualmente é muito discutida a utilização da ultrassonografia (USG) como prevenção secundária do câncer de mama nos casos de mulheres com mamas

densas, (geralmente as mais jovens), em que a sensibilidade da mamografia fica prejudicada, e de mulheres que se submeteram a cirurgias para aumento das mamas por meio de prótese de silicone. Esse método ainda apresenta as vantagens de não ser invasivo, ser bem tolerado pelas pacientes e, juntamente com a mamografia e o exame clínico, poder gerar informações importantes. O uso da USG como método de rastreamento ainda não é aceita devido à dificuldade em detectar microcalcificações, mas é interessante a sua utilização como método complementar no diagnóstico precoce do câncer de mama (PAULINELLI, 2003a).

O câncer de mama possui um relativamente bom prognóstico quando diagnosticado e tratado oportunamente, porém as taxas de mortalidade permanecem elevadas no Brasil, provavelmente pelo fato de a doença ser diagnosticada em estágios avançados. A sobrevida média após 5 anos é de 61%, na população mundial (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008b).

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

O estudo tem como objetivo geral analisar a realização de ações de prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados entre mulheres de 40 a 69 anos do município de Maringá - PR.

3.2 ESPECÍFICOS

Constituem-se como objetivos específicos:

- caracterizar a população segundo as variáveis sociodemográficas tais como etnia, escolaridade, estado civil, classe econômica, religião e trabalho remunerado;
- identificar os fatores de risco para o câncer de mama;
- verificar a prevalência de realização das ações de prevenção secundária do câncer de mama (auto-exame das mamas, ECM e mamografia);
- discutir os fatores associados à realização de ações de prevenção secundária do câncer de mama.

4 METODOLOGIA

Neste subitem será apresentado a metodologia do estudo.

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo analítico, exploratório de corte transversal tipo inquérito populacional domiciliar no município de Maringá, PR.

O inquérito populacional permite coletar dados sobre saúde e uso de serviços de saúde e avaliar os comportamentos relacionados ao risco de adoecer. Ademais, possibilita construir indicadores relativos à saúde, e não somente à doença (VIACAVA, 2002).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O Município de Maringá foi fundado em 1947 e está localizado na Região Noroeste do Paraná. Sua população levantada pelo censo de 2000 do IBGE foi de 288465 habitantes e a projeção para 2006 foi de 324397 habitantes (IBGE). Maringá faz parte da 15ª Regional de Saúde do Paraná.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

O estudo foi realizado com uma amostra de mulheres na faixa etária de 40 a 69 anos, utilizando as informações do Censo Demográfico. A população feminina relatada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2007) no ano de 2000, para o Município de Maringá, é de 150130 mulheres de todas as faixas etárias com projeção para o ano de 2007 de 171539 mulheres. A faixa etária de 40 a 69 anos perfaz um total de 48421 mulheres.

4.4 COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA

Considerando um intervalo de confiança de 95% ($z = 1,96$), a estimativa da amostra deverá estar dentro de $\pm 3\%$ (e) da real proporção da população de mulheres nessa faixa etária. Foi utilizado o modelo estatístico $n = z^2[p(1-p)]/e^2$ para populações

infinitas ($N > 10.000$) que fornece o tamanho da amostra que nesse caso é de 384 mulheres. Com um acréscimo de 14%, para possíveis perdas, o tamanho total da amostra é de 439 mulheres.

A amostragem foi aleatória estratificada, isto é, todos os bairros, jardins e zonas foram geograficamente colocados em cinco estratos: Norte, Sul, Leste, Oeste e Centro. Em seguida foram selecionados aleatoriamente os setores que participaram de cada estrato conforme a densidade demográfica de cada um.

De cada estrato foi selecionada uma amostra aleatória simples proporcional ao número de mulheres residente em cada um desses estratos tendo em vista o tamanho da amostra (439). Todos os bairros pertencentes a cada estrato foram contemplados com representantes amostrais. Foram selecionados 31 bairros do Município de Maringá.

Foi utilizado também, para calcular a amostra, o programa estatístico Statdisk 8.4, com um intervalo de confiança de 0,95 e margem de erro de 0,05 onde se obteve um total de 384 mulheres.

De cada bairro foram selecionados aleatoriamente domicílios com numeração terminada em 5 (cinco), caso não tivesse nenhuma mulher na idade de interesse da pesquisa ou ela se recusasse a participar da entrevista, passava-se para o próximo domicílio terminado em 5 até o término da rua.

4.5 SELEÇÃO E TREINAMENTO DA ENTREVISTADORA

A seleção da entrevistadora se deu por meio do projeto PIC “Câncer de mama: fatores relacionados à condutas preventivas no Município de Maringá – PR”. A discente obteve treinamento de 8 horas acerca da importância do estudo, utilização do questionário, fidedignidade dos dados, abordagem das entrevistadas, como proceder quando não houver ninguém no domicílio ou a mulher se recusar a participar da pesquisa. Nas primeiras visitas a entrevistadora foi acompanhada e supervisionada por um dos membros participantes da pesquisa.

4.6 TESTE PILOTO

O questionário foi aplicado em 30 mulheres na faixa etária entre 40 a 69 anos em outro Município do Estado do Paraná. Os dados foram digitados em banco de dados do Excel para verificar possível viés relacionado ao questionário.

4.7 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados mediante entrevistas domiciliares, com questionário estruturado e pré-testado contendo questões referentes a aspectos socioeconômicos, biológicos, comportamentais e de utilização de serviços. As questões foram codificadas com o objetivo de facilitar seu uso e para melhor organização do banco de dados.

4.8 VARIÁVEIS

Variáveis dependentes são as que sofrem a influência de outra variável. São elas: auto-exame das mamas, exame clínico das mamas e a mamografia.

Variáveis independentes são as que exercem influência sobre outra variável socioeconômica e demográfica: idade, faixa etária, raça, situação conjugal, religião, classificação econômica, escolaridade, história familiar de câncer de mama, biópsia mamária e outras.

4.9 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram armazenados em planilha do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 15.0, logo após sua coleta nas entrevistas com posterior análise com testes estatísticos apropriados.

Foi realizada a análise bivariada, para estudar a associação das variáveis dependentes (teste do qui-quadrado) com todas as variáveis independentes, e a análise múltipla, para a associação da variável dependente com aquelas variáveis em que houver significância estatística (correlação de Spearman).

4.10 QUESTÕES ÉTICAS

Para as mulheres selecionadas que aceitaram participar da pesquisa a entrevistadora realizou a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, redigido de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, após a qual elas o assinaram. A participação das mulheres foi voluntária e a procedência dos dados foi mantida em sigilo. Para tanto, os questionários foram anônimos e apenas numerados, o que tornou impossível a identificação das entrevistadas.

O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá (Parecer número 406/2007).

5 RESULTADOS

Os resultados são apresentados através de gráficos e tabelas de distribuição de frequência univariada e bivariada de acordo com a correlação existentes entre as variáveis.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA

As variáveis utilizadas para a caracterização das entrevistadas foram a idade, raça/cor, classe econômica, escolaridade, religião e estado civil da mulher, além de sua condição de exercer ou não trabalho remunerado.

O perfil da população estudada constitui-se de 439 mulheres entre 40 e 69 anos, 45,8% (201) na faixa etária de 40 a 50 anos, 29,6% (130) entre 51 e 60 e 24,6% (108) entre 61 e 69. A média da idade das mulheres foi de 52,84 anos (DP: 8,68).

A raça predominante foi a branca com 81,1% (356) das mulheres, a maioria não possuía trabalho remunerado no período (62%).

A classe econômica mais prevalente foi classificada como C (241) seguida da D e B2. Dessas mulheres, 33,9 % (149) possuíam somente o primário completo e ginásial incompleto, 22,8% (100) colegial completo, somente 7,7% (34) das mulheres possuíam superior completo. Em sua grande maioria (295) eram da religião católica e casadas ou moravam junto com seu companheiro (302).

Tabela 01. Distribuição percentual das entrevistadas segundo variáveis sócio-demográficas. Maringá – PR, 2008.

Variável	N	%
Faixa etária		
40 a 50	201	45,8
51 a 60	130	29,6
61 a 69	108	24,6
Raça/Cor		
branca	356	81,1
negra/parda	79	18,0
amarela	4	0,9
Escolaridade		
Analfabeta	92	21,0
primário completo/ginásial incompleto	149	33,9
ginásial completo/colegial incompleto	64	14,6
colegial completo/superior incompleto	100	22,8
superior completo	34	7,7
Classe econômica (*)		
A e B	112	25,5
C	241	54,9
D e E	86	19,6
Trabalho que executa		
Remunerado	167	38,0
não remunerado	272	62,0
Estado civil		
Casada	302	68,8
solteira/separada	83	18,9
Viúva	54	12,3
Religião		
Católica	295	67,2
Evangélica	126	28,7
outra religião	5	1,1
sem religião	13	3,0

(*) Variável baseada no Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP), 2007

5.2 FATORES DE RISCO DO CÂNCER DE MAMA

Os fatores pesquisados que podem interferir no desenvolvimento do câncer de mama foram faixa etária, raça/cor, classe econômica, escolaridade, religião, possuir trabalho remunerado, estado civil, IMC, uso de tabaco, idade da menarca, idade da menopausa, uso de álcool, ter tido gestação, idade em que nasceu o primeiro filho, realização de aleitamento, histórico familiar de câncer de mama, realização de biópsia, história pessoal de câncer de mama, tratamento para menopausa e história pessoal de doença benigna da mama.

Os fatores faixa etária, raça/cor, classe econômica, escolaridade, religião, trabalho remunerado e estado civil como já foram apresentados no capítulo anterior, referente à caracterização das entrevistadas, não serão repetidos nesse capítulo.

Das mulheres entrevistadas 76,1% (334) relataram nunca ter feito uso de bebida alcoólica e 21,2% (93) referiram beber socialmente. Somente quatro mulheres utilizam bebida alcoólica com frequência semanal ou diária.

Apenas 13% (57) das mulheres referiram fazer uso de cigarro sendo que 20% (88) já foram fumantes. Das entrevistadas 62% já fizeram uso de contraceptivo oral, dentre as quais 30,1% utilizaram por um período de 1 a 6 anos com uma média de 4,68 anos (DP: 5,81).

Tabela 02. Distribuição percentual das entrevistadas segundo utilização de contraceptivo oral, uso de álcool e cigarro. Maringá – PR, 2008.

Variável	N	%
Utiliza ou utilizava contraceptivo oral		
sim	272	62,0
não	167	38,0
Período de utilização de contraceptivo oral		
nunca utilizou	167	38,3
menos de 1 ano	9	2,1
1 a 6 anos	132	30,2
7 a 15 anos	105	23,9
16 a 28 anos	25	5,8
Fez ou faz uso de álcool		
não, nunca	334	76,1
não, somente no passado	8	1,8
bebo, socialmente	93	21,2
hábito de beber toda semana	2	0,5
hábito de beber todo dia	2	0,5
Faz uso de cigarro		
sim	57	13,0
não	382	87,0
Utilizava cigarro no passado		
sim	88	20,0
não	351	80,0
Parou de fumar há menos de 2 anos		
sim	8	1,8
não	431	98,2

A maior parte das mulheres entrevistadas foram classificadas como sobrepeso (38,7%), houve um percentual de 34,4% (151) de mulheres com peso normal e um número significativo de obesas (24,1%).

Tabela 03. Distribuição percentual das entrevistadas segundo Índice de Massa Corpórea. Maringá – PR, 2008.

Classificação (*)	N	%
Abaixo do peso	12	2,7
Peso normal	151	34,4
Sobrepeso	170	38,7
Obesa	106	24,1

(*) Variável baseada na Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO), 2007.

Apenas 6,8% (30) das mulheres nunca estiveram grávidas e entre as que já engravidaram ao menos uma vez a idade em que tiveram o primeiro filho variou de 16 a 20 anos em 38,7% dos casos com uma média de idade de 20,47 anos (DP: 7,7).

Observou-se que entre as mulheres que já engravidaram 82,7% amamentaram, e destas 33,9% por um período de 1 a 12 meses, com a média de 32 meses (DP: 46,6). A média do número de vezes de aleitamento materno foi de 2,55 vezes (DP: 2,1).

Tabela 04. Distribuição percentual das entrevistadas segundo número de gestações, idade em que teve o primeiro filho e amamentação considerando o período. Maringá – PR, 2008.

Variável	N	%
Número de gestações		
Nenhuma	30	6,8
Uma	44	10,0
Duas	119	27,1
Três	91	20,7
Quatro	64	14,6
cinco ou mais	91	20,7
Idade em que nasceu o 1º filho vivo		
não teve	34	7,7
13 a 15 anos	14	3,2
16 a 20 anos	170	38,7
21 a 25 anos	146	33,3
26 a 30 anos	47	10,7
31 a 43 anos	28	6,4
Amamentação		
Sim	363	82,7
Não	76	17,3
Período de amamentação		
não teve	76	17,3
1 a 6 meses	83	18,9
7 a 12 meses	66	15,0
13 a 24 meses	66	15,0
25 324 meses	148	33,7

Em relação ao número de consultas ginecológicas realizadas no último ano, 68,1% (299) afirmaram tê-las realizado de uma a três vezes, 28% (123) não realizaram nenhuma consulta. Desse grupo de mulheres que realizaram consulta ginecológica 58% (199) utilizaram os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e 40,5% (144), o convênio, enquanto as demais procuraram clínica ou consultório particular (1,5%).

Tabela 05. Distribuição percentual das entrevistadas segundo número de consultas ginecológicas realizadas no último ano e o local da realização. Maringá – PR, 2008.

Variável	N	%
Número de consultas ginecológicas		
nenhuma vez	123	28,0
1 a 3 vezes	299	68,1
4 a 6 vezes	14	3,2
7 a 12 vezes	3	0,7
Local da consulta		
SUS	199	58,0
Convênio	144	40,5
Particular	5	1,5

Em 53,3% (234) das mulheres a menarca ocorreu na idade entre 13 e 15 anos, 36,9% (162) a tiveram entre 9 e 12 anos, ficando a média em 12,87 anos (DP: 2,37). A menopausa ocorreu entre 40 e 47 anos em 20% (88) das mulheres e para 31,9% delas (140) ocorreu dos 48 aos 55 anos de idade. Constatou-se que 36% (158) das entrevistadas ainda não entraram na menopausa. A média de idade em que as mulheres entraram na menopausa foi de 47 anos (DP:6,28).

Tabela 06. Distribuição percentual das entrevistadas segundo idade da menarca e da menopausa. Maringá – PR, 2008.

Questão	N	%
Idade da menarca		
não lembra	8	1,8
9 a 12 anos	162	36,9
13 a 15 anos	234	53,3
16 a 18 anos	35	8,0
Idade da menopausa		
não parou ainda	158	36
não lembra	2	0,5
24 a 31 anos	4	0,9
32 a 39 anos	31	7,1
40 a 47 anos	88	20,0
48 a 55 anos	140	31,9
56 a 63 anos	16	3,6

Quanto ao histórico familiar, somente 2,3% (10) das mulheres relataram possuir mãe que tem ou teve câncer de mama; no tocante a “possuir filha que tem ou teve câncer de mama” o percentual foi de 0,2% (1), e irmã, de 3,9% (17). Somente 8% (35) das mulheres relataram possuir familiar que não de primeiro grau com câncer de mama.

Tabela 07. Distribuição percentual das entrevistadas segundo histórico familiar de câncer de mama considerando o grau de parentesco. Maringá – PR, 2008.

Possui parente que tem ou teve câncer de mama							
Mãe		Irmã		Filha		Outro familiar	
N	%	N	%	N	%	N	%
10	2,3	17	3,9	1	0,2	35	8,0

Interessante ressaltar que 2,3% (10) das entrevistadas já possuíram doença benigna da mama e somente 0,9% (4) já teve ou tem câncer de mama, sendo que

75% (3) das mulheres relataram terem descoberto o câncer por meio do auto-exame das mamas e 25% (1) através da mamografia.

Das mulheres entrevistadas 7,1% (31) já realizaram alguma biópsia ou cirurgia da mama (desconsiderandose plásticas ou estéticas) e destas, 19,4% (5) relataram resultado maligno da biópsia e 80,6%, resultado benigno.

Tabela 08. Distribuição percentual das entrevistadas segundo o histórico pessoal de câncer de mama e sua descoberta, histórico pessoal de doença benigna da mama e se já realizou alguma vez na vida biópsia e o resultado deste exame. Maringá – PR, 2008.

Variável	N	%
Teve ou tem câncer de mama		
Sim	4	0,9
Não	435	99,1
Como descobriu		
AEM	3	75,0
ECM	1	25,0
Doença benigna da mama		
Sim	10	2,3
Não	429	97,7
Biópsia ou cirurgia da mama		
Sim	31	7,1
Não	406	92,5
não sabe/não lembra	2	0,4
Resultado da biópsia		
Benigno	25	80,6
Maligno	6	19,4

Quanto à utilização de reposição hormonal, 69,2% (305) nunca a fizeram, 10,9% (48) estavam utilizando no momento da entrevista e 19,6% (86) utilizaram mas já pararam. A média da idade em que iniciaram o tratamento foi de 46,54 anos (DP: 5,5). A média do tempo de utilização da terapia de reposição hormonal foi de 5,2 anos (DP: 5,3).

Tabela 09. Distribuição percentual das entrevistadas segundo utilização de terapia de reposição hormonal considerando idade em que iniciou o tratamento e tempo de utilização. Maringá – PR, 2008.

Questão	N	%
Terapia de reposição hormonal		
não, nunca fez	305	69,2
sim, está fazendo	48	10,9
fez, mas já parou	86	19,6
Idade em que iniciou		
não iniciou ainda	305	69,5
34 a 39 anos	15	3,4
40 a 45 anos	36	8,2
46 a 51 anos	58	13,2
52 a 59 anos	25	5,7
Tempo de utilização		
não fez tratamento	305	69,5
menos de 1 ano	6	1,4
1 a 6 anos	90	20,5
7 a 13 anos	24	5,5
14 a 23 anos	14	3,2

5.3 PREVALÊNCIA DE REALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DO CÂNCER DE MAMA

Entende-se por prevenção secundária o auto-exame das mamas, exame clínico das mamas e mamografia.

A prevalência do hábito de realizar o auto-exame das mamas encontrada foi de 64,5% (283) e destas 76,7% (217) realizaram o auto-exame ao menos uma vez ao mês no último seis meses. O médico ou o enfermeiro orientaram a realização do auto-exame das mamas em casa em 69,7% (306) dos casos e não houve essa orientação em 26,4% (116) e 3,9% (17) das mulheres não se lembravam ou não sabiam responder essa questão.

A prevalência de exame clínico das mamas na última consulta ginecológica foi de 71,5% (314).

Quanto à prevalência de mamografia, 79% (347) relataram já ter realizado esse exame alguma vez na vida, dessas mulheres, 84,4% (293) realizaram a última

mamografia há dois anos ou menos. A média de tempo da última realização da mamografia foi de 14,63 meses (DP: 25,1).

Tabela 10. Distribuição percentual das entrevistadas segundo realização do AEM, número de vezes, se houve orientação quanto à realização do AEM na consulta ginecológica, realização do ECM e mamografia e o tempo de sua realização. Maringá – PR, 2008.

Questão	N	%
Realização do AEM		
sim	283	64,5
não	156	35,5
Número de vezes		
uma vez	7	2,5
duas vezes	10	3,5
três vezes	8	2,8
quatro vezes	3	1,1
cinco vezes ou mais	217	76,7
não sabe/não lembra	38	13,4
Orientação quanto ao AEM		
sim	306	69,7
não	116	26,4
não sabe/não lembra	17	3,9
ECM		
sim	314	71,5
não	106	24,1
não sabe/não lembra	8	1,8
Realização de mamografia		
sim	347	79,0
não	92	21,0
Tempo da realização da mamografia		
1 a 6 meses	105	30,2
7 a 12 meses	114	32,9
13 a 24 meses	74	21,3
25 a 360 meses	54	15,6

5.4 FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DO AUTO-EXAME DAS MAMAS

Esse capítulo aborda os fatores que estão associados à realização do auto-exame das mamas no Município de Maringá. Obteve-se que os fatores associados à realização dessa conduta de prevenção secundária do câncer de mama foi a raça da mulher, sua classe econômica, o uso de bebida alcoólica e a realização de tratamento para menopausa.

Tabela 11. Distribuição percentual da relação entre a faixa etária das entrevistadas e se possui o hábito de examinar suas mamas em casa. Maringá – PR, 2008.

Faixa etária	AEM		total
	não	sim	
40 a 50	33,80%	66,20%	100,00%
	43,60%	47,00%	45,80%
51 a 60	35,40%	64,60%	100,00%
	29,50%	29,70%	29,60%
61 a 69	38,90%	61,10%	100,00%
	26,90%	23,30%	24,60%
Total	35,50%	64,50%	100,00%
	100,00%	100,00%	100,00%

Não se observa tendência linear estatisticamente significativa entre a idade da mulher e a realização do auto-exame das mamas, pois, de forma igual em todas as faixas etárias, as mulheres tem o hábito de examinar as mamas com a mesma prevalência ($p > 0,05$).

Tabela 12. Distribuição percentual da relação entre a raça da entrevistada e se possui o hábito de examinar as mamas em casa. Maringá – PR, 2008.

Raça	AEM		total
	não	sim	
branca	33,70%	66,30%	100,00%
	76,90%	83,40%	81,10%
Negra/parda	45,60%	54,40%	100,00%
	23,10%	15,20%	18,00%
amarela		100,00%	100,00%
		1,40%	0,9%
total	35,50%	64,50%	100,00%
	100,00%	100,00%	100,00%

Teste do Qui-quadrado

	Valor	Graus de liberdade	Significância
Teste de Pearson Chi-Square	6,196(a)	2	0,045
N de casos válidos	439	2	

Teste de correlação

	Valor de r	Erro padrão	Aproximações	Significância
Teste de Pearson's R (a)	-,057	,048	-1,204	,229(c)
Teste de Spearman	-,075	,049	-1,573	,117(c)
N de casos válidos	439			

a Rejeita-se a hipótese nula.

b Usando o erro padrão assintótico rejeita-se a hipótese nula.

c Baseando-se numa distribuição normal.

As mulheres negras/pardas são o grupo que tem menos hábito de examinar as suas mamas em casa. Observou-se um grau significativo de dependência entre as variáveis por meio do teste do qui-quadrado ($p=0,04$) entretanto não houve correlação por meio do teste de Spearman.

Figura 1. Relação entre a raça da entrevistada e se possui o hábito de examinar as mamas em casa. Maringá – PR, 2008.

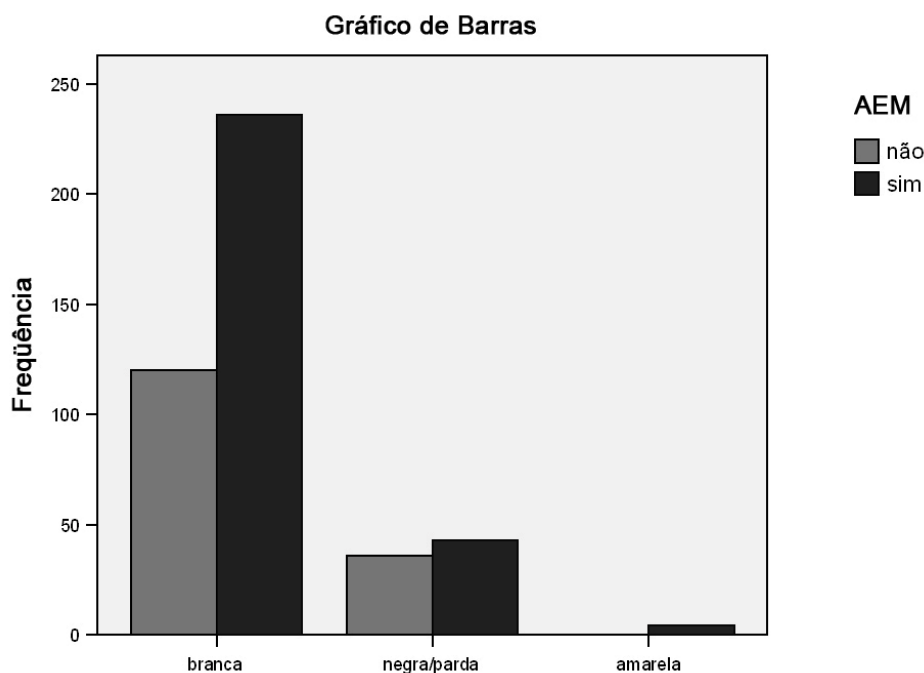


Tabela 13. Distribuição percentual da relação entre a classe econômica da entrevistada e se possui o hábito de examinar suas mamas em casa. Maringá – PR, 2008.

Classe econômica	AEM		total
	não	sim	
A1	50,00%	50,00%	100,00%
A2	0,60%	0,40%	0,50%
B1	34,30%	65,70%	100,00%
B2	7,70%	8,10%	8,00%
C	27,10%	72,90%	100,00%
D	12,20%	18,00%	15,90%
E	34,00%	66,00%	100,00%
total	52,60%	56,20%	54,90%
	49,40%	50,60%	100,00%
	26,90%	15,20%	19,40%
		100,00%	100,00%
		0,40%	0,20%
	35,50%	64,50%	100,00%
	100,00%	100,00%	100,00%

Teste do Qui-quadrado

	Valor	Graus de liberdade	Significância
Teste de Pearson Chi-Square	13,051(a)	6	,042
N de casos válidos	439		

Teste de correlação

	Valor de r	Erro padrão	Aproximações	Significância
Teste de Pearson's R (a)	-,115	,047	-2,424	,016(c)
Teste de Spearman	-,132	,048	-2,787	,006(c)
N de casos válidos	439			

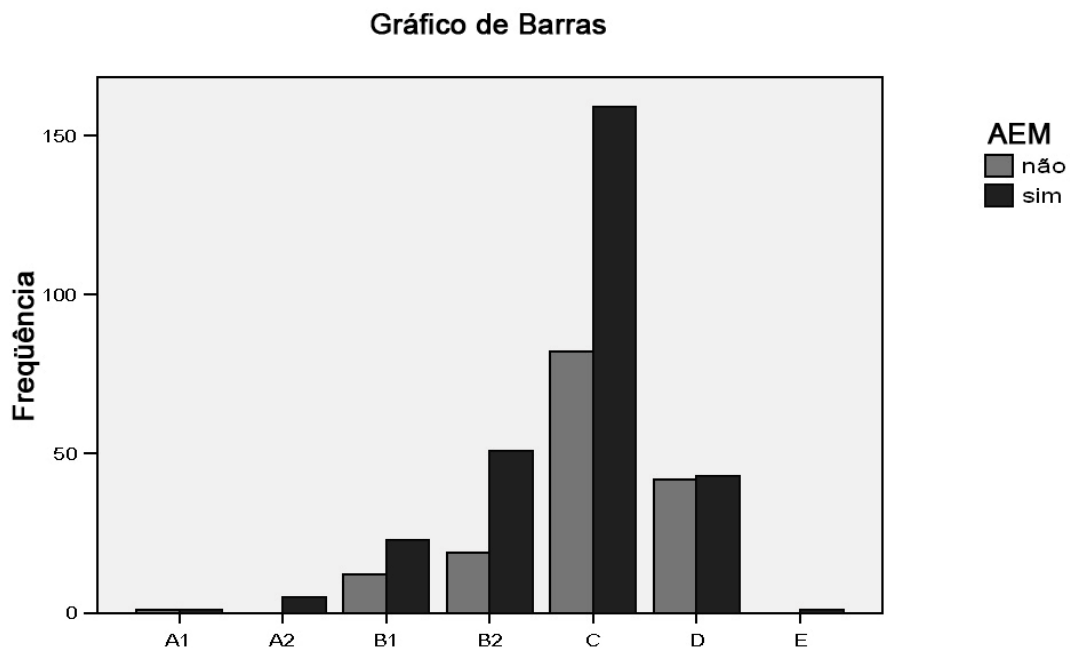
a Rejeita-se a hipótese nula.

b Usando o erro padrão assintótico rejeita-se a hipótese nula.

c Baseando-se numa distribuição normal.

Há uma forte correlação entre a classe econômica e a realização do AEM. As mulheres de classe econômica mais baixa (classe econômica D) são as que realizam menos o auto-exame das mamas. Pelo teste do qui-quadrado verifica-se que existe um grau de dependência entre as variáveis ($p=0,04$).

Figura 2. Relação entre a classe econômica da entrevistada e se possui o hábito de examinar suas mamas em casa. Maringá – PR, 2008.



Não existe correlação entre o auto-exame das mamas na população estudada e os seguintes fatores: escolaridade, religião, trabalho remunerado, estado civil, IMC, uso de tabaco, idade da menarca e da menopausa ($p>0,05$).

Tabela 14. Distribuição percentual da relação entre o uso de bebida alcoólica e se possui o hábito de examinar as mamas em casa. Maringá – PR, 2008.

Uso de bebida alcoólica	AEM		
	não	sim	total
não, nunca	40,10%	59,90%	100,00%
	85,90%	70,70%	76,10%
não, mas já bebi no passado	12,50%	87,50%	100,00%
	0,60%	2,50%	1,80%
bebo, mas socialmente	19,40%	80,60%	100,00%
	11,50%	26,50%	21,20%
hábito de beber toda semana	50,00%	50,00%	100,00%
	0,60%	0,40%	0,50%
hábito de beber todo dia	100,00%		100,00%
	1,30%		0,50%
Total	35,50%	64,50%	100,00%
	100,00%	100,00%	100,00%

Teste do Qui-quadrado

	Valor	Graus de liberdade	Significância
Teste de Pearson Chi-Square	19,357(a)	4	,001
N de casos válidos	439		

Teste de correlação

	Valor de r	Erro padrão	Aproximações	Significância
Teste de Pearson's R (a)	,142	,047	2,997	,003(c)
Teste de Spearman	,163	,044	3,456	,001(c)
N de casos válidos	439			

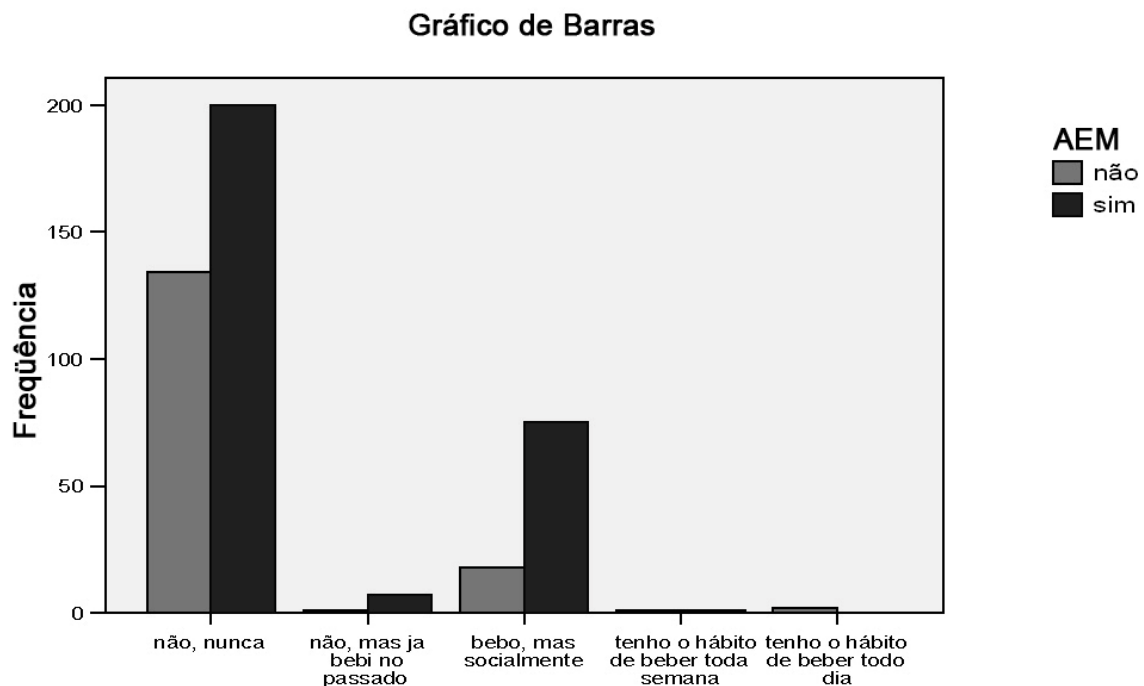
a Rejeita-se a hipótese nula.

b Usando o erro padrão assintótico rejeita-se a hipótese nula.

c Baseando-se numa distribuição normal.

Observa-se uma tendência linear estatisticamente significativa entre possuir o hábito de beber socialmente e realizar o auto-exame das mamas ($p=0,001$), sendo que essas mulheres são as que mais realizam esse exame. Há também um grau significativo de dependência entre essas variáveis ($p=0,001$).

Figura 3. Relação entre o uso de bebida alcoólica e se possui o hábito de examinar as mamas em casa. Maringá – PR, 2008.



Não há correlação entre já ter engravidado e o número de gestações com a realização do auto-exame das mamas. O mesmo observa-se entre a idade da mulher, quando do nascimento do primeiro filho, e a realização do AEM ($p>0,05$).

Outros fatores nos quais não se observou tendência linear estatisticamente significativa foram: aleitamento materno, possuir mãe, irmã ou filha com câncer de mama, possuir outro familiar, que não de primeiro grau, que tenha ou haja tido câncer de mama.

O resultado da biópsia (entre as mulheres que já realizaram esse exame) e ter câncer de mama não apresentam correlação com o AEM.

Tabela 15. Distribuição percentual da relação entre a utilização de terapia de reposição hormonal e o hábito de examinar as mamas em casa. Maringá – PR, 2008.

Terapia de reposição hormonal	AEM		total
	não	sim	
não, nunca fez	39,10%	60,90%	100,00%
	76,30%	65,40%	69,20%
sim, está fazendo	27,10%	72,90%	100,00%
	8,30%	12,40%	10,90%
fez, mas já parou	27,90%	72,10%	100,00%
	15,40%	21,90%	19,60%
não sabe/não respondeu		100,00%	100,00%
		0,40%	0,20%
Total	35,50%	64,50%	100,00%
	100,00%	100,00%	100,00%

Teste do Qui-quadrado

	Valor	Graus de liberdade	Significância
Teste de Pearson Chi-Square	5,962(a)	3	,113
N de casos válidos	439		

Teste de correlação

	Valor de r	Erro padrão	Aproximações	Significância
Teste de Pearson's R (a)	,107	,045	2,255	,025(c)
Teste de Spearman	,111	,046	2,345	,019(c)
N de casos válidos	439			

a Rejeita-se a hipótese nula.

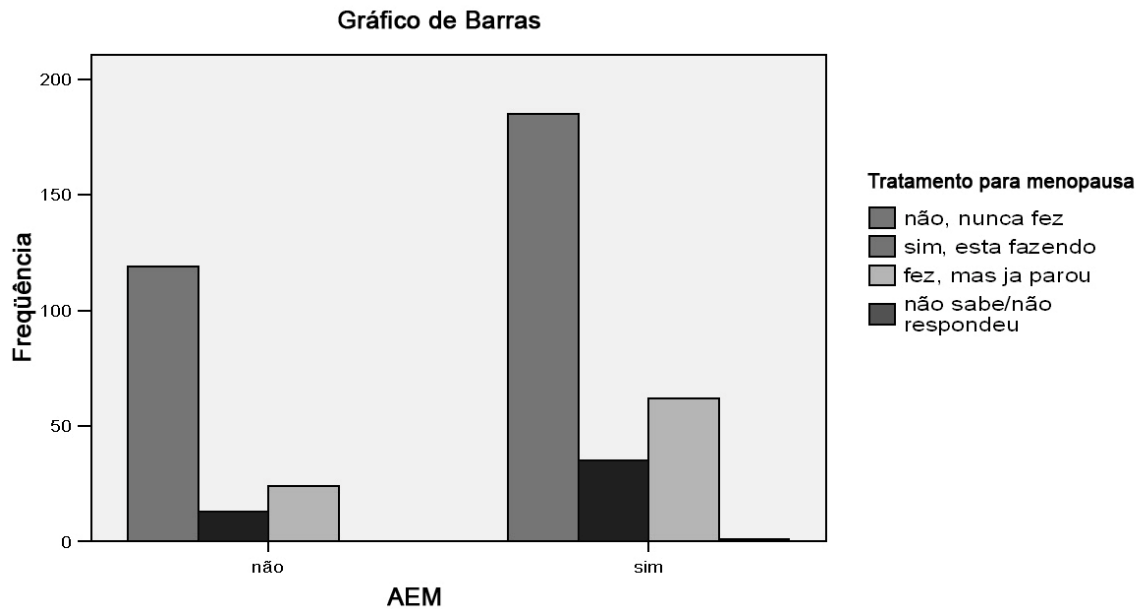
b Usando o erro padrão assintótico rejeita-se a hipótese nula.

c Baseando-se numa distribuição normal.

Existe uma tendência linear estatisticamente significativa (teste de correlação) entre esses fatores estudados ($p=0,01$), porém não foi observado grau significativo de dependência entre as variáveis por meio do teste do qui-quadrado ($p>0,05$). Os resultados permitem afirmar que as mulheres que nunca fizeram tratamento para

menopausa são as que menos realizam o AEM, ao passo que as que já fizeram ou ainda fazem são as que mais o realizam.

Figura 4. Relação entre a utilização de terapia de reposição hormonal e o hábito de examinar as mamas em casa. Maringá – PR, 2008.



O tempo em que a mulher teve doença benigna da mama não tem correlação com a realização do AEM.

5.5 FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DO EXAME CLÍNICO DAS MAMAS

Esse capítulo aborda as variáveis independentes que estão associadas a realização do exame clínico das mamas em Maringá - PR. Essas variáveis são: classe econômica, escolaridade, idade da menarca e realização de tratamento para menopausa.

Tabela 16. Distribuição percentual da relação entre a faixa etária das entrevistadas e se na última consulta ginecológica o médico ou a enfermeira examinou suas mamas. Maringá – PR, 2008.

Faixa etária	ECM				total
	Sim	não	não lembra	não respondeu	
40 a 50	73,10%	23,90%	1,50%	1,50%	100,00%
	46,80%	45,30%	27,30%	37,50%	45,80%
51 a 60	73,10%	23,10%	2,30%	1,50%	100,00%
	30,30%	28,30%	27,30%	25,00%	29,60%
61 a 69	66,70%	25,90%	4,60%	2,80%	100,00%
	22,90%	26,40%	45,50%	37,50%	24,60%
Total	71,50%	24,10%	2,50%	1,80%	100,00%
	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Quanto à realização do exame clínico das mamas nas diferentes faixas etárias não houve correlação. As mulheres acima de 60 anos são as que relataram com maior frequência não se lembrar de exames feitos nas mamas por médicos ou enfermeiras na última consulta ginecológica. Ao contrário, as mulheres de 40 a 50 anos são as que mais se lembram.

Não existe tendência linear estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre a raça da entrevistada e na última consulta ginecológica o médico ou a enfermeira ter examinado suas mamas. A realização do exame clínico das mamas realizado por médicos ou enfermeiras distribuem-se igualmente entre as entrevistadas brancas e negras/pardas e amarelas.

Tabela 17. Distribuição percentual da relação entre a classe econômica da entrevistada e se na última consulta ginecológica o médico ou a enfermeira examinaram suas mamas. Maringá – PR, 2008.

Classe econômica	ECM				total
	sim	não	não lembra	não respondeu	
A1	100,00%				100,00%
	0,60%				0,50%
A2	100,00%				100,00%
	1,60%				1,10%
B1	94,30%	2,90%		2,90%	100,00%
	10,50%	0,90%		12,50%	8,00%
B2	80,00%	17,10%	2,90%		100,00%
	17,80%	11,30%	18,20%		15,90%
C	70,50%	25,30%	2,10%	2,10%	100,00%
	54,10%	57,50%	45,50%	62,50%	54,90%
D	56,50%	36,50%	4,70%	2,40%	100,00%
	15,30%	29,20%	36,40%	25,00%	19,40%
E		100,00%			100,00%
		0,90%			0,20%
total	71,50%	24,10%	2,50%	1,80%	100,00%
	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Teste do Qui-quadrado

	Valor	Graus de liberdade	Significância
Teste de Pearson Chi-Square	29,795(a)	18	,039
N de casos válidos	439		

Teste de correlação

	Valor de r	Erro padrão	Aproximações	Significância
Teste de Pearson's R (a)	,199	,041	4,243	,000(c)
Teste de Spearman	,228	,044	4,903	,000(c)
N de casos válidos	439			

a Rejeita-se a hipótese nula.

b Usando o erro padrão assintótico rejeita-se a hipótese nula.

c Baseando-se numa distribuição normal.

Observa-se uma tendência linear estatisticamente significativa (0,000) entre as mulheres de classe social D e o fato de não terem suas mamas examinadas

cl clinicamente na última consulta ginecológica. Por meio do teste do qui-quadrado observa-se que entre essas variáveis há também um grau de dependência (0,03).

Esses dados sugerem que quanto menor a classe econômica da mulher, menor a oferta do exame clínico das mamas, pois há uma proporção maior de não realização desse exame do que nas outras classes.

Figura 5. Relação entre a classe econômica da entrevistada e se na última consulta ginecológica o médico ou a enfermeira examinaram suas mamas. Maringá – PR, 2008.

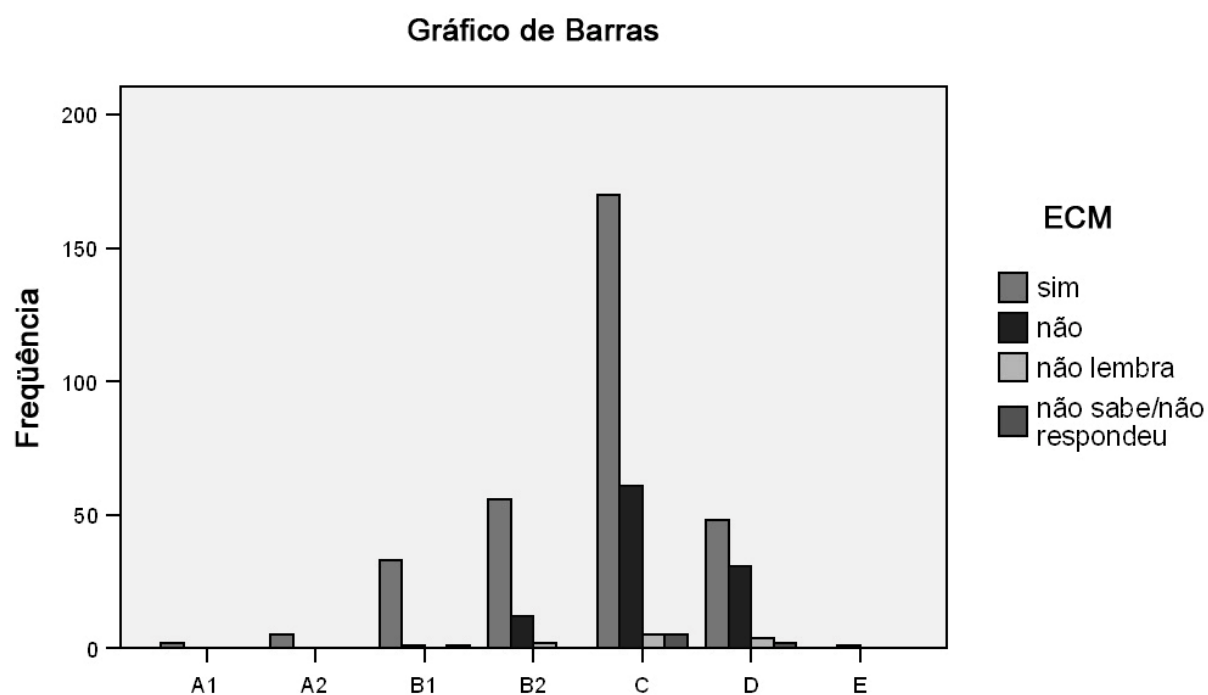


Tabela 18. Distribuição percentual da relação entre a escolaridade das entrevistadas e se na última consulta ginecológica o médico ou a enfermeira realizou o exame clínico das mamas. Maringá – PR, 2008.

Escolaridade	ECM				total
	sim	Não	não lembra	não respondeu	
analfabeto	55,40%	34,80%	5,40%	4,30%	100,00%
	16,20%	30,20%	45,50%	50,00%	21,00%
primário incompleto	69,80%	26,80%	2,00%	1,30%	100,00%
primário completo	33,10%	37,70%	27,30%	25,00%	33,90%
ginasial incompleto	79,70%	15,60%	4,70%		100,00%
ginasial completo	16,20%	9,40%	27,30%		14,60%
colegial incompleto	75,00%	23,00%		2,00%	100,00%
colegial completo	23,90%	21,70%		25,00%	22,80%
superior incompleto	97,10%	2,90%			100,00%
superior completo	10,50%	0,90%			7,70%
total	71,50%	24,10%	2,50%	1,80%	100,00%
	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Teste do Qui-quadrado

	Valor	Graus de liberdade	Significância
Teste de Pearson Chi-Square	33,406(a)	12	,001
N de casos válidos	439		

Teste de correlação

	Valor de r	Erro padrão	Aproximações	Significância
Teste de Pearson's R (a)	-,210	,043	-4,492	,000(c)
Teste de Spearman	-,220	,045	-4,713	,000(c)
N de casos válidos	439			

a Rejeita-se a hipótese nula.

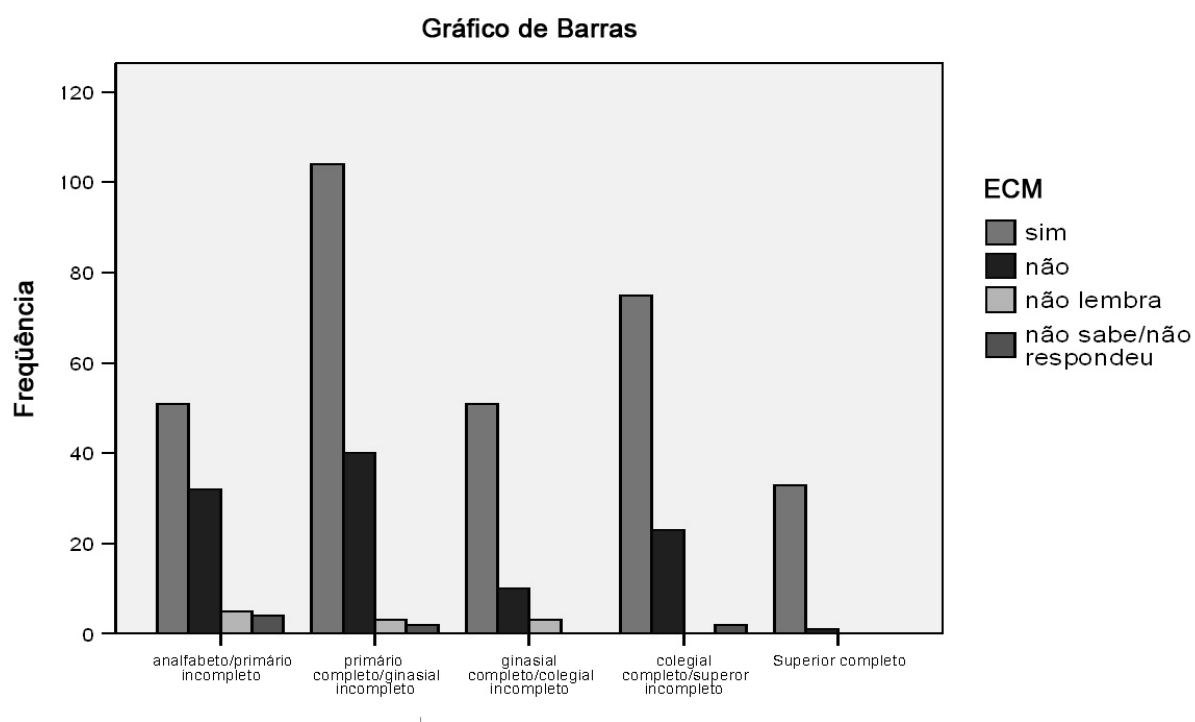
b Usando o erro padrão assintótico rejeita-se a hipótese nula.

c Baseando-se numa distribuição normal.

Pelo teste de Spearman verifica-se que existe uma diferença significativa entre as proporções, isto é, existe um grau de dependência entre as variáveis ($p=0,001$).

Logo, a população pesquisada de mulheres com menor grau de escolaridade são aquelas que tiveram menos as suas mamas examinadas clinicamente ao passo que as que possuem superior completo e ginasial completo apresentam um percentual menor.

Figura 6. Relação entre o grau de instrução das entrevistadas e se na última consulta ginecológica o médico ou a enfermeira realizou o exame clínico das mamas. Maringá – PR, 2008.



As variáveis: trabalho remunerado, religião, estado civil, IMC, fumo, uso de álcool, menopausa, gestação, idade em que nasceu o primeiro filho e aleitamento materno não possuem correlação com a realização do exame clínico das mamas.

Também não há tendência linear estatisticamente significativa entre os fatores: possuir mãe, irmã, filha ou outro familiar com câncer de mama, resultado da biópsia, possuir ou não câncer de mama e tempo que teve doença benigna da mama e a variável dependente exame clínico das mamas.

Tabela 19. Distribuição percentual da relação entre o a idade da menarca e realização de exame clínico das mamas na última consulta ginecológica. Maringá – PR, 2008.

menarca	ECM				total
	sim	não	não lembra	não respondeu	
não lembra	37,50%	12,50%		50,00%	100,00%
	1,00%	0,90%		50,00%	1,80%
9 a 12 anos	75,30%	20,40%	3,70%	0,60%	100,00%
	38,90%	31,10%	54,50%	12,50%	36,90%
13 a 15 anos	70,50%	26,50%	1,70%	1,30%	100,00%
	52,50%	58,50%	36,40%	37,50%	53,30%
16 a 18 anos	68,60%	28,60%	2,90%		100,00%
	7,60%	9,40%	9,10%		8,00%
total	71,50%	24,10%	2,50%	1,80%	100,00%
	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Teste do Qui-quadrado

	Valor	Graus de liberdade	Significância
Teste de Pearson Chi-Square	109,857(a)	9	,000
N de casos válidos	439		

Teste de correlação

	Valor de r	Erro padrão	Aproximações	Significância
Teste de Pearson's R (a)	-,118	,076	-2,494	,013(c)
Teste de Spearman	,010	,050	,212	,832(c)
N de casos válidos	439			

a Rejeita-se a hipótese nula.

b Usando o erro padrão assintótico rejeita-se a hipótese nula.

c Baseando-se numa distribuição normal.

As mulheres cuja menarca ocorreu entre 13 a 15 anos são as que menos tiveram suas mamas examinadas clinicamente pelo médico ou enfermeira na última consulta ginecológica. Entretanto, as entrevistadas onde a menarca ocorreu entre 9 a 12 anos tiveram mais as mamas examinadas na última consulta ($p=0,000$).

Figura 7. Relação entre o a idade da menarca e realização de exame clínico das mamas na última consulta ginecológica. Maringá – PR, 2008.

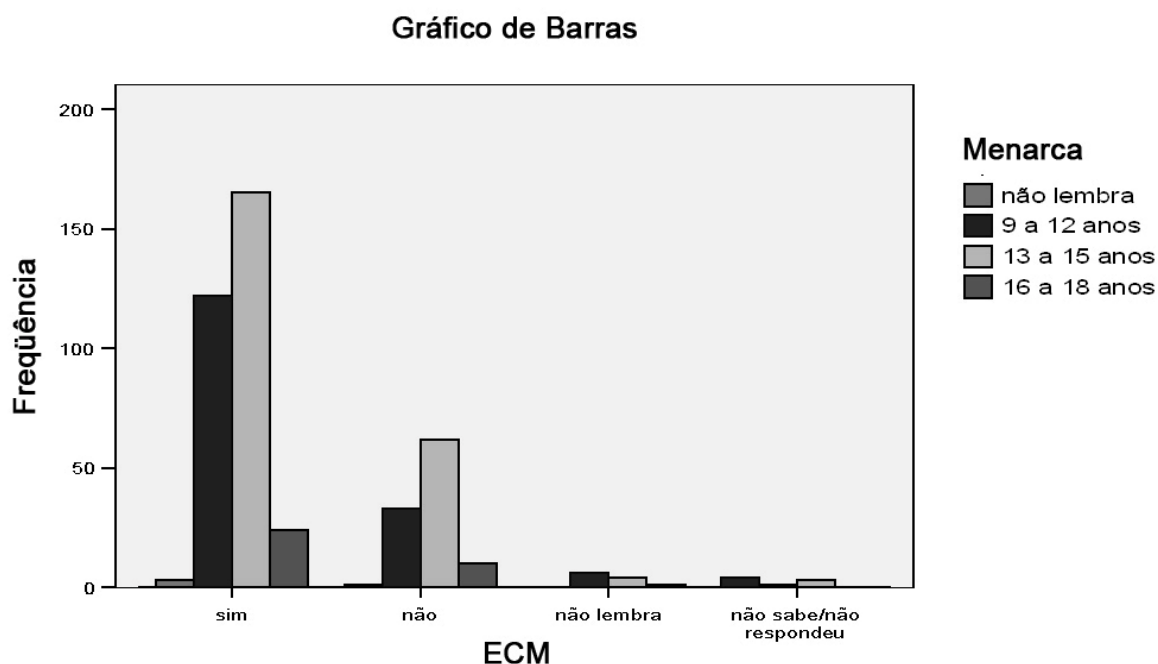


Tabela 20. Distribuição percentual da relação entre o tratamento para menopausa e realização de exame clínico das mamas na última consulta ginecológica. Maringá – PR, 2008.

Terapia de	ECM				total	
	sim	Não	não lembra	não respondeu		
Reposição hormonal	não, nunca fez	69,40%	25,70%	2,60%	2,30%	100,00%
	sim, está fazendo	67,20%	73,60%	72,70%	87,50%	69,20%
fez, mas já parou	9,90%	14,20%	9,10%	12,50%	10,90%	100,00%
	82,60%	15,10%	2,30%			100,00%
não sabe/não respondeu	22,60%	12,30%	18,20%		19,60%	100,00%
	100,00%					100,00%
total	0,30%				0,20%	100,00%
	71,50%	24,10%	2,50%	1,80%		100,00%
	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%		100,00%

Teste do Qui-quadrado

	Valor	Graus de liberdade	Significância
Teste de Pearson Chi-Square N de casos válidos	8,605(a) 439	9	,474

Teste de correlação

	Valor de r	Erro padrão	Aproximações	Significância
Teste de Pearson's R (a)	-,105	,039	-2,210	,028(c)
Spearman Correlation	-,090	,044	-1,898	,058(c)
N de casos válidos	439			

a Rejeita-se a hipótese nula.

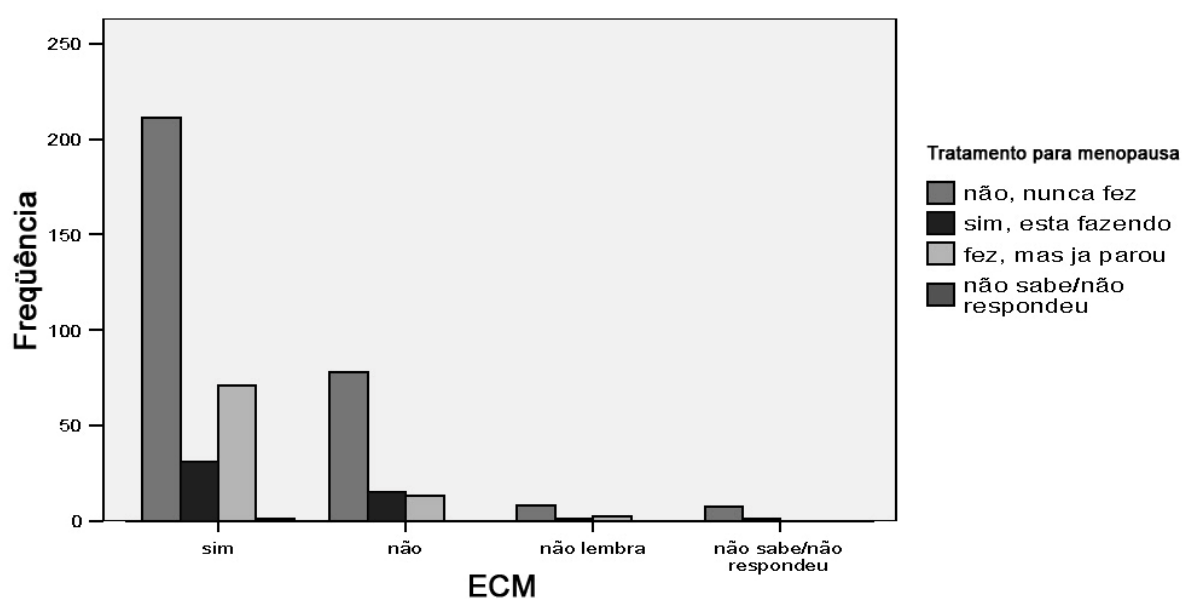
b Usando o erro padrão assintótico rejeita-se a hipótese nula.

c Baseando-se numa distribuição normal.

As mulheres que fizeram mas já pararam o tratamento para menopausa são as que mais tiveram suas mamas examinadas ($p=0,02$).

Figura 8. Relação entre o tratamento para menopausa e realização de exame clínico das mamas na última consulta ginecológica. Maringá – PR, 2008.

Gráfico de Barras



5.6 FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DA MAMOGRAFIA

Os fatores faixa etária, raça/cor, classe econômica, religião, idade da menarca, idade da menopausa, número de gestações e realização de tratamento para menopausa são fatores que estão associados à realização da mamografia e serão abordados neste capítulo.

Tabela 21. Distribuição percentual da relação entre a faixa etária das entrevistadas e se já realizou mamografia alguma vez na vida. Maringá – PR, 2008.

Faixa etária	Mamografia		total
	não	sim	
40 a 50	29,40%	70,60%	100,00%
	64,10%	40,90%	45,80%
51 a 60	9,20%	90,80%	100,00%
	13,00%	34,00%	29,60%
61 a 69	19,40%	80,60%	100,00%
	22,80%	25,10%	24,60%
total	21,00%	79,00%	100,00%
	100,00%	100,00%	100,00%

Teste do Qui-quadrado

	Valor	Graus de liberdade	Significância
Teste de Pearson Chi-Square	19,495(a)	2	,000
N de casos válidos	439		

Teste de correlação

	Valor de r	Erro padrão	Aproximações	Significância
Teste de Pearson's R (a)	,128	,049	2,690	,007(c)
Teste de Spearman	,142	,049	2,999	,003(c)
N de casos válidos	439			

a Rejeita-se a hipótese nula.

b Usando o erro padrão assintótico rejeita-se a hipótese nula.

c Baseando-se numa distribuição normal.

As mulheres com idade entre 51 a 60 anos foram o grupo que mais fizeram mamografia, porém o grupo de idade entre 40 e 50 anos foram as que menos fizeram esse exame. O teste do qui-quadrado demonstrou que há uma dependência entre as variáveis em estudo ($p=0,000$).

Figura 9. Relação entre a faixa etária das entrevistadas e se já realizou mamografia alguma vez na vida. Maringá – PR, 2008.

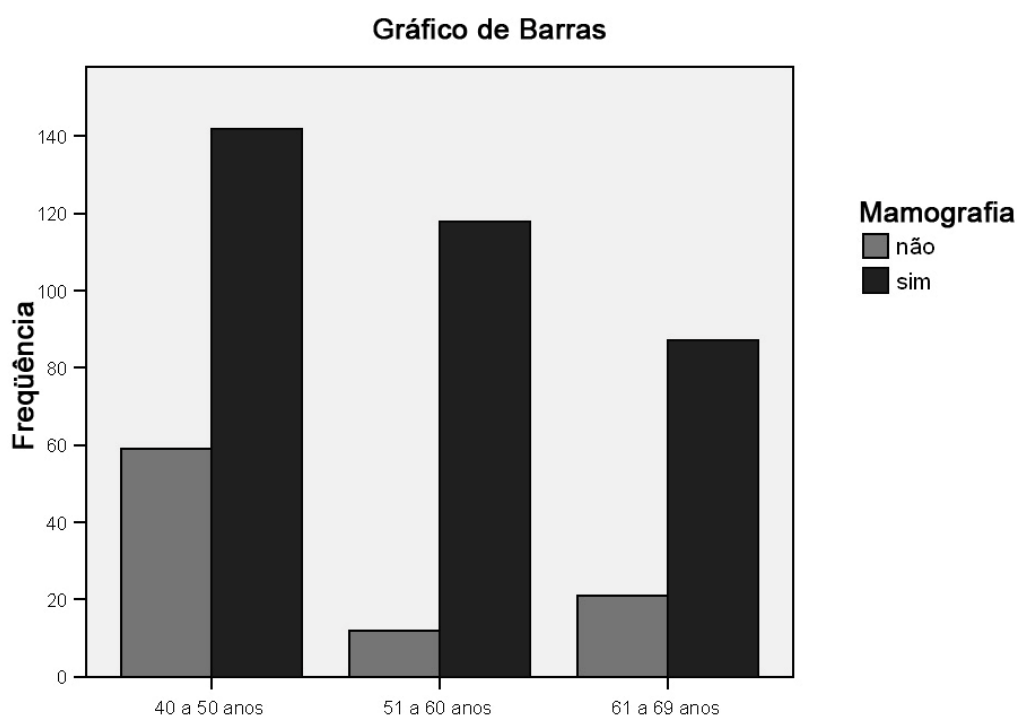


Tabela 22. Distribuição percentual da relação entre a raça da entrevistada e se já realizou mamografia alguma vez na vida. Maringá – PR, 2008.

Raça	Mamografia		total
	Não	sim	
branca	19,10%	80,90%	100,00%
	73,90%	83,00%	81,10%
negra/parda	29,10%	70,90%	100,00%
	25,00%	16,10%	18,00%
amarela	25,00%	75,00%	100,00%
	1,10%	0,90%	0,90%
total	21,00%	79,00%	100,00%
	100,00%	100,00%	100,00%

Teste do Qui-quadrado

	Valor	Graus de liberdade	Significância
Teste de Pearson Chi-Square	3,953(a)	2	,139
N de casos válidos	439		

Teste de correlação

	Valor de r	Erro padrão	Aproximações	Significância
Teste de Pearson's R (a)	-,090	,052	-1,889	,060(c)
Teste de Spearman	-,094	,052	-1,972	,049(c)
N de casos válidos	439			

a Rejeita-se a hipótese nula.

b Usando o erro padrão assintótico rejeita-se a hipótese nula.

c Baseando-se numa distribuição normal.

Existe uma correlação entre as variáveis ($p=0,04$) porém não há uma dependência significativa ($p>0,05$). As mulheres negras/pardas constituem o grupo das que menos realizaram mamografia alguma vez na vida.

Figura 10. Relação entre a raça da entrevistada e se já realizou mamografia alguma vez na vida. Maringá – PR, 2008.

Gráfico de Barras

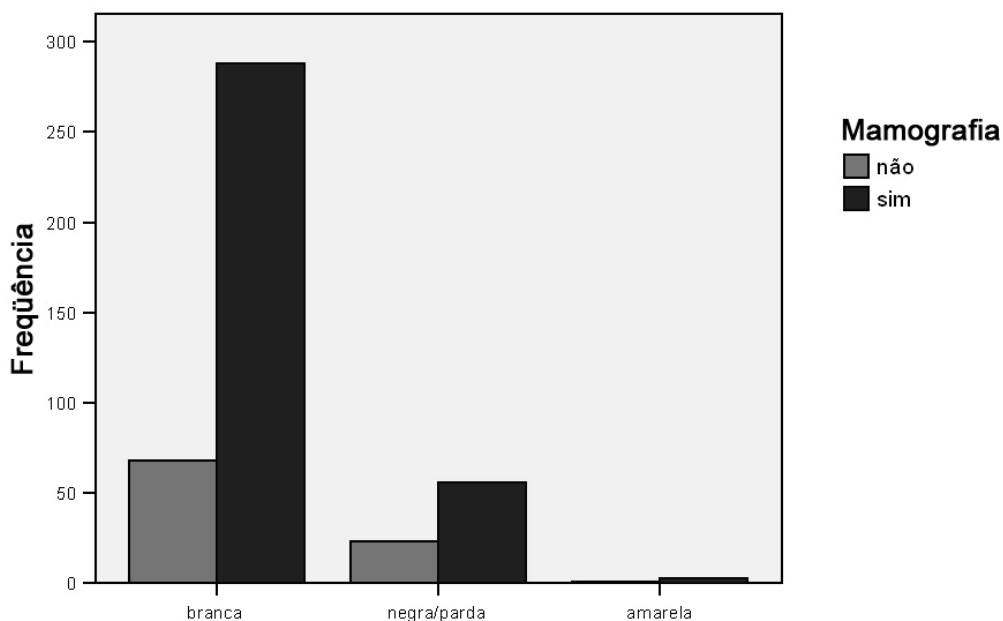


Tabela 23. Distribuição percentual da relação entre a classe econômica da entrevistada e se já realizou mamografia alguma vez na vida. Maringá – PR, 2008.

Classe econômica	Mamografia		
	Não	sim	total
A1		100,00%	100,00%
A2	20,00%	0,60%	0,50%
	1,10%	80,00%	100,00%
B1	17,10%	1,20%	1,10%
	6,50%	82,90%	100,00%
B2	17,10%	8,40%	8,00%
	13,00%	82,90%	100,00%
C	17,00%	16,70%	15,90%
	44,60%	83,00%	100,00%
D	37,60%	57,60%	54,90%
	34,80%	62,40%	100,00%
E		15,30%	19,40%
		100,00%	100,00%
		0,30%	0,20%
Total	21,00%	79,00%	100,00%
	100,00%	100,00%	100,00%

Teste do Qui-quadrado

	Valor	Graus de liberdade	Significância
Teste de Pearson Chi-Square	18,278(a)	6	,006
N de casos válidos	439		

Teste de correlação

	Valor de r	Erro padrão	Aproximações	Significância
Teste de Pearson's R (a)	-,129	,047	-2,716	,007(c)
Teste de Spearman	-,149	,050	-3,160	,002(c)
N de casos válidos	439			

a Rejeita-se a hipótese nula.

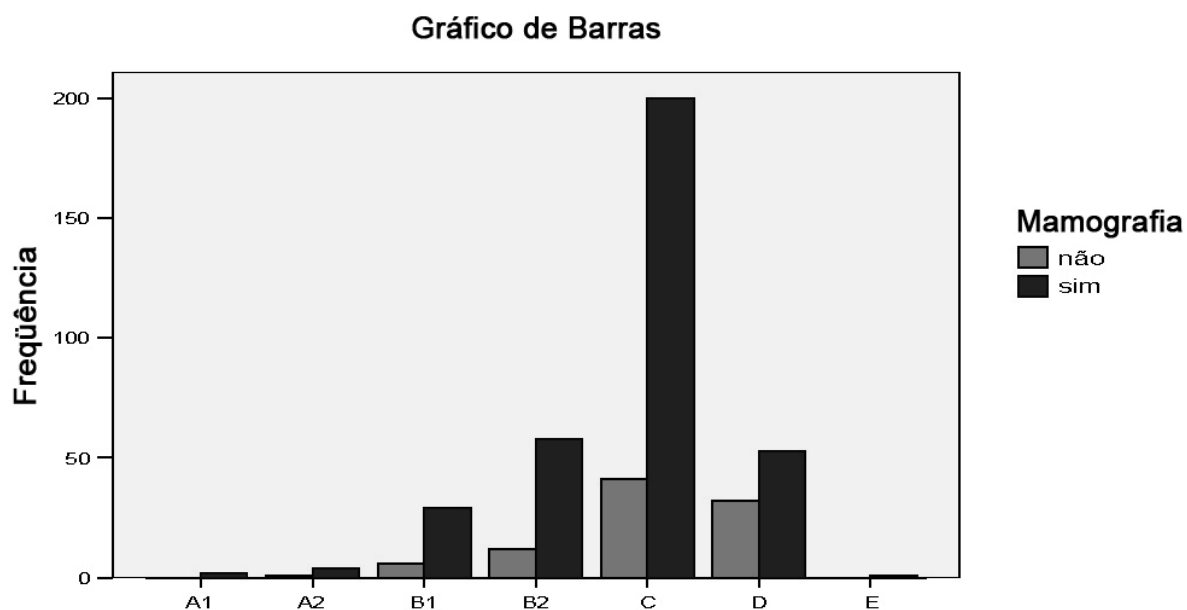
b Usando o erro padrão assintótico rejeita-se a hipótese nula.

c Baseando-se numa distribuição normal

Pelo teste de Spearman verifica-se que existe uma diferença significativa entre as proporções, isto é existe um grau de dependência entre as variáveis ($p=0,006$).

Esses dados demonstram que a população pesquisada pertencente à camada social mais baixa (classe econômica D) é aquela que apresenta as menores prevalências de realização de mamografia alguma vez na vida.

Figura 11. Relação entre a classe econômica da entrevistada e se já realizou mamografia alguma vez na vida. Maringá – PR, 2008.



Não há correlação entre o grau de instrução, trabalho remunerado, estado civil, IMC, uso de cigarro e álcool e ter realizado mamografia alguma vez na vida ($p > 0,05$).

A idade em que nasceu o primeiro filho, se realizou aleitamento materno, histórico familiar de câncer de mama, resultado da biópsia, histórico pessoal de câncer de mama ou de doença benigna da mama são variáveis independentes que não apresentam tendência linear estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Tabela 24. Distribuição percentual da relação entre a religião da entrevistada e se já realizou mamografia alguma vez na vida. Maringá – PR, 2008.

Religião	Mamografia		
	não	sim	total
católica	17,30%	82,70%	100,00%
	55,40%	70,30%	67,20%
evangélica	28,60%	71,40%	100,00%
	39,10%	25,90%	28,70%
outra	40,00%	60,00%	100,00%
	2,20%	0,90%	1,10%
sem religião	23,10%	76,90%	100,00%
	3,30%	2,90%	3,00%
Total	21,00%	79,00%	100,00%
	100,00%	100,00%	100,00%

Teste do Qui-quadrado

	Valor	Graus de liberdade	Significância
Teste de Pearson Chi-Square	7,937(a)	3	,047
N de casos válidos	439		

Teste de correlação

	Valor de r	Erro padrão	Aproximações	Significância
Teste de Pearson's R (a)	-,104	,050	-2,185	,029(c)
Teste de Spearman	-,127	,050	-2,679	,008(c)
N de casos válidos	439			

a Rejeita-se a hipótese nula.

b Usando o erro padrão assintótico rejeita-se a hipótese nula.

c Baseando-se numa distribuição normal

Percebe-se que as mulheres evangélicas foram as que menos realizaram a mamografia alguma vez na vida. Através do teste de Spearman observa-se que há correlação entre as variáveis em estudo ($p=0,008$).

Tabela 25. Distribuição percentual da relação entre a idade da menarca e se já realizou mamografia alguma vez na vida. Maringá – PR, 2008.

Idade da menarca	Mamografia		
	não	sim	total
não lembra	62,50%	37,50%	100,00%
	5,40%	0,90%	1,80%
9 a 12 anos	21,00%	79,00%	100,00%
	37,00%	36,90%	36,90%
13 a 15 anos	19,20%	80,80%	100,00%
	48,90%	54,50%	53,30%
16 a 18 anos	22,90%	77,10%	100,00%
	8,70%	7,80%	8,00%
Total	21,00%	79,00%	100,00%
	100,00%	100,00%	100,00%

Teste do Qui-quadrado

	Valor	Graus de liberdade	Significância
Teste de Pearson Chi-Square	8,832(a)	3	,032
N de casos válidos	439		

Teste de correlação

	Valor de r	Erro padrão	Aproximações	Significância
Teste de Pearson's R (a)	,074	,055	1,561	,119(c)
Teste de Spearman	,043	,050	,891	,374(c)
N de casos válidos	439			

a Rejeita-se a hipótese nula.

b Usando o erro padrão assintótico rejeita-se a hipótese nula.

c Baseando-se numa distribuição normal

O teste do qui-quadrado resultou em uma dependência entre as variáveis ($p=0,03$), ou seja, em mulheres onde a menarca ocorreu entre 13 a 15 anos houve uma maior realização de mamografia alguma vez na vida.

Figura 12. Relação entre a idade da menarca e se já realizou mamografia alguma vez na vida. Maringá – PR, 2008.

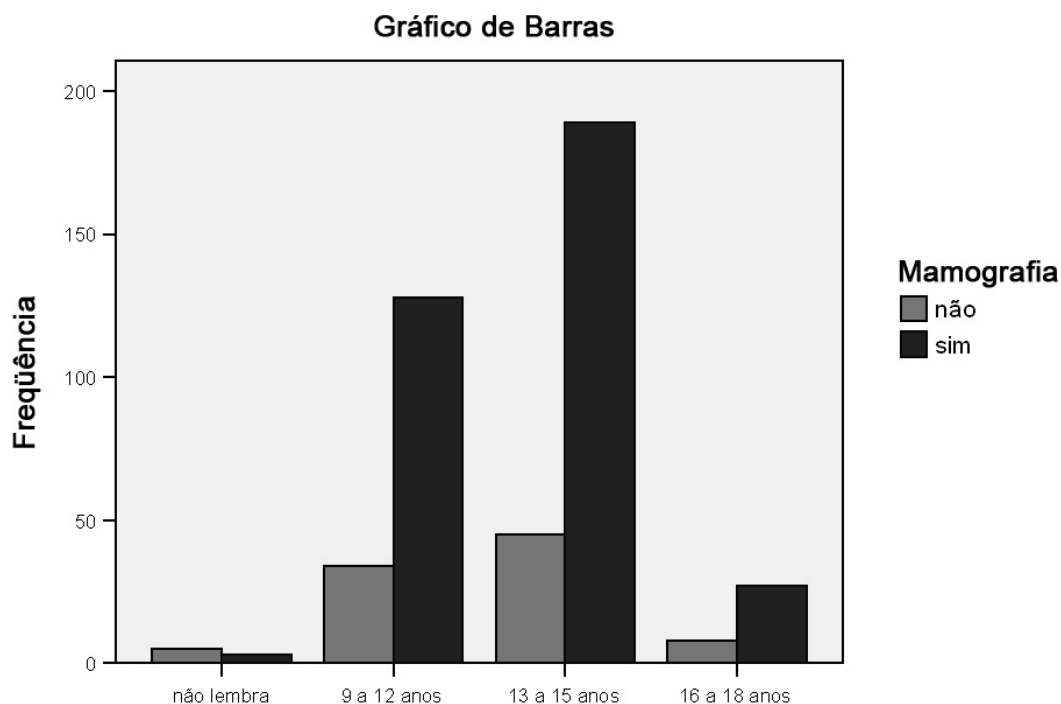


Tabela 26. Distribuição percentual da relação entre a idade da menopausa e se já realizou mamografia alguma vez na vida. Maringá – PR, 2008.

Menopausa	Mamografia		total
	não	sim	
não parei ainda	30,40%	69,60%	100,00%
não lembro	52,20%	31,70%	36,00%
24 a 31 anos	50,00%	50,00%	100,00%
32 a 39 anos	1,10%	0,30%	0,50%
40 a 47 anos	25,00%	75,00%	100,00%
48 a 55 anos	1,10%	0,90%	0,90%
56 a 63 anos	12,90%	87,10%	100,00%
Total	4,30%	7,80%	7,10%
	18,20%	81,80%	100,00%
	17,40%	20,70%	20,00%
	15,00%	85,00%	100,00%
	22,80%	34,30%	31,90%
	6,30%	93,80%	100,00%
	1,10%	4,30%	3,60%
Total	21,00%	79,00%	100,00%
	100,00%	100,00%	100,00%

Teste do Qui-quadrado

	Valor	Graus de liberdade	Significância
Teste de Pearson Chi-Square	16,238(a)	6	,013
N de casos válidos	439		

Teste de correlação

	Valor de r	Erro padrão	Aproximações	Significância
Teste de Pearson's R (a)	,180	,048	3,820	,000(c)
Teste de Spearman	,171	,046	3,624	,000(c)
N de casos válidos	439			

a Rejeita-se a hipótese nula.

b Usando o erro padrão assintótico rejeita-se a hipótese nula.

c Baseando-se numa distribuição normal

O teste de Spearman demonstrou que há uma correlação entre as variáveis ($p=0,000$) e pelo teste do qui-quadrado observa-se que há uma dependência significativa entre os fatores ($p=0,01$). Em mulheres cuja menopausa ocorreu entre 48 e 55 anos constatou-se uma maior realização de mamografia alguma vez na vida e entre aquelas que não pararam ainda de menstruar a realizaram menos.

Figura 13. Relação entre a idade da menopausa e se já realizou mamografia alguma vez na vida. Maringá – PR, 2008.

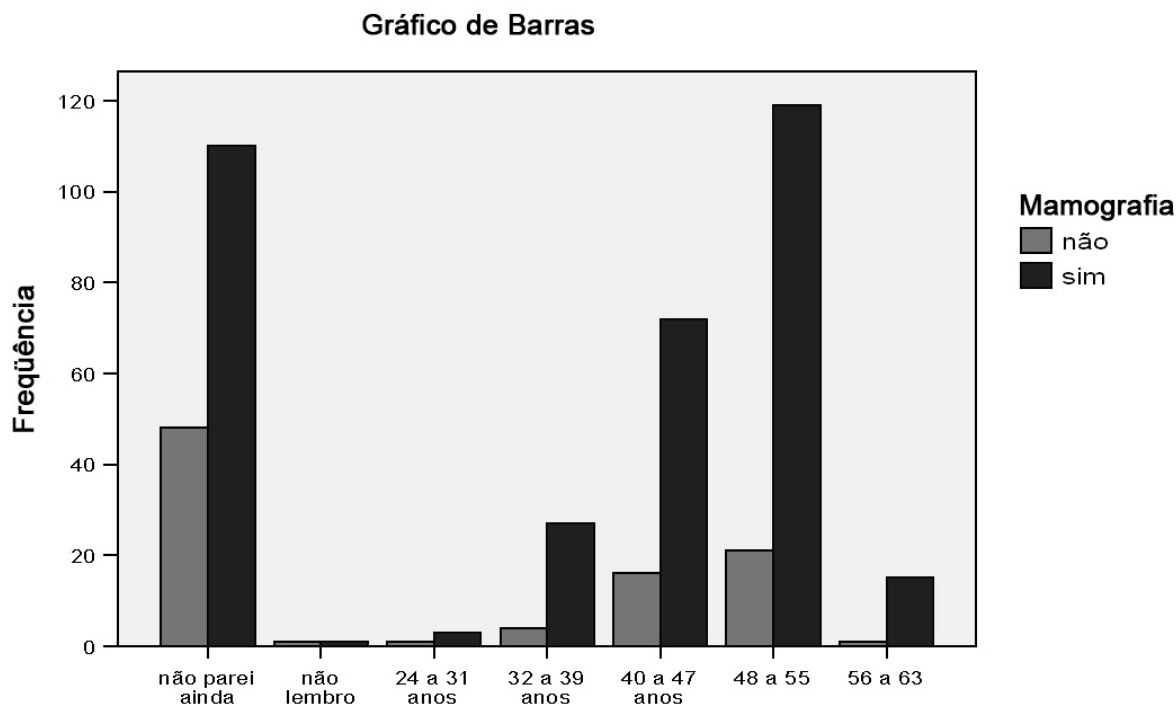


Tabela 27. Distribuição percentual da relação entre o número de gestações e se já realizou mamografia alguma vez na vida. Maringá – PR, 2008.

Número de gestações	Mamografia		Total
	não	sim	
nenhuma	16,70%	83,30%	100,00%
	5,40%	7,20%	6,80%
uma	11,40%	88,60%	100,00%
	5,40%	11,20%	10,00%
duas	26,90%	73,10%	100,00%
	34,80%	25,10%	27,10%
três	17,60%	82,40%	100,00%
	17,40%	21,60%	20,70%
quatro	12,50%	87,50%	100,00%
	8,70%	16,10%	14,60%
cinco ou mais	28,60%	71,40%	100,00%
	28,30%	18,70%	20,70%
Total	21,00%	79,00%	100,00%
	100,00%	100,00%	100,00%

Teste do Qui-quadrado

	Valor	Graus de liberdade	Significância
Teste de Pearson Chi-Square	11,881(a)	5	,036
N de casos válidos	439		

Teste de correlação

	Valor de r	Erro padrão	Aproximações	Significância
Teste de Pearson's R (a)	-,051	,048	-1,069	,285(c)
Teste de Spearman	-,045	,048	-,933	,351(c)
N de casos válidos	439			

a Rejeita-se a hipótese nula.

b Usando o erro padrão assintótico rejeita-se a hipótese nula.

c Baseando-se numa distribuição normal

As mulheres que relataram possuir dois filhos ou cinco filhos ou mais são que menos realizaram a mamografia ($p=0,03$).

Figura 14. Distribuição percentual da relação entre o número de gestações e se já realizou mamografia alguma vez na vida. Maringá – PR, 2008.

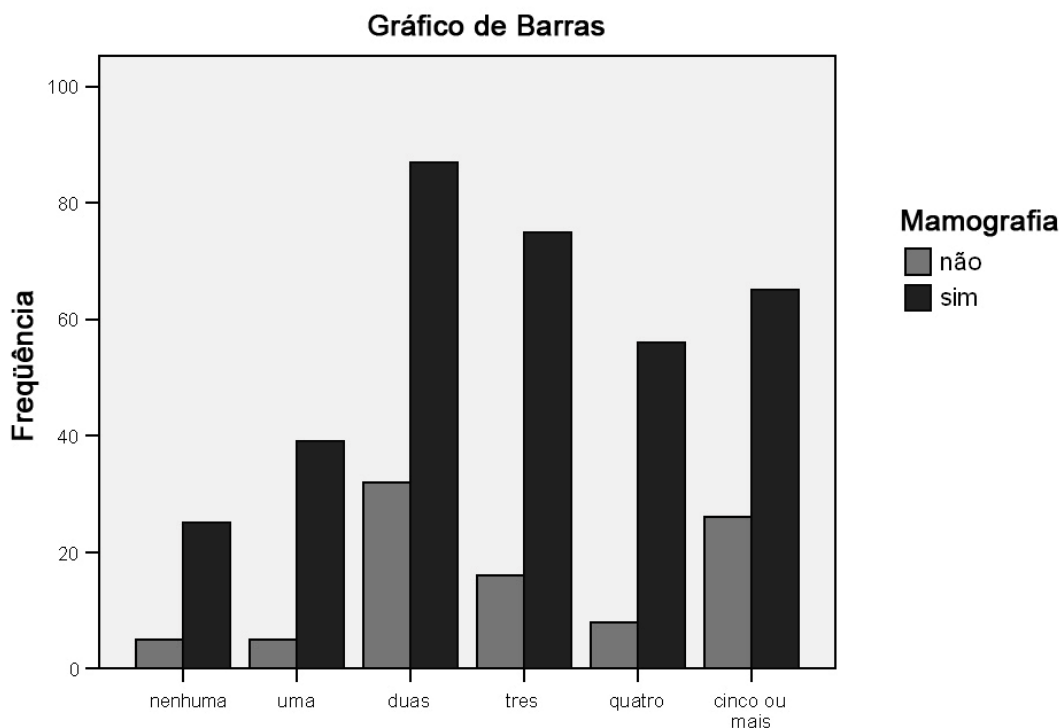


Tabela 28. Distribuição percentual da relação entre a realização de tratamento para menopausa e se já realizou mamografia alguma vez na vida. Maringá – PR, 2008.

Terapia de reposição hormonal	Mamografia		Total
	não	sim	
não, nunca fez	26,30%	73,70%	100,00%
	87,00%	64,60%	69,20%
sim, está fazendo	6,30%	93,80%	100,00%
	3,30%	13,00%	10,90%
fez, mas já parou	10,50%	89,50%	100,00%
	9,80%	22,20%	19,60%
não respondeu		100,00%	100,00%
		0,30%	0,20%
total	21,00%	79,00%	100,00%
	100,00%	100,00%	100,00%

Teste do Qui-quadrado

	Valor	Graus de liberdade	Significância
Teste de Pearson Chi-Square	17,518(a)	3	,001
N de casos válidos	439		

Teste de correlação

	Valor de r	Erro padrão	Aproximações	Significância
Teste de Pearson's R (a)	,178	,039	3,779	,000(c)
Teste de Spearman	,190	,039	4,048	,000(c)
N de casos válidos	439			

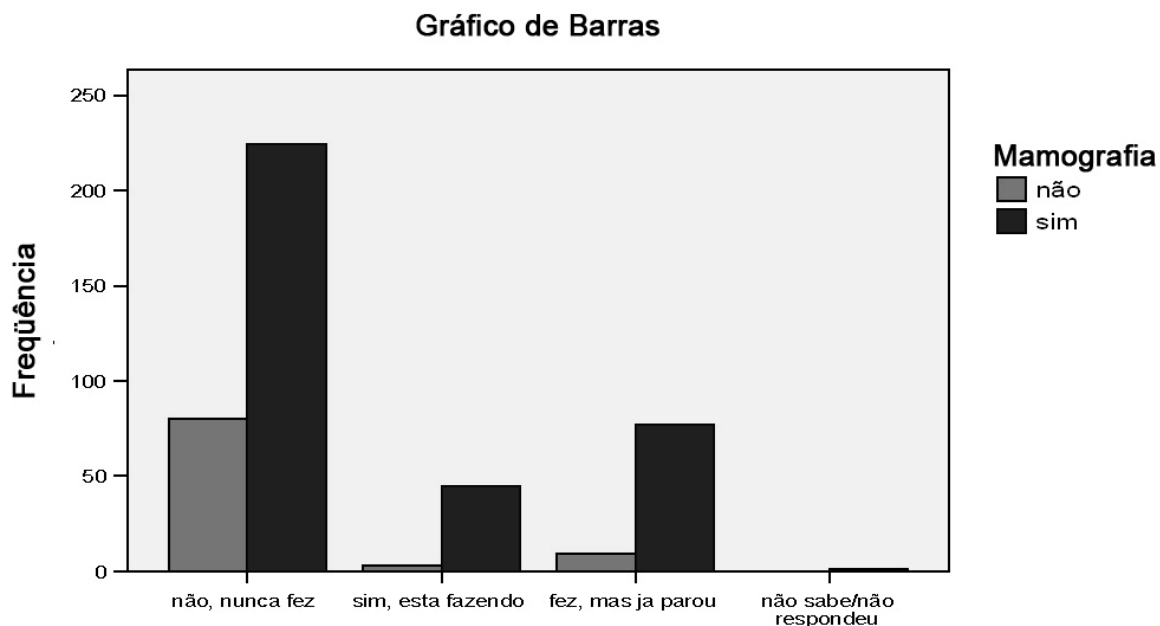
a Rejeita-se a hipótese nula.

b Usando o erro padrão assintótico rejeita-se a hipótese nula.

c Baseando-se numa distribuição normal

As mulheres que nunca fizeram tratamento para a menopausa são as que menos realizaram mamografia alguma vez na vida ($p=0,001$).

Figura 15. Relação entre a realização de tratamento para menopausa e se já realizou mamografia alguma vez na vida. Maringá – PR, 2008.



5.7 ASSOCIAÇÃO ENTRE AS CONDUTAS PREVENTIVAS DO CÂNCER DE MAMA

Este capítulo apresenta as associações das condutas preventivas entre si, ou seja, o AEM, ECM e mamografia.

Somente não foi observada diferença significativa entre o fato da mulher ter feito mamografia e possuir o hábito de examinar suas mamas em casa ($p > 0,05$). As demais associações são demonstradas abaixo ($p < 0,05$).

Tabela 29. Distribuição percentual da relação entre a realização do exame clínico das mamas e do AEM. Maringá – PR, 2008.

ECM	AEM		total
	não	sim	
sim	101	203	314
	32,20%	67,80%	100,00%
não	64,70%	75,30%	71,50%
	41	65	106
não lembra	38,70%	61,30%	100,00%
	26,30%	23,00%	24,10%
não sabe	8	3	11
	72,70%	27,30%	100,00%
total	5,10%	1,10%	2,50%
	6	2	8
	75,00%	25,00%	100,00%
	3,80%	0,70%	1,80%
	156	283	439
	35,50%	64,50%	100,00%
	100,00%	100,00%	100,00%

Testes do Qui-quadrado

	Valor	Graus de liberdade	Significância
Teste de Pearson Chi-Square	14,095(a)	3	,003
N de casos válidos	439		

Teste de correlação

	Valor de r	Erro padrão	Aproximações	Significância
Teste de Pearson's R (a)	-,161	,049	-3,406	,001(c)
Teste de Spearman	-,128	,049	-2,690	,007(c)
N de casos válidos	439			

a Rejeita-se a hipótese nula.

b Usando o erro padrão assintótico rejeita-se a hipótese nula.

c Baseando-se numa distribuição normal

Dos 64,5% das mulheres que tem o hábito de examinar as suas mamas em casa, a maioria (75,3%) refere que suas mamas foram examinadas na última consulta ginecológica pelos médicos ou enfermeiras. Isso leva a afirmar que as mulheres que têm o hábito de examinar as mamas em casa são aquelas que foram examinadas com maior frequência por profissionais de saúde na última consulta ginecológica. Todavia não pode-se afirmar o contrário.

Figura 16. Relação entre a realização do exame clínico das mamas e do AEM. Maringá – PR, 2008.

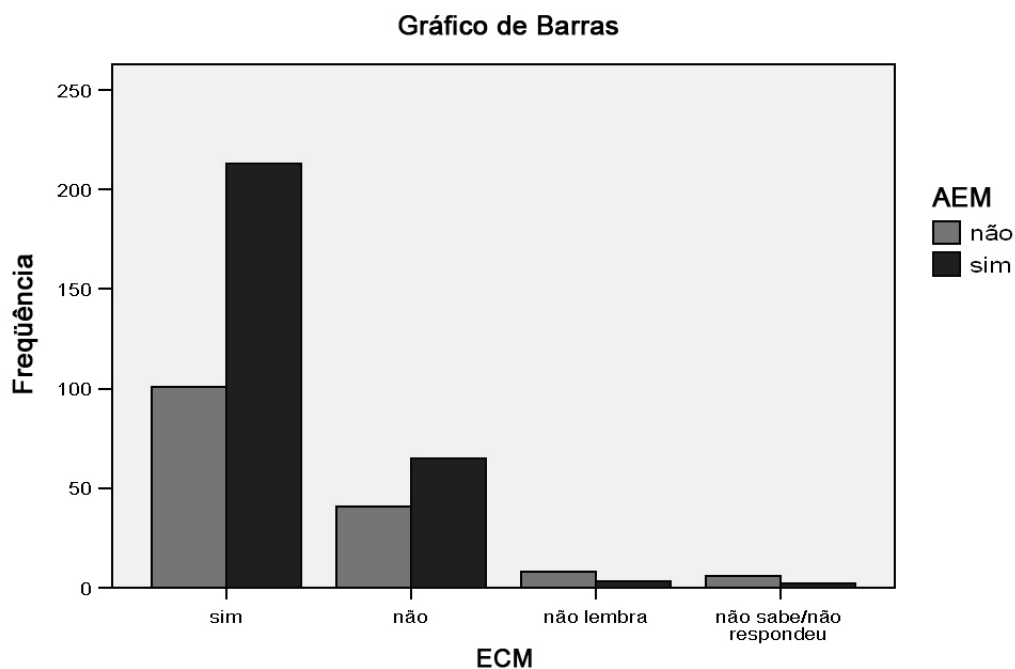


Tabela 30. Distribuição percentual da relação entre a realização do exame clínico das mamas e a realização da mamografia. Maringá – PR, 2008.

ECM	Mamografia		
	não	sim	total
sim	47 15,00%	267 85,00%	314 100,00%
não	35 33,00%	71 67,00%	106 100,00%
não lembra	5 45,50%	6 54,50%	11 100,00%
não sabe	5 5,40%	3 1,70%	8 2,50%
total	92 62,50%	347 37,50%	439 100,00%
	5,40%	0,90%	1,80%
	21,00%	79,00%	100,00%
	100,00%	100,00%	100,00%

Teste do Qui-quadrado

	Valor	Graus de liberdade	Aproximações
Teste de Pearson Chi-Square	28,429(a)	3	,000
N de casos válidos	439		

Teste de correlação

	Valor de r	Erro padrão	Aproximações	Significância
Teste de Pearson's R (a)	-,254	,054	-5,481	,000(c)
Teste de Spearman	-,243	,052	-5,237	,000(c)
N de casos válidos	439			

a Rejeita-se a hipótese nula.

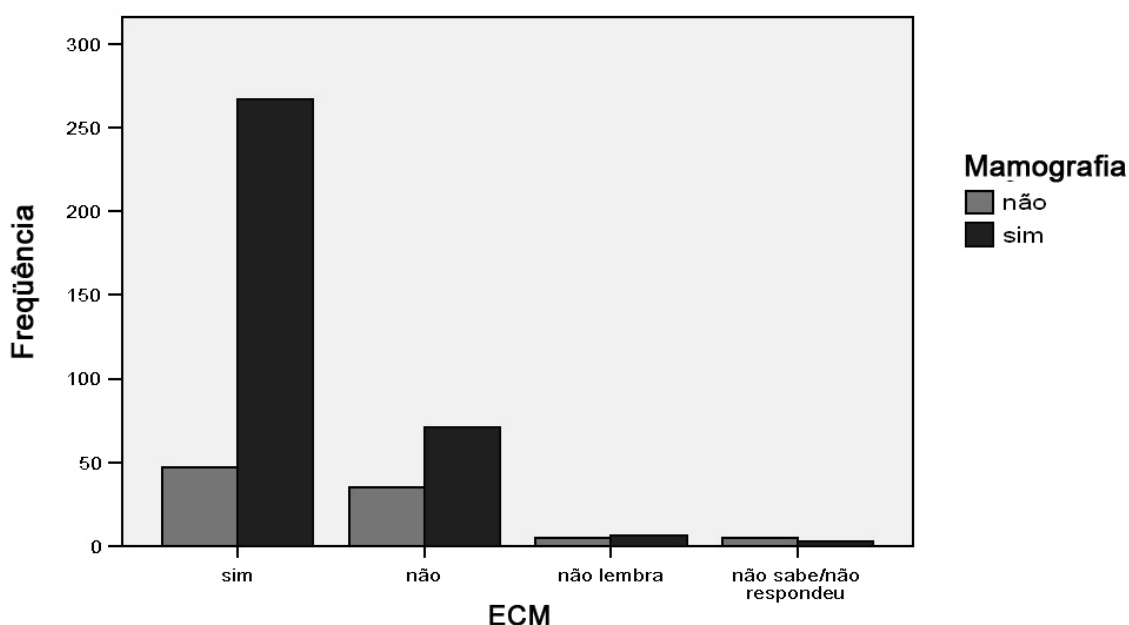
b Usando o erro padrão assintótico rejeita-se a hipótese nula.

c Baseando-se numa distribuição normal

Pela tabela acima pode-se afirmar que as mulheres que tiveram, na última consulta ginecológica, suas mamas examinadas pelo médico ou a enfermeira são, em sua maioria, aquelas que fizeram mamografia, ao passo que as mulheres que não fizeram mamografia são, na maioria das vezes, aquelas que também não foram examinadas por médico ou enfermeira na última consulta ginecológica.

Figura 17. Relação entre a realização do exame clínico das mamas e a realização da mamografia. Maringá – PR, 2008.

Gráfico de Barras



6 DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO E OS FATORES DE RISCO

De acordo com os autores discutidos neste capítulo, os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama considerados neste estudo foram: faixa etária da mulher, raça/cor, escolaridade, classe econômica, trabalho remunerado, estado civil, uso de contraceptivo oral, uso de álcool, uso de cigarro, IMC, gestação, idade em que teve o primeiro filho, amamentação, realização de consulta ginecológica, idade da menarca e menopausa, histórico familiar de câncer de mama, história pessoal de doença benigna da mama e câncer de mama, realização de biópsia da mama e utilização de reposição hormonal.

Somente a caracterização quanto a “religião da mulher” e sua influência no desenvolvimento do câncer de mama não foi discutida nesta pesquisa, pois não há na literatura científica estudos que comprovem essa associação.

Em sua pesquisa, Borghesan et al. (2008) consideram como fatores de risco associados ao aumento de risco para o desenvolvimento do câncer de mama a idade de mulher, a idade em que ocorreram a menarca e a menopausa, história familiar de câncer de mama, idade da primeira gestação, paridade, amamentação, hábitos (fumo e atividade física), raça, uso de anticoncepcional e terapia hormonal.

A média de idade das mulheres entrevistadas encontrada foi de 52,84 anos e a maioria era da raça branca (81,1%). Aproximadamente 62% das mulheres não possuíam trabalho remunerado e 74,3% pertenciam às classes econômicas C e D e 23,9% à classe B. Entre as entrevistadas, 21% eram analfabetas e somente 7,7% possuíam curso superior.

Caracterização muito semelhante foi encontrada em estudo de base populacional realizado na cidade de Pelotas no ano de 2002, cujo resultado apontou mulheres com média de idade de 52,1 anos e em sua maioria da cor branca (80%). A média de escolaridade encontrada foi de 6,6 anos completos de estudo, sendo que 9,7% não tinham nem um ano de estudo e somente 14,1% tinham 12 anos ou mais de estudo. Aproximadamente 40% das mulheres pertenciam às classes socioeconômicas mais baixas (D e E) e mais de 60% da amostra exerciam trabalho remunerado (SCLOWITZ et al., 2005). Como se percebe, o fator em que elas mais se

distanciam é a escolaridade, pois no município de Maringá encontrou-se um grande número de mulheres analfabetas, o que pode influir diretamente na prática de prevenção secundária do câncer de mama.

Das mulheres entrevistadas, 68,8% eram casadas ou moravam com companheiro. Souza (2006) encontrou resultados semelhantes, com 66,5% das mulheres pesquisadas casadas, 80,3% da raça branca e 7,4% pertencentes às classes sociais A e B. A classe social com menor prevalência (A e B) no estudo de Souza (2006) pode dever-se ao fato de a pesquisa ter sido realizada exclusivamente com mulheres usuárias da rede pública de saúde, ao passo que o presente estudo incluiu mulheres de todas as classes sociais com idade entre 40 e 69 anos.

Campana (2007) verificou em seu estudo, realizado no município de Maringá com mulheres em tratamento de câncer de mama, que houve uma predominância da raça branca (80%) com a média de idade de 54 anos. Novamente há uma semelhança na caracterização das mulheres em diferentes estudos.

A faixa etária de maior prevalência de óbitos por câncer de mama é aquela entre 40 e 69 anos, a qual é considerada no Brasil a de maior incidência de óbitos entre a população feminina (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008a). A escolha da faixa etária de 40 a 69 anos para o presente estudo teve como base as informações do Ministério da Saúde quanto à idade de maior prevalência do câncer de mama e conseqüentemente de mortalidade por essa neoplasia. Estudo de Scowitz et al. (2005), com objetivo semelhante, aborda essa mesma faixa etária para a realização de pesquisa de base populacional de prevalência de fatores associados à prevenção secundária do câncer de mama no município de Pelotas - RS.

Aldrighi et al. (2005) consideram que a idade e o sexo são importantes fatores de risco quando associados aos carcinomas, e ao contrário do que ocorre em relação aos sarcomas, aumenta a incidência daqueles com o avançar da idade.

A partir de estudos bem controlados, observou-se que a idade elevada, geralmente a partir dos 50 anos, é o fator mais importante na causalidade do câncer de mama, e na maioria dos casos, é o único encontrado. Alguns estudos mostram que os fatores sociodemográficos podem estar relacionados a um maior risco da doença, mas a magnitude dessa associação é baixa, motivo pelo qual se utiliza a idade como parâmetro para rastreamento da neoplasia mamária (PINHO; COUTINHO, 2007).

Como em idades superiores a 50 anos relata-se um aumento da incidência do câncer de mama, conseqüentemente há um aumento da mortalidade nessa faixa etária, principalmente pelo fato de o diagnóstico ser realizado, muitas vezes, em estágios avançados da doença.

O câncer de mama é mais frequente em mulheres na perimenopausa e incomum em mulheres jovens (idade igual ou inferior a 35 anos de idade), porém não raro, e quando diagnosticado nessa faixa etária a doença se apresenta de maneira mais agressiva (CRIPPA et al., 2003). Pesquisa de Molina et al. (2002) realizada com 261 mulheres com idade acima de 30 anos reforça que a prevalência e a mortalidade por câncer de mama são maiores nas mulheres idosas.

Em estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro com mulheres jovens, observou-se uma maior ocorrência de câncer de mama em mulheres brancas casadas (OLIVEIRA, 2007). Outro estudo sustenta que o câncer de mama ocorre mais em caucasianas e em mulheres de classe social mais elevada (PAIVA et al., 2002). No presente estudo constatou-se uma alta prevalência de mulheres brancas (81,1%) e em sua maioria casadas (68,8%).

A incidência do câncer de mama na pós-menopausa é menor em mulheres negras e hispânicas do que em mulheres brancas, mas o índice de sobrevivência é menor nas mulheres negras, pelo fato de o diagnóstico estar sendo realizado em estágios mais avançados da doença nessas mulheres. A idade da menarca, a menopausa, o estado civil da mulher e a raça branca também são referidos como fatores de risco (ARAÚJO, 2000).

Cientificamente não existem evidências que estipulem estratégias específicas de prevenção primária do câncer de mama. As ações de promoção à saúde no controle de doenças crônicas não-transmissíveis, incluindo o câncer de mama, devem voltar sua atenção aos fatores de risco, entre eles a obesidade e o tabagismo (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008a).

Os fatores de risco podem ser agrupados em endógenos (idade, história familiar e reprodutiva, doença benigna prévia e as mutações nos genes BRCA-1 e BRCA-2) e exógenos (dieta, exposição à radiação ionizante, consumo de álcool e exposição a inseticidas organoclorados) (PAIVA, 2002).

Quanto ao fator de risco “uso de bebida alcoólica”, observou-se que a maioria das entrevistadas não fazia uso dessas bebidas (76,1%) e 87% referiram não fazer uso de cigarro atualmente. Estes achados diferem dos de uma pesquisa também

realizada em Maringá com mulheres em idade reprodutiva, no ano de 2006, na qual foi observado que 59,9% das mulheres não faziam uso de bebida alcoólica e 77,7% referiram não fazer uso de tabaco (SOUZA, 2006). Os dados do presente estudo revelam uma maior prevalência de hábitos saudáveis, o que pode sugerir que em idades mais avançadas - no caso, 40 a 69 anos - algumas mulheres se preocupem mais com sua saúde e modifiquem seu estilo de vida.

Pesquisa realizada em Cuiabá - MT nos anos de 2004 e 2005 constatou que das mulheres estudadas que realizaram mastectomia, 63,15% referiram nunca ter fumado (BORGHESAN et al., 2008). Percebe-se que no presente estudo houve um percentual maior de mulheres que não fazem uso de tabaco. O mesmo resultado foi constatado quando comparado com o estudo de Souza (2006) acima.

Concluiu-se que o uso de tabaco aumenta a incidência de neoplasia mamária em mulheres que possuem história familiar de múltiplos casos de câncer de mama ou ovariano, fato que é mais notável quando há predisposição de fatores associados, como relatam os estudos de Figueira Filho (2002).

Thuler (2003), em seus estudos, assevera que os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama - entre eles idade, história familiar, história reprodutiva e suscetibilidade genética - não são passíveis de intervenção e que o tabagismo e a obesidade devem ser alvo de intervenção primária para o câncer de mama. A intervenção primária, para o câncer de mama, consiste no estímulo a hábitos de vida saudáveis, o que inclui não fumar, manter uma alimentação equilibrada, manter o peso ideal e, no caso de ingerir bebidas alcoólicas, só fazê-lo com moderação.

Sugere-se que não ingerir bebida alcoólica ou fazê-lo com moderação, amamentar, ter um número elevado de partos, praticar exercício físico, residir em área rural, ter alimentação adequada e manter o peso têm associação com redução no risco de desenvolver câncer de mama, porém ainda há certa inconsistência nessas informações em diferentes estudos epidemiológicos, o que torna essa questão ainda discutível (THULER, 2003). Moraes et al. (2006) complementam que entre as medidas educacionais devem-se destacar o tabagismo, a obesidade, a história familiar, as mutações genéticas, uso de terapia de reposição hormonal e de anticoncepcionais e até o uso de antibióticos como prováveis fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama.

Além desses fatores, a idade entre 45 e 50 anos, a nuliparidade, o uso por mais de dez anos de estrogênio, a menarca precoce, a menopausa tardia, o primeiro filho em idade avançada e a administração de estrogênio na pós-menopausa também são apontados como fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama (NORA ; GIULIANO, 2005).

Quanto à utilização de terapia de reposição hormonal, nesta pesquisa encontrou-se um percentual de 69,2% (305) das mulheres que nunca a realizaram, 10,9% (48) que a estavam fazendo no período da entrevista e 19,6% (86) realizaram por um tempo, mas já pararam. A média da idade em que iniciaram o tratamento foi de 46,54 anos (DP: 5,5). A média do tempo de utilização da terapia de reposição hormonal foi de 5,2 anos (DP: 5,3). No estudo realizado por Borghesan et al. (2008) identificou-se que, das mulheres pesquisadas, 84,21% eram menopausadas e destas 81,25% não haviam feito reposição hormonal.

Os resultados deste estudo permitiram identificar que em sua quase-totalidade as mulheres já estiveram grávidas (93,2%) e que em 38,7% dos casos tiveram o primeiro filho com idade entre 16 e 20 anos, 33,3% delas o tiveram com idade entre 21 e 25 e somente 6,4% delas se tornaram mães com idade acima de 30 anos, com uma média de idade de 20,47 anos. Das mulheres que engravidaram, 62,4% tiveram de 2 a 4 filhos e 29,7% tiveram 5 filhos ou mais. Somente 6,8% das mulheres nunca estiveram grávidas. Percebe-se que ter o primeiro filho em idade avançada, acima de 30 anos, possui uma prevalência baixa.

Pesquisa descritivo-exploratória com mulheres mastectomizadas obteve como resultado que 26,31% das entrevistadas nunca tinham engravidado e o mesmo percentual de mulheres nunca havia amamentado. Entre as mulheres, 73,69% das multíparas amamentaram seus filhos (BORGHESAN et al., 2008). No presente estudo percebe-se que há um percentual menor de mulheres que nunca estiveram grávidas (6,8%). O fator nuliparidade ou reduzido número de gestações é uma tendência associada ao desenvolvimento socioeconômico atual e em muitos estudos é colocado como uma importante causa do desenvolvimento do câncer de mama.

Paiva et al. (2002), em sua pesquisa de caso-controle com 156 mulheres em Juiz de Fora – MG, afirmam que ter tido quatro ou mais filhos constitui-se em um fator de proteção contra o câncer de mama e que morar na zona rural está associado a um maior risco de desenvolvimento da referida doença.

Outros achados, também em pesquisa de base populacional no município de Maringá, obtiveram como resultado que 22,9% das mulheres pesquisadas nunca estiveram grávidas, e em relação àquelas que já engravidaram foi constatado que em 74,2% dos casos tiveram de uma a cinco gestações. Em 31,3% dos casos a gestação ocorreu nas idades entre 15 e 19 anos, em 28,5% entre 20 e 24 anos e em 6% em idade acima de 30 anos (SOUZA, 2006). Estes achados são semelhantes aos encontrados no presente estudo. Observa-se uma porcentagem maior de mulheres que não engravidaram. No estudo acima, quando comparado com o presente, observa-se uma porcentagem maior de mulheres que não engravidaram, fato que pode ser explicado pela idade das mulheres entrevistadas, pois no estudo de Souza foram pesquisadas mulheres em idade reprodutiva que possivelmente ainda não haviam tido a primeira gestação (10 a 49 anos).

Thuler (2003) ressalta que a primeira gestação tardia constitui-se em um dos fatores não modificáveis que aumentam o risco de desenvolver câncer de mama. Aldrighi et al. (2005) enfatizam que a idade da primeira gestação é um fator de risco, e adicionam outros, como idade da mulher, raça branca e número de parentes de primeiro grau com câncer de mama. Os fatores demográficos, genéticos, reprodutivos, ambientais e hormonais, o estilo de vida e doenças benignas da mama também são considerados fatores de risco por esse autor.

Os fatores de risco atualmente considerados pela *American Cancer Society* (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2005) são: idade da mulher, idade tardia da primeira gestação, menarca precoce, menopausa tardia, história familiar de câncer de mama, todos identificados como não modificáveis. Como modificáveis são considerados a obesidade na pós-menopausa, a utilização de terapia de reposição hormonal, o consumo de álcool e o sedentarismo.

Dessas mulheres que já engravidaram, 82,7% amamentaram e 33,9% delas o fizeram por período de 1 a 12 meses. Tessaro (2003) encontrou em seu estudo de caso-controle, na Região Sul do Brasil, que a amamentação não constituiu efeito protetor contra o câncer de mama, apesar de a literatura relatar que a lactação contribui potencialmente para a diminuição da incidência deste câncer. Por outro lado, outro estudo defende que a alta paridade e a lactação são possíveis fatores de proteção contra o aparecimento do câncer de mama (PAIVA, 2002).

Das mulheres estudadas, 62% utilizam ou utilizavam contraceptivo oral, com uma média de utilização de 4,7 anos. Pesquisa realizada no ano de 2004 com o

objetivo de avaliar a qualidade de assistência e as condições de saúde reprodutiva das mulheres usuárias dos serviços de saúde pública de Maringá, apontou que dos métodos contraceptivos atualmente em uso os classificados como pílula obtiveram uma prevalência de 50,3% de uso, a laqueadura 32% e a camisinha de 28,1% (SOUZA, 2006). Essa diferença nos dados obtidos pode estar relacionada à faixa etária em estudo, pois no presente estudo a faixa etária selecionada foi de 40 a 69 anos.

Borghesan et al. (2008), em seu estudo em Cuiabá, constataram que 57,89% das mulheres entrevistadas fizeram uso de anticoncepcional, e que destas usuárias, 45,45% fizeram uso por mais de cinco anos e 36,36 por até cinco anos.

Resultados de um estudo realizado com mulheres entre 20 e 60 anos, residentes no Sul do Rio Grande do Sul entre os anos de 1995 e 1998 apontaram não haver associação entre o uso de contraceptivos orais e câncer de mama, nem para diferentes tempos de uso ou idades de início. Evidenciaram também um risco aumentado no subgrupo de mulheres usuárias por mais de cinco anos e com idade acima de 45 anos, porém sem significância estatística (TESSARO et al., 2001).

Outro estudo, do tipo caso-controle, com mulheres entre 25 e 59 anos, sustenta que há uma associação entre o uso de contraceptivo oral e aumento do risco de desenvolver câncer de mama em mulheres jovens (ROSENBERG, 1996). Estes achados são diferentes do que foi alcançado em outro estudo de caso-controle, onde se observou que somente entre mulheres de 35 a 45 anos com diagnóstico de câncer de mama havia uma elevada relação estatística do câncer de com o uso recente de contraceptivo oral (NEWCOMB et al., 1996).

Com relação à história familiar de câncer de mama na população feminina estudada, evidenciou-se que somente 2,3% possuem ou possuíam mãe com câncer de mama, 3,9% tinham irmã e 0,2%, filha. Esse percentual sobe para 8% no caso de possuir outro familiar com câncer de mama. Em estudo realizado no Rio Grande do Sul em 2005 foi encontrada a prevalência de 5,6% de história familiar de câncer de mama, e quando considerados parentes que não eram de primeiro grau a prevalência aumentou para 10,2% (SCLOWITZ et al., 2005). Achados semelhantes foram obtidos no estudo de Borghesan et al. (2008), onde 5,26% das mulheres entrevistadas possuíam algum familiar (mãe, irmã ou filha) com câncer de mama.

Em outra pesquisa de caso-controle, também realizada no Rio Grande do Sul, concluiu-se que entre pacientes com câncer de mama é mais frequente a presença

de história familiar de segundo grau da doença quando comparadas aos controles. Esse fator de risco não é modificável, porém a predisposição genética da doença pode ser alterada pela mudança de fatores ambientais, ainda não completamente definidos (SOUZA et al., 1998).

Em pesquisa realizada no município de Botucatu em 2003 foi observado que, das 261 mulheres participantes do estudo, 83,5% referiram não possuir antecedentes familiares de câncer de mama. Esse percentual demonstra uma prevalência semelhante de casos familiares de câncer de mama se comparado com o do presente estudo (MOLINA et al., 2003).

Molina (2006) afirma que em mulheres que possuem história familiar de primeiro grau de câncer de mama e moram em local de alta incidência há um risco 13,3% maior de desenvolvimento do câncer de mama do que naquelas que não possuem essas características. Este risco eleva-se quando o familiar tem câncer de mama antes dos 50 anos de idade e em ambas as mamas (THULER, 2003).

Um dos dados mais preocupantes obtidos nessa pesquisa referentes aos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama foi o índice de massa corporal (IMC), pois 38,7% encontravam-se com sobrepeso e 24,1% foram classificadas como obesas. A obesidade na pós-menopausa é um dos fatores considerados de risco para o desenvolvimento do câncer de mama (THULER, 2003). Na opinião de Bergmann (2000), ao contrário, na pré-menopausa a obesidade é um fator de proteção.

Safar (2008) evidenciou, em seu estudo com mulheres portadoras de câncer de mama no município de Maringá, um grande número de mulheres acima do peso, sendo que 32,53% das entrevistadas eram consideradas obesas.

A obesidade e o uso do cigarro e do álcool têm a ver com estilo de vida e podem ser modificados, uma vez que também são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de outras doenças crônico-degenerativas.

Estudo sobre fatores de risco realizado na Colômbia, em 2006, evidenciou que se a menarca ocorre antes dos 11 anos a mulher tem um risco 10% a 12% maior de vir a ter câncer de mama. Com relação à menopausa, se ela ocorre tardiamente (após os 53 anos) duplica-se esse risco (MOLINA, 2006).

No presente estudo constatou-se um percentual de 53,3% de mulheres cuja menarca ocorreu entre 13 e 15 anos e um percentual expressivo de 36,9% em que esta entre 9 a 12 anos. Em relação à menopausa, foi obtido um percentual de 20% de

ocorrência na idade entre 40 e 47 anos, de 31,9% entre 48 a 55 anos e somente de 3,6% (16) na faixa etária de 56 a 63 anos. Muitas entrevistadas ainda não tinham entrado na menopausa no período em que ocorreu a entrevista (36%). Por outro lado, a menarca precoce possui uma alta prevalência no município de Maringá, o que é um dado preocupante.

Em outra pesquisa, constatou-se que 47,4% das mulheres tiveram menarca entre 10 e 13 anos e que a média de idade foi de 13,31 anos (BORGHESAN et al., 2008). Esses dados demonstram um alto percentual de menarca precoce, praticamente a metade da população estudada, o que é preocupante e deve ser considerado como um fator de risco para o câncer de mama.

Quanto ao “número de consultas ginecológicas” realizadas no último ano, 72% das entrevistadas realizaram ao menos uma consulta e 28% não realizaram nenhuma consulta. Desse grupo de mulheres que realizaram consulta ginecológica, 58% (199) utilizaram os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e 40,5% utilizaram o convênio, enquanto as demais procuraram clínica ou consultório particular (1,5%).

Situação relatada nos estudos de Scowitz et al. (2005) sustenta os dados encontrados no presente estudo. Neles evidenciou-se uma prevalência de 62% de realização de “consulta ginecológica no último ano” entre as mulheres de 40 a 69 anos no município de Pelotas, e destas, 56,4% referiram ter sido atendidas pelo Sistema Único de Saúde, 34,7% utilizaram algum tipo de convênio ou plano de saúde e 8,9% realizaram consulta particular. Esses achados são semelhantes aos encontrados em estudo também realizado no município de Maringá, em 2006, onde se observou que do total de 91,9% das mulheres que procuraram por consulta ginecológica somente 60,9% o fizeram de forma regular, anualmente, e em 53,9% dos casos o principal motivo da procura pela consulta foi a realização de exames periódicos (SOUZA, 2006).

Observa-se que no presente estudo há uma maior prevalência de mulheres que procuraram consulta ginecológica no último ano. Vale lembrar que a procura pela consulta ginecológica está intimamente ligada à prevenção secundária do câncer de mama, uma vez que é possível, por meio do exame clínico das mamas, perceber possíveis alterações e, quando necessário, indicar uma mamografia com a finalidade de realizar um diagnóstico precoce da neoplasia mamária e aumentar a expectativa de vida da mulher.

Das 439 mulheres entrevistadas, somente quatro (0,9%) referiram possuir ou ter tido câncer de mama e três destas (75%) relataram tê-lo descoberto por meio do AEM e uma (25%) por meio do ECM. Quanto a ter doença benigna da mama, 23% (10) relataram que a têm ou já tiveram. À questão “já realizou alguma vez na vida biópsia ou cirurgia mamária (desconsiderando cirurgias estéticas)” 7,1% (31) responderam afirmativamente, e dessas mulheres, 19,4% (6) relataram que o resultado foi maligno.

Em estudo realizado no ano de 2006 no município de Maringá observou-se que, das 50 mulheres com câncer de mama estudadas, a maioria (76%) não possuía antecedente de doença benigna de mama. Esse mesmo estudo relatou que das mulheres que realizaram biópsia, a maioria (60%) sabia informar o resultado (CAMPANA, 2007). Estudo de caso-controle teve como resultado que os casos apresentaram o dobro de biópsia por lesão maligna quando comparados com o controle (TESSARO et al., 2001).

Campana (2007) afirma, com base nos achados de sua pesquisa, que das mulheres com câncer de mama entrevistadas, 24% (12) o descobriram através do autoexame das mamas, 20% (10) na consulta médica e a maioria (56%) de outra forma, a qual inclui sentir dor, trauma na mama e visualização.

Quanto à correlação da utilização do exame clínico das mamas, mamografia e ultrassonografia com o exame anatomopatológico, estudo com o objetivo de avaliar qual o melhor método na determinação pré-operatória do tamanho tumoral no câncer de mama demonstrou que esses três exames apresentaram acentuada correlação com a medida anatomopatológica, e também forte correlação entre si, mostrando que são equivalentes como métodos na determinação pré-cirúrgica do tamanho do tumor mamário. Entretanto, cada método possui limitações específicas, evidenciando que o ECM, a mamografia e a ultrassonografia devem ser considerados complementares entre si para um resultado mais acurado de neoplasias mamárias (SIQUEIRA, 2008).

6.2 PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DO CÂNCER DE MAMA

A prevenção secundária (detecção precoce) é a principal estratégia para o controle do câncer de mama, e segundo as orientações do Ministério da Saúde, deve incluir as seguintes ações para o rastreamento em mulheres assintomáticas:

realização anual de exame clínico das mamas, para todas as mulheres com 40 anos ou mais; mamografia para as mulheres entre 50 e 69 anos com intervalo máximo de dois anos entre os exames; e exame clínico das mamas e mamografia anual para mulheres acima de 35 anos pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama. Cumpre ressaltar que as mulheres que tenham se submetido ao rastreamento devem ter garantido o acesso a exames diagnósticos, tratamento e acompanhamento, quando encontradas alterações (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008a).

O aumento da incidência do câncer de mama, relatado mundialmente, nem sempre é acompanhado de aumento da mortalidade. Em alguns países desenvolvidos, apesar da grande incidência de casos de câncer de mama, conseguiu-se reduzir o número de mortes por meio de programas eficazes de diagnóstico e tratamento (PAULINELLI et al., 2003b).

A ausência de uma política consistente de controle do câncer de mama através do diagnóstico precoce que tenha na mamografia um instrumento fundamental, (ABREU; KOIFMAN, 2002) pode ser causador de um diagnóstico tardio e resultar num péssimo prognóstico e em um maior número de mortes de mulheres acometidas pela doença.

Díaz et al. (2005) relatam que na Colômbia, mesmo com a incidência baixa de morbimortalidade por câncer de mama quando comparada com outros países como, por exemplo, os Estados Unidos, é necessário também o planejamento e implementação de estratégias para detecção precoce do câncer de mama na população.

Quanto ao autoexame das mamas, detectou-se uma prevalência de realização de 64,5% nas mulheres entrevistadas, e destas, 76,7% o realizaram uma vez ao mês nos últimos seis meses. O médico ou enfermeiro orientou sua realização em casa em 69,7% dos casos. Resultados obtidos em pesquisa de base populacional, em Pelotas mostraram uma prevalência de 83,5% de mulheres que realizaram o autoexame de mamas, e destas, 80,4% o faziam ao menos uma vez ao mês. A prevalência de orientação e/ou estímulo para a realização do auto-exame foi de 76,9% (SCLOWITZ et al., 2005).

Observa-se que há uma menor prevalência da prática do AEM no município de Maringá, o que pode ser atribuído à falta de orientação ou estímulo do profissional de saúde na sua realização ou desconhecimento da população da importância do

autoexame das mamas advindo da dificuldade de acesso a consultas ginecológicas com qualidade.

Bim (2007), em estudo transversal de base populacional realizado no ano de 2006, o qual tinha como objetivo levantar dados sobre o rastreamento de câncer de mama, obteve como resultado que, das 885 entrevistadas, 63% já haviam feito ou faziam o autoexame das mamas, ao passo que 37% não o faziam. Dessas mulheres que realizam o AEM, 24% o fazem todos os meses, 29% somente quando se lembram e 10% referiram não ter freqüência regular em sua realização. Em comparação com a pesquisa acima no presente estudo, observa-se uma maior realização mensal do AEM.

Em estudo descritivo desenvolvido em uma maternidade-escola em Natal - RN com 109 mulheres com idades entre 15 e 83 anos quanto à realização do autoexame das mamas, 75% (82) delas referiram que se autoexaminavam, e das que não se examinavam, 15,5% (17) afirmaram não saber o significado do autoexame das mamas. Das mulheres que realizaram o autoexame, somente 18% (15) detectaram alguma alteração e todas afirmaram ter procurado o médico para o devido tratamento (DAVIM et al., 2003).

Alguns autores referem que entre as mulheres que praticam o autoexame das mamas o câncer pode ser detectado em estágios mais precoces e o tumor em tamanho menor do que naquelas que não realizam essa prática. Não obstante, a eficácia desse método na diminuição da mortalidade por câncer de mama não é comprovada cientificamente (THOMAS, 2002).

Em estudo realizado com 2073 mulheres, no de 2001, em Goiânia, 75% referiram conhecer o autoexame das mamas e 51% referiram praticá-lo regularmente. Nesse mesmo estudo concluiu-se que as camadas populacionais mais carentes de informação e conscientização sobre a importância dessa técnica de detecção precoce da neoplasia mamária são as que apresentam taxa alta de desconhecimento dessa prática e, como consequência, não a exercitam (FREITAS JÚNIOR, 2006).

Quanto à orientação sobre como se deve realizar o autoexame das mamas, em estudo com 261 mulheres, 86,9% das entrevistadas referiram ter sido orientadas a fazer a palpação de suas mamas (autoexame das mamas). No período da entrevista o autoexame estava sendo realizado por 78,9% das mulheres e destas somente 27% o realizavam de maneira correta no período recomendado. Das mulheres pesquisadas, 76,2% referiram ter sido expostas ao exame clínico das

mamas nos últimos dois anos. A mamografia ou a ultrassonografia das mamas não foram solicitadas por médicos em 64,4% das mulheres, porém 83,1% das entrevistadas relataram ter interesse em realizar mamografia caso esta estivesse disponível (MOLINA et al., 2003).

Orienta-se que autoexame das mamas seja realizado todo mês, entre o sétimo e o décimo dia após o início do período menstrual, pois nesse período as mamas não estão muito sensíveis. Para as mulheres que não menstruam preconiza-se que o AEM seja realizado - para facilitar a lembrança todo mês - no mesmo dia do mês, ficando a mulher livre para escolher esse dia. Mulheres que amamentam devem fazê-lo após a amamentação, após esvaziar as mamas, e também devem escolher um dia do mês para realizá-lo (ASSOCIAÇÃO LIMEIRENSE DE COMBATE AO CÂNCER, 2008).

Diversos estudos asseveram que o AEM tem papel fundamental na detecção precoce do câncer de mama, podendo identificar tumores que não foram observados na mamografia ou em casos de crescimento muito acelerado do tumor (PARAGALLO et al., 2000).

A prevalência do exame clínico das mamas realizado por profissional médico ou enfermeiro encontrada nesse estudo foi de 71,5%. Em outro estudo, realizado com mulheres dessa mesma faixa etária, observou-se uma prevalência de 83,3% (SCLOWITZ et al., 2005). Novamente relata-se uma menor prevalência de um dos fatores de prevenção secundária do câncer de mama.

Estudo de base populacional realizado no município de Guarapuava – PR alcançou como resultado que pouco menos da metade das mulheres estudadas (49%) já haviam feito o exame clínico das mamas com um profissional médico, contra 51% que não o haviam feito. Das mulheres que já realizaram o ECM, 28% referiram fazê-lo uma vez por ano, 6% a cada seis meses e 15% informaram fazê-lo sem frequência regular (BIM, 2007). Quanto ao município do presente estudo observou-se que as mulheres possuem uma maior prevalência de realização do ECM.

O exame clínico da mama consiste na palpação da mama nas regiões axilares e supraclaviculares, efetuada por profissional da área da saúde, especificamente o médico ou o enfermeiro, durante uma consulta. Nesse exame podem ser identificadas alterações na mama e, se necessário, deve-se indicar um exame mais específico, no caso, a mamografia (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008a).

O exame clínico das mamas deve ser realizado por profissional de saúde treinado e não pode ser substituído pelo autoexame das mamas. O AEM é importante para o autoconhecimento da mulher e faz parte das ações de educação para a saúde (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008a).

A eficiência do exame clínico das mamas é proporcional à habilidade, competência e experiência do profissional de saúde, o qual deve ser treinado para detectar mínimas anormalidades na mama examinada. O exame deve ser realizado periodicamente e o profissional médico, quando houver necessidade, deve indicar a mamografia (ASSOCIAÇÃO LIMEIRENSE DE COMBATE AO CÂNCER, 2008).

A mamografia refere-se a um exame radiológico realizado em aparelho de alta resolução que fornece imagens tumorais e calcificações. A mama é colocada entre duas placas e emite-se um raio-X. A radiação que a paciente recebe é pequena e inofensiva à saúde. O exame possibilita identificar lesões não palpáveis e tumores ainda bem pequenos (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008a).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2007), atualmente a utilização de mamógrafos de alta resolução tem possibilitado a detecção de um número cada vez maior de lesões mamárias, principalmente as pequenas, que ainda não são palpáveis. A sua sensibilidade varia de 88% a 93,1% e a especificidade de 85% a 94,2%. A utilização desse método de rastreamento reduz a mortalidade em 25%. Para que se garanta o desempenho da mamografia a imagem obtida deve possuir alta qualidade, sendo necessários para isso equipamentos adequados, técnica radiológica correta, conhecimento, prática e dedicação dos profissionais envolvidos nesse processo.

A mamografia é considerada o melhor método para o diagnóstico precoce do câncer de mama em estágios iniciais da doença, o que favorece o início precoce do tratamento. Isso o torna mais eficiente, menos agressivo e de melhores resultados estéticos e menos efeitos adversos, resultando em uma efetiva redução na mortalidade quando realizado com qualidade (BOYLE, 2002).

Em países onde foram instituídos programas de rastreamento mamográfico para o câncer de mama a mortalidade tem decaído em até 63%; por outro lado, em países onde não há um programa nacional de prevenção secundária, como é o caso da Jamaica, as taxas de mortalidade por neoplasia mamária continuam altas (SOARES, 2007).

Quanto à prevalência de mamografia encontrada neste estudo, observa-se que 79% (347) relataram ter realizado esse exame alguma vez na vida, e dessas mulheres, 84,44% (293) realizaram a última mamografia há dois anos ou menos. A média de tempo da última realização da mamografia foi de 14,63 meses (DP: 25,1). Em outro estudo com população semelhante, a prevalência de mamografia “alguma vez na vida” encontrada foi de 70%, e dessas mulheres, 83,7% realizaram a última mamografia há dois anos ou menos (SCLOWITZ, 2005). Quanto à realização de mamografia, os dois estudos obtiveram resultados parcialmente parecidos, pois houve uma prevalência satisfatória dessa ação de prevenção secundária nos dois municípios em questão.

Pesquisa do tipo inquérito populacional realizada no município de Maringá em 2006 estudou a realização dos exames papanicolaou e mamografia nas mulheres em idade reprodutiva, e como resultado obteve uma prevalência de 48,6% das mulheres que se submeteram ao referido exame, de 32,4% das que fizeram o papanicolaou e a mamografia e de somente 16,9% das que nunca realizaram esses exames. Também foi encontrado, em mulheres acima de 34 anos, as quais representavam 46,8% das entrevistadas, que a maioria delas (54,1%) fez os dois exames. Das 25% das mulheres entrevistadas correspondentes à idade entre 25 a 34 anos, 74,6% realizaram somente o papanicolaou e uma pequena porcentagem (1,4%) realizou exclusivamente a mamografia, tendo os dois exames alcançado o percentual de 16,9% (SOUZA, 2006). No presente estudo há uma maior prevalência de realização da mamografia, supondo-se que esse fato se deva à faixa etária das mulheres estudadas, pois essa mulheres devem estar mais conscientizadas da importância desse exame e realizá-lo com maior frequência e nas idades recomendadas pelo Ministério da Saúde.

Bim (2007) observou em sua pesquisa que das mulheres entrevistadas apenas 24% fizeram mamografia, e destas, 8% a fizeram uma vez por ano, 1% a cada seis meses e 15% a fazem sem frequência regular. A prevalência dessa conduta preventiva apresenta-se muito abaixo do que foi encontrado na presente pesquisa.

Um estudo realizado em Campinas com 633 mulheres revelou que apenas 7,4% das entrevistadas tinham conhecimento adequado sobre a mamografia, todavia a atitude diante desse procedimento foi adequada em 97,1% das mulheres e a prática, em 35% delas (MARINHO et al., 2008).

Por outro lado, em estudo realizado no Canadá com 50430 mulheres com idade entre 40 e 49 anos não mostrou redução significativa na mortalidade por câncer de mama nessa faixa etária entre as mulheres que realizaram a mamografia (MILLER et al., 2002), o que gera controvérsias quanto à efetividade da utilização da mamografia em mulheres abaixo dos 50 anos de idade. Diante dessas informações, o Ministério da Saúde propõe que a mamografia seja realizada em mulheres entre 50 e 69 anos. Até hoje a mamografia ainda pode ser considerada o melhor método de prevenção secundária do câncer de mama.

Usualmente a ultrassonografia é utilizada como complementar à mamografia, exceto para pacientes jovens (abaixo de 30 anos). A ultrassonografia não é utilizada como rastreamento do câncer de mama e não substitui a mamografia. As indicações para a sua utilização são: paciente jovem com nódulo palpável ou alteração no exame físico, avaliação de nódulo palpável não detectado na mamografia, doença inflamatória, avaliação de implantes mamários, mama no ciclo gravídico-purperal e outras (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2007).

6.3 O CÂNCER DE MAMA E OS FATORES QUE INTERFEREM NA PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

Estudos de base populacional que abordem os fatores que influenciam na prática da prevenção secundária do câncer de mama são escassos e muitos são de datas muito antigas.

Neste estudo observa-se que os fatores que interferem na realização do autoexame das mamas são: raça, classe social, utilização de álcool e tratamento da menopausa por meio de hormônios. Quanto ao exame clínico das mamas os fatores encontrados foram: classe social, escolaridade, idade na menarca e utilização de hormônios para tratamento da menopausa.

No tocante à realização da mamografia observa-se que os fatores que influenciam na sua realização são: faixa etária, raça, classe econômica, religião, idade na menarca, idade na menopausa, número de gestações e tratamento da menopausa.

A classe econômica e a utilização de hormônios para o tratamento da menopausa são os fatores em comum que interferem na realização da prevenção secundária (AEM, ECM e mamografia).

Pesquisa de base populacional realizada em Pelotas (RS) observou associação diretamente proporcional entre o nível socioeconômico e a realização de condutas preventivas, ou seja, quanto mais elevado o nível socioeconômico maior é também o número de consultas realizadas e, conseqüentemente mais numerosos são os exames realizados e maior a oportunidade de diagnóstico precoce (SCLOWITZ et al., 2005). Por sua vez, a história familiar de câncer de mama sugere um aumento no estímulo às práticas preventivas, apesar de somente 5 a 10% das mulheres com câncer possuírem familiares com a doença (PHAROAH, 1997).

Feig (2006) afirma que por meio da mamografia é possível reduzir as taxas de mortalidade por câncer de mama, e estudo randomizado realizado com mulheres com idade entre 40 a 70 anos na Europa e na América do Norte mostrou os benefícios desse exame. Em mulheres que realizaram a mamografia como prevenção secundária do câncer de mama observou-se uma diminuição de 63% de mortes por câncer de mama. Nos Estados Unidos, apesar de uma incidência crescente do câncer de mama, as taxas de mortalidade têm decaído entre as mulheres que realizam mamografia, o que pode ser resultante de uma melhora da qualidade técnica da mamografia devida aos avanços dos equipamentos utilizados. Fatores associados ao aumento de detecção precoce do câncer de mama pela mamografia foram: técnica melhorada, realização de duas mamografias por mama, intervalos anuais entre um exame e outro e interpretação melhorada.

Em pesquisa realizada com mulheres brasileiras por meio da Pesquisa Nacional de Amostras Domiciliares (PNAD) constatou-se que os fatores preditivos para a realização da mamografia são referentes a distribuição etária (40-59 anos), consulta médica no último ano, morar em zona urbana, renda elevada e possuir plano de saúde (NOVAES, 2006). Em outro estudo observou-se que a cobertura da mamografia ainda é baixa entre as mulheres brasileiras, principalmente entre as mais velhas, e que há profundas desigualdades associadas à sua realização (LIMA-COSTA; MATOS, 2007).

Bim (2007) encontrou em sua pesquisa que a escolaridade, o estado civil, a profissão e a renda da mulher são fatores que interferem na prevalência da realização de mamografia.

Estudo no município de Campinas, em 2001, demonstrou que a principal barreira à realização da mamografia, em 81,8% dos casos, foi a falta de solicitação por parte dos médicos dos centros de saúde em estudo. Nesse estudo constatou-se que a adequação da atitude esteve relacionada a escolaridade igual ou superior a cinco anos e ser casada, e a prática adequada da mamografia associou-se com o trabalho fora de casa e renda familiar igual ou superior a cinco salários-mínimos (MARINHO, 2008).

No presente estudo constatou-se que a escolaridade não está relacionada à realização da mamografia alguma vez na vida, ao passo que as mulheres que pertencem a camadas sociais mais elevadas, têm idade entre 51 a 60 anos e tiveram a menopausa entre 48 e 55 anos foram as que apresentaram uma mais frequente realização de mamografia; por outro lado, as que menos realizaram a mamografia foram as mulheres que nunca fizeram tratamento para a menopausa, as que tiveram a menarca entre 13 e 15 anos, as evangélicas e as negras ou pardas.

Outro estudo de base populacional, realizado em São Leopoldo - RS, demonstrou que dentre todas as variáveis estudadas somente a classe econômica estava associada com a não-realização de exame médico das mamas. Entre as mulheres que haviam feito consulta médica no ano da realização do estudo a cor da pele foi determinante para a realização do exame, resultando numa maior possibilidade de as mulheres brancas serem examinadas (DIAS-DA-COSTA, et al., 2007).

Outro fato observado é a relação da obesidade com a menor prevalência da prática preventiva, visto que a obesidade é referida como fator de risco para o desenvolvimento do câncer de mama (WEE et al., 1999).

Estudos relatam alguns fatores associados a maiores prevalências de realização da prevenção secundária do câncer de mama, entre os quais se encontram bom nível socioeconômico, história familiar de câncer de mama e história pessoal de biopsia (BOYLE, 2002; COSTA, 1995).

Estudos sobre fatores socioeconômicos e a prática de prevenção de câncer de mama relatam que mulheres de maior nível educacional e renda são as que mais aderem e que as detêm maior conhecimento sobre o autoexame das mamas. Essa prática constitui um dos fatores essenciais à prevenção secundária do câncer de mama, e resulta em um diagnóstico precoce e conseqüentemente na diminuição da incidência de mortalidade. As mulheres de baixo estrato social, educacional e

informativa são as que mais necessitam ser orientadas para a prática do autoexame da mama. Observa-se também que as mulheres que retardam a consulta ao médico especializado e procuram assistência em estágios avançados da doença são mulheres mais velhas e de classe social e educacional mais baixa (GONÇALVES; DIAS, 1999).

Pesquisa realizada com mulheres de 40 a 69 anos na cidade de Pelotas no ano de 2002 diagnosticou como um dos principais fatores associados a maiores prevalências das condutas na prevenção secundária do câncer de mama pertencer às classes sociais mais altas e conseqüentemente possuir um maior nível de escolaridade. O nível socioeconômico parece ser fator que mais favorece o acesso à consulta ginecológica e a adoção das demais condutas de prevenção secundária do câncer de mama o que contribui para a diminuição da incidência de mortalidade (SCLOVITZ et al., 2005)

Nesse mesmo estudo, a prevalência do exame clínico das mamas, mamografia e consulta ginecológica no último ano apresentaram aumento progressivo, estatisticamente significativo, em direção às classes sociais mais altas. De forma inversa, em outro estudo observou-se que as mulheres de classes sociais mais baixas relataram menor acesso aos serviços de saúde e a exames clínicos das mamas. As mulheres não-brancas também relataram esse resultado (DIAS-DACOSTA, 2007).

O presente estudo revela que um dos fatores em comum para a realização das condutas preventivas foi a classe econômica das entrevistadas. As mulheres que pertencem às camadas sociais mais baixas têm menor oferta de mamografia e menos exames clínicos das mamas feitos por médico ou enfermeira. Ademais, essa mesma população realiza menos o auto-exame das mamas.

Molina et al. (2003), em pesquisa no município de Botucatu com mulheres entre 30 e 84 anos, identificou que as mulheres idosas apresentavam uma taxa menor de oportunidades de diagnóstico precoce. Elas eram menos informadas sobre a periodicidade correta da autopalpação e relataram uma menor frequência de mamografia e de exame clínico das mamas do que as mulheres jovens. Nesse mesmo estudo constatou-se que o grau de escolaridade possui significância estatística, sendo que mulheres com mais anos de estudo obtiveram melhores oportunidades do que as com pouco estudo.

Estudo de base populacional em Pelotas, com mulheres de 20 a 69 anos, encontrou que 48,9% das entrevistadas tiveram suas mamas examinadas pelo médico, sendo que a classe social, cor da pele, frequência de consulta médica e realização de exame citopatológico estavam associadas a essa prática de conduta preventiva. O estudo acima afirma que há desigualdade na atenção à saúde e falta de integralidade na assistência à mulher (COSTA, 2003). A deficiência no sistema de saúde pode resultar numa iniquidade em relação às ações de prevenção do câncer de mama, como as que foram citadas acima.

No trabalho de Molina et al. (2003) percebeu-se que as mulheres com média de idade de 43,91 anos eram as que possuíam mais conhecimento sobre a periodicidade recomendada do autoexame das mamas que e as que tinham menos conhecimento tinham uma média de idade de 51,92 anos. Constatou-se também que as mulheres que possuíam até quatro anos de estudo sabiam menos sobre a periodicidade do autoexame do que as mulheres que estudaram nove anos ou mais. No estudo acima não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre o conhecimento da periodicidade recomendada do autoexame das mamas e algumas variáveis, destacando-se entre estas a profissão, antecedentes familiares de câncer de mama e ter recebido orientação sobre a prevenção do câncer de mama e sobre como fazer a autopalpação das mamas.

No presente estudo, dentre todos os fatores estudados, foram encontrados como fatores associados à realização do autoexame das mamas somente a raça da mulher, a classe econômica, o hábito de ingerir bebida alcoólica e a realização de tratamento para menopausa. Assim como no estudo de Molina et al. (2003), não se observou correlação entre o autoexame das mamas e antecedentes familiares de câncer de mama.

Freitas Júnior (2006), em estudo com 2073 pacientes, obteve como resultado que 75% das mulheres conheciam o AEM e 51% o praticavam. Ser dona-de-casa, possuir idade acima de 30 anos, ter dois filhos ou mais, possuir renda maior que dois salários-mínimos e maior grau de escolaridade foram os fatores associados a maior conhecimento do AEM. A realização do AEM foi influenciada positivamente também pelos fatores ser dona-de-casa, possuir 30 anos ou mais, possuir maior escolaridade e renda superior a dois salários-mínimos. Concluiu-se no estudo acima que as mulheres pertencentes à camada da população mais carente são as que possuem menos conhecimento sobre o AEM consequentemente o realizam menos.

Em mulheres entre 30 e 84 anos não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre o número de filhos, morbidade no último ano e exame clínico das mamas. Observou-se que as mulheres com nove anos de estudo ou mais foram expostas com maior frequência ao exame clínico das mamas do que as que estudaram por até quatro anos. A idade demonstrou também estar relacionada com maior oportunidade de receber o exame clínico das mamas, sendo que as mulheres mais jovens foram examinadas em maior número do que as mais velhas (MOLINA et al., 2003). Em comparação com a pesquisa acima, neste estudo a escolaridade da mulher também possui correlação com o exame clínico das mamas. As mulheres com menor grau de escolaridade tiveram menos as suas mamas examinadas clinicamente do que as mulheres com mais anos de estudo, ao passo que a idade e o número de filhos não apresentaram tendência linear estatisticamente significativa com a realização do ECM.

Quanto à mamografia, constatou-se diferença estatisticamente significativa entre a escolaridade e a solicitação de mamografia e as mulheres com nove anos ou mais de estudo referiram uma frequência maior de mamografia do que as que estudaram por até quatro anos (MOLINA et al., 2003).

Em outro estudo, verificou-se que a maioria dos programas de prevenção do câncer de mama recomenda, principalmente em locais onde há muitos casos de diagnóstico tardio, a realização do autoexame como uma das formas de detecção precoce. Na literatura é enfatizado que o AEM é subutilizado por mulheres pertencentes a classes sociais mais elevadas, ao passo que a mamografia, a principal arma no diagnóstico precoce do câncer de mama, deixa de fora significativa parcela da população feminina, por não ter acesso a esse procedimento mais sofisticado (MARINHO, 2002). Cumpre ressaltar a importância da realização do AEM das mamas em populações que têm dificuldade de acesso à mamografia.

Pesquisa realizada com mulheres acima de 65 anos constatou que o ECM das mamas era a prática mais usada por essas mulheres, seguida da mamografia e, distantemente, em terceiro lugar, do AEM. As razões mais citadas para a não-realização de mamografia foram não apresentar sintomas, negligência ou esquecimento e não ter tido indicação de um especialista. Não houve diferença estatisticamente significativa entre o conhecimento e as práticas de detecção precoce. Ao contrário, acreditar nas medidas preventivas teve um impacto na sua realização. Nesse mesmo estudo foi demonstrado também que a idade está

associada com execução do AEM uma a duas vezes por mês, nunca ter realizado mamografia e ter realizado mamografia nos dois últimos anos (AYÉNDEZ et al., 2001).

Ayéndes (2001) sustenta que o nível social mais elevado associa-se à realização do AEM e a nunca ter realizado mamografia. O grau de instrução está correlacionado positivamente à realização de mamografia e ter realizado mamografia nos dois últimos anos anteriores à entrevista. Os fatores encontrados referentes à realização da mamografia nos dois últimos anos foram a indicação de um especialista, possuir automóvel e receber orientação após a menopausa ou câncer de mama de um profissional de saúde. Por meio da regressão logística foi constatado que a referência de um médico foi o fator mais importante para a realização da mamografia.

Não foi observada diferença significativa entre o fato de a mulher ter feito mamografia e o hábito de examinar suas mamas em casa. A realização do AEM tem associação positiva com o ECM. O mesmo ocorre entre o ECM e a mamografia. Nos estudos de Scowitz et al., (2005) observa-se resultado semelhante, pois não se observou associação entre “hábito de realizar autoexame das mamas” e “realização de mamografia na vida”.

7. CONCLUSÕES

Os dados dessa pesquisa mostram que a maior parte das mulheres estudadas pertencem a raça branca (81,1%) e são da classe econômica classificada como C. Grande parte delas possuía somente o primário completo (33,9%) e poucas (7,7%) o superior completo

Quanto ao uso de bebidas alcoólicas, 76,1% relataram nunca tê-las usado. Por outro lado, apenas 13% das mulheres referiram fazer uso de cigarro e 62% já fizeram uso de contraceptivo oral.

Em sua grande maioria, as mulheres entrevistadas foram classificadas como sobrepeso (38,7%) e houve um número significativo de obesas (24,1%). Apenas 6,8% das mulheres nunca estiveram grávidas.

A média de idade em que as mulheres entraram na menopausa foi de 47 anos e a menarca ocorreu, em média, aos 12,8 anos..

A prevalência do hábito de realizar o AEM encontrada foi de 64,5% e deste percentual, 76,7% realizaram o AEM ao menos uma vez ao mês no último seis meses. A prevalência de ECM na última consulta ginecológica foi de 71,5%. Quanto à prevalência de mamografia, 79% relataram já terem realizado esse exame alguma vez na vida.

Os fatores encontrados associados à realização do AEM foram a classe social, escolaridade, idade da menarca e realização de tratamento para menopausa. As variáveis associadas à realização do ECM são: classe econômica, escolaridade, idade da menarca e realização de tratamento para menopausa. Os fatores faixa etária, raça/cor, classe econômica, religião, idade da menarca, idade da menopausa, número de gestações e realização de tratamento para menopausa são fatores que estão associados à realização da mamografia. Observou-se correlação entre ECM e AEM e também entre a realização do ECM e a mamografia.

Percebeu-se através dessa pesquisa que o fator classe econômica influencia significativamente as práticas de prevenção secundária do câncer de mama, de modo que quanto mais alto o nível sócio-econômico da mulher, maior a prevalência de realização dessas condutas. Esses dados demonstram que o município de Maringá, em relação às práticas preventivas do câncer de mama, encontra as mesmas barreiras observadas em diversos estudos realizados em outros municípios.

A mudança de comportamento referente à realização de medidas de prevenção secundária do câncer de mama deve fazer parte dos objetivos das ações de educação em saúde. A orientação quanto à realização do AEM, ECM e mamografia deve estar ao alcance de todas as mulheres, independente de sua classe sócio-econômica. Essa mudança deve ser realizada não só internamente, com a conscientização das mulheres sobre a importância dessas medidas preventivas, mas externamente também, oferecendo-se de maneira igualitária oportunidades de diagnóstico precoce a todas as mulheres na faixa etária de maior risco de desenvolver o câncer de mama.

O diagnóstico precoce do câncer de mama possibilita um tratamento mais eficaz e menos invasivo, uma recuperação menos traumatizante e uma maior sobrevivência das mulheres. Em face às estatísticas assustadoras de incidência do câncer de mama, é premente a elaboração de estratégias eficientes e abrangentes de prevenção secundária deste tipo de câncer em toda população feminina.

O câncer de mama, quando diagnosticado precocemente, apresenta grandes chances de cura, o que pode evitar muitas mortes desnecessárias, o sofrimento causado pelo tratamento e incapacidades provenientes da doença.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. Disponível em: <www.abeso.org.br>. Acesso em: 28 jan. 2008.

ABREU, E.; KOIFMAN, S. Fatores prognósticos no câncer de mama feminina. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, p. 113-131, 2002.

SÁNCHEZ AYÉNDEZ, M. et al. Knowledge and beliefs of breast cancer among elderly women in Puerto Rico. **P. R. Health Sci. J.**, Puerto Rico, v. 20, no. 4, p. 351-359, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil**. 2006a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativas/2006>>. Acesso em: 14 jan. 2007.

ALDRIGHI, J. M.; BUCHALLA, C.; CARDOSO, M. R. A. **Epidemiologia dos agravos à saúde da mulher**. São Paulo: Atheneu, 2005.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer prevention & early detection**. 2003. Disponível em: <<http://www3.cancer.org/>>. Acesso em: 10 jun. 2008.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Breast cancer facts and figures 2005-2006**. 2006. Disponível em: <<http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2005BrF.pdf>>. Acesso em: 2 jan. 2008.

ANDRADE, C. R. et al. Apoio social e auto-exame das mamas no estudo Pró-Saúde. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 21, n. 2, p. 379-386, 2005.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EMPRESAS DE PESQUISAS 2007. Disponível em: <www.anep.org.br>. Acesso em: 14 jan. 2008.

ARAÚJO, S. D T. **Mortalidade, por câncer de mama, de mulheres com idade igual e superior a 50 anos: Estado de São Paulo – 1979 a 1997**. 2000. 77 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

ASSOCIAÇÃO LIMEIRENSE DE COMBATE AO CÂNCER. **Câncer de mama: prevenção e diagnóstico precoce**. Disponível em: <http://www.alicc.org.br/cancer_mama.php>. Acesso em 8 jul. 2008.

BERGMANN, A. **A prevalência de linfedema subsequente a tratamento cirúrgico para câncer de mama no Rio de Janeiro**. 2000. 142 f. Dissertação (Mestrado)-Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.

BIM, C. R. **Avaliação da qualidade de saúde da mulher em Guarapuava – PR**. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)–Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2007.

BORGHESAN, D. H.; PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B. Câncer de mama e fatores associados. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, p. 112-30, 2008. Suplemento 1.

BORGHESAN, D. H et al. Auto-exame das mamas: conhecimento e prática entre profissionais da área da saúde de uma instituição pública. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 25, n. 1, p.57-69, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Parâmetros técnicos para programação de ações de detecção precoce do câncer da mama: recomendações para gestores estaduais e municipal**. Rio de Janeiro: INCA, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Controle do câncer de mama: documento de consenso**. Rio de Janeiro, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde: Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. 2006a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativas/2006>>. Acesso em: 14 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fatores de risco para o câncer de mama**. 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/dicas/44cancer_mama.html>. Acesso em: 13 fev. 2007.

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, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Mulher. Instituto Nacional de Câncer. **Plano de ação para o controle do câncer do colo do útero e da mama, 2005-2007**. Rio de Janeiro: INCA, 2005.

BOYLE, P. Current situation of screening for cancer. **Ann. Oncol.**, London, v. 13, p.189-98, 2002. Supplement 4.

CAMPANA, H. C. R. **Perfil de mulheres com câncer de mama**. 2007. Dissertação (Mestrado)—Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2007.

CANTINELLI, F. S. et al. A oncopsiquiatria no câncer de mama – considerações a respeito de questões do feminino. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 33, n. 3, p.124-133, 2006

COSTA, J. S. D.; PICCINI, R. X.; MOREIRA, M. R. Avaliação da prática do auto-exame e exame físico de mamas na cidade de Pelotas, RS. **Rev. Bras. Ginec. Obstet.**, São Paulo, v. 17, n. 6, p. 621-632, 1995.

COSTA, J. S. D. et al. Coverage of physical breast examination to prevent breast cancer: a population-based study in Pelotas, RS. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 6, n.1, p. 39-48, 2003.

CRIPPA, C. G. et al. Perfil clínico e epidemiológico do câncer de mama em mulheres jovens. **Arq. Catarin. Med.**, São Paulo, v. 32, n. 3, p.50-58, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação sobre Mortalidade**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 10 dez. 2006.

DAVIM, R. M. B. et al. Auto-exame de mama: conhecimento de usuárias atendidas no ambulatório de uma maternidade escola. **Rev. Latino-am. Enferm.**, São Paulo, v.11, n. 1, p. 21-27, 2003.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. 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.

DÍAZ, S.; PIÑEROS, M.; SÁNCHEZ, O. Detección temprana del cáncer de mama: aspectos críticos para un programa de tamizaje organizado en Colombia. **Rev. colomb. Cancerol.**, v. 9, n. 3, p. 93-105, 2005.

FEIG, S. A. Screening mammography: a successful public health initiative. **Rev. Panam. Salu Pública**, v. 20, n. 2/3, p. 125-133, 2006.

FIGUEIRA FILHO, A. C. Fatores de risco no câncer de mama. **Rev. Latino Americana Mastol.**, v. 3, n. 2, p.124-132, 2002.

FREITAS JÚNIOR, R. et al. Conhecimento e prática do auto-exame de mama. **Rev. da Assoc. Med. Bras.**, v. 52, n. 5, p. 97-109, 2006.

GODINHO, E. R.; KOCH, H. A. O perfil da mulher que se submete a mamografia em Goiânia – uma contribuição a bases para um programa de detecção precoce do câncer de mama. **Radiol. Bras.**, São Paulo, v. 35, n. 3, p.139-145, 2002.

GONÇALVES, S. C. M.; DIAS, M. R. A prática do auto-exame da mama em mulheres de baixa renda: um estudo de crenças. **Estud. Psicol.**, Campinas, SP, v.4, n. 1, p. 141-159, 1999.

HARDY, E. E. et al. Variáveis reprodutivas e risco para doenças benignas de mama. Estudo casocontrole. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 24, p. 387-393,1990.

HARDY, E. E.; PINOTTI, J. A.; OSIS, M. J. D.; FAÚNDES, A. Variáveis reprodutivas e risco para câncer de mama: Estudo caso-controle desenvolvido no Brasil. **Bol. Oficina Sanit. Panam.**, v. 115, p. 93-102, 1993.

IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000>>. Acesso em: 20 jan. 2007.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama: viva mulher.** 2008a. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140>. Acesso em: 13 maio. 2008.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Incidência do câncer no Brasil: estimativa 2008.** 2008b. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=2>. Acesso em: 15 maio 2008.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Mamografia: da prática ao controle - 2007.** Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=471>. Acesso em: 20 fev. 2008.

LIMA-COSTA, M. F; MATOS, D. L. Prevalência e fatores associados à realização da mamografia na faixa etária de 50-69 anos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2003). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p.1665-1673, 2007.

LIMA, F. E. L. et al. Dieta e câncer no Nordeste do Brasil: avaliação da relação entre alimentação e consumo de grupos de alimentos e câncer de mama. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 820-28, 2008.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Disponível em: <http://www.maringa.pr.gov.br/visualiza_noticia_destaque.php?cod_artigo=346>. Acesso em: 24 maio 2007.

MARINHO, L. A. B. et al. O papel do auto-exame mamário e da mamografia no diagnóstico precoce do câncer de mama. **Rev. Cienc. Med.**, Campinas, SP, v.11, n. 3, p. 167-180, 2002.

MARINHO, L. A. B. et al. Knowledge, attitude and practice of mammography among women users of public health services. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 576-582, 2008.

MILLER, A. B. et al. The Canadian National Breast Screening Study-1: breast cancer mortality after 11 to 16 years of follow-up: a randomized trial of mammography in women age 40 to 49 years. **Ann. Intern. Med.**, Philadelphia, v. 137, no. 5, p. 305-312, 2002.

MOLINA, L; DALBEN, I.; LUCA, L. A. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 185-190, 2003.

MOLINA, E. C. Estilo de vida para prevenir el cáncer de mama. **Hacia Promoc. Salud.**, Caldas, v. 11, p. p. 11-19, 2006.

MORAES, A. B. et al. Estudo da sobrevivência de pacientes com câncer de mama atendidas no hospital da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2219-2228, 2006.

MORGAN, J. W.; GLADSON, J. E.; RAU, K, S. Position Paper of the American Council on Science and Health on Risk Factors for Breast Cancer: established, speculated, and unsupported. **Breast J.**, Malden, v. 4, no. 3, p. 225-236, 1998.

NEWCOMB, P. A. et al. Recent oral contraceptive use and risk of breast cancer. **Cancer Causes Control.**, Oxford, v. 7, no. 5, p. 54-70, 1996.

NORA, D. T.; GIULIANO, A. E. Câncer de mama. In: BEREK, J. S. N. **Tratado de ginecologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

NOVAES, H. M. D et al. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 4, p. 1023-1035, 2006.

OLIVEIRA, J. M.; CORREIA, R. N.; FERNANDES, M. H. Fatores de risco do câncer de mama. **RSBC: Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia**, 2007. Disponível em: <<http://www.rsbcancer.com.br/rsbc/5artigo3>>. Acesso em 7 abr. 2007.

PAIVA, C. E. et al. Fatores de risco para o câncer de mama em Juiz de Fora (MG): um estudo caso-controle. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, p. 15-27, 2002.

PARAGALLO, N. P.; FOX, P. G.; ALBA, M. L. Acculturation and breast self-examination among immigrant latin women in the U.S.A. **Int. Nurs. Rev.**, Oxford, v. 47, p. 38-45, 2000.

PARANÁ. Agência Estadual de Notícias-Aen. **Lideranças femininas discutem saúde da mulher**. Disponível em: <<http://www.aenoticias.pr.gov.br/modules/news/article.php?storyid=4609>>. Acesso em: 10 mar. 2007.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação de Programas Especiais. **Prevenção é a forma mais eficaz para combater o câncer**. Paraná: SESA, 2003. Disponível em: <<http://www.aenoticias.pr.gov.br/modules/news/article.php?storyid=43012>>. Acesso em: 24 abr. 2007.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. Centro de Informação e Diagnóstico em Saúde. Divisão de Sistemas de Informação em Saúde. **Atlas de mortalidade por câncer no Paraná 1999 - 2003**. Curitiba: SESA, 2006.

PAULINELLI, R. R.; MOREIRA, M. A. R.; FREITAS JÚNIOR, R. Ultra-sonografia no diagnóstico do câncer de mama: realidade atual e possibilidades para o futuro. **Rev. Bras. Mastol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 168-174, 2003a.

- PAULINELLI, R. R. 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 Matern. Infant.**, v. 3, n. 1, p. 17-24, 2003b.
- PHAROAH, P. D. et al. Family history and the risk of breast cancer: a systematic review and meta-analysis. **Int. J. Cancer.**, v.71, p. 800-809, 1997.
- PINHO, V. F. S.; COUTINHO, E. S. F. Fatores de risco para câncer de mama: uma revisão sistemática de estudos com amostras de mulheres da população geral no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 39-54, 2005.
- PINHO, V. F. S.; COUTINHO, E. S. F. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1061-1069, 2007.
- REGIS, M. F.; SIMÕES, M. F. S. Diagnóstico de câncer de mama, sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 1, p. 81-86, 2005.
- ROSENBERG, L. et al. Case-control study of oral contraceptive use and risk of breast cancer. **Am. J. Epidemiol.**, Baltimore, v. 143, n.1, p. 25-37, 1996.
- SAFAR, A. S. **Estudo do painel imunohistoquímico (receptor de estrogênio, receptor de progesterona e oncogene HER-2) em mulheres obesas e não obesas pós-menopausa e com diagnóstico de câncer de mama.** 2008. Dissertação (Mestrado)–Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2008.
- SCLOWITZ, M. L. et al. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39 n. 3, p. 340-349, 2005.
- SIQUEIRA, F. M. P.; REZENDE, C. A. L.; BARRA, A. A. Correlação entre o exame clínico, a mamografia e a ultra-sonografia com o exame anatomopatológico na determinação do tamanho tumoral no câncer de mama. **Rev. Bras. Gin. Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v 30, n. 3, p. 107-112, 2008.
- SOARES, D.; KIRLEW, K.; REID, M. Mammographic referral patterns for two breast imaging units in Jamaica. **West Indian Med. J.**, Mona, v. 56, n. 2, p. 159-162, 2007.
- SOUZA, R. M. et al. História familiar em segundo grau como fator de risco para câncer de mama. **Rev. Bras. Ginec. Obstetrícia**, Porto Alegre, v. 20, n. 8, p. 469-473, 1998.
- SOUZA, J. M. M. **Avaliação da saúde reprodutiva das usuárias da rede pública de saúde do Município de Maringá – PR.** 2006. Dissertação (Mestrado)–Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2006.
- TAVANI, A.; GALLUS, S.; LA VECCHIA, C.; NEGRI, E.; MONTELLA, M.; DAL MASO, L.; FRANCESCHI, S. Risk factors for breast cancer in women under 40 years. **Eur. J. Cancer**, Oxford, v. 35, p. 1361-1367, p. 1361-1367, 1999.

TESSARO, S. et al. Contraceptivos orais e câncer de mama: estudo de casos e controles. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n.1, p. 32-38, 2001.

TESSARO, S. et al. Amamentação e câncer de mama: estudo de caso-controle no Sul do Brasil. **Cad. da Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19. n. 6, p. 1593-1601, 2003.

THOMAS, D. B. et al. Randomized trial of breast self-examination in Shangai: final results. **J. Cancer Institute**, Bethesda, v. 94, no.19, p.1445-1457, 2002.

THULER, L. C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio De Janeiro, v. 49, n. 4, p. 227-238, 2003.

WEE, C. C. et al. Screening for cervical and breast cancer: is obesity an unrecognized barrier to preventive care?. **Ann. Intern. Med.**, Philadelphia, v. 132, p. 697-704, 2000.

VIACAVA, F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 607-621, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE – A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa: **PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DO CÂNCER DE MAMA EM MARINGÁ - PR**

O presente trabalho, elaborado como exigência para obtenção do título de Mestre pelo Curso de Pós graduação em Enfermagem (Mestrado) da Universidade Estadual de Maringá, tem por objetivo analisar a prevalência de condutas relacionadas à prevenção secundária do câncer de mama e os fatores associados, entre as mulheres de 40 a 69 anos do município de Maringá.

Para tanto, estamos solicitando a sua colaboração como participante deste estudo através do preenchimento de um questionário contendo 79 questões fechadas. Os resultados desta pesquisa servirão como subsídio para verificar o perfil da população em estudo segundo variáveis sociodemográficas (etnia, escolaridade, estado civil, classe econômica, profissão); verificar a prevalência da realização do auto-exame, exame clínico das mamas e mamografia e avaliar se a idade, escolaridade e nível socioeconômico interferem na realização das condutas preventivas do câncer de mama.

A entrevista será realizada por um dos membros integrantes do grupo de pesquisa utilizando um questionário com perguntas objetivas. Sua participação não acarretará qualquer tipo de risco ou desconforto, e as suas respostas serão analisadas posteriormente, resguardando sua identidade no caso de divulgação científica dos resultados. Este estudo tem caráter totalmente voluntário, tendo você a liberdade de recusar a participação ou de desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização ou ônus. Comprometemo-nos, assim, a prestar todas as informações necessárias para seu pleno esclarecimento, agradecendo desde já sua colaboração.

Eu, _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecido minhas dúvidas referentes ao presente estudo com a professora _____, CONCORDO VOLUNTARIAMENTE em participar do mesmo.

Assinatura ou impressão datiloscópica

Data

Eu, _____, declaro que forneci as informações referentes ao estudo ao participante acima mencionado.

Assinatura

Data

Para maiores esclarecimentos, procurar o grupo de pesquisadores nos endereços abaixo relacionados ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá, Bloco 10 do Campus Universitário, Telefone (44) 32614040

Grupo de Pesquisa:

Dr^a Sandra Marisa Pelloso. Universidade Estadual de Maringá. (44) 32614040

Jéssica Carvalho de Matos. Universidade Estadual de Maringá (44) 32614040

APÊNDICE – B
PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DO CÂNCER
DE MAMA EM MARINGÁ - PR
ORIENTADORA: DR^a. SANDRA MARISA PELLOSO
MESTRANDA: JÉSSICA CARVALHO DE MATOS
QUESTIONÁRIO

Data da entrevista ___ / ___ / ___ Horário de início da entrevista ___ h: ___ min

Entrevistadora _____

Nome da entrevistada: _____ Bairro: _____

01 - Idade: ___ anos

02 – Faixa etária: 1() 40 a 50 2() 51 a 60 3() 61 a 69

03 - Raça: 1() branco 2() negra/parda 3() amarela

04 - A Sra. tem algum trabalho remunerado?

1() Sim 2() Não 3() não sabe/não respondeu

Classificação Econômica

Classificação Econômica	0	1	2	3	4 ou +
TV	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada Mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de Pó	0	1	1	1	1
Máquina de Lavar	0	1	1	1	1
Vídeo Cassete/DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer	0	1	1	1	1

Grau de instrução:	Chefe da Família
Analfabeto/primário incompleto	0
Primário completo/ginasial incompleto	1
Ginasial completo/colegial incompleto	2
Colegial completo/superior incompleto	3
Superior completo	5

05 – Total de Pontos: _____

06 – Grau de Instrução da Respondente

1() Analfabeto/primário incompleto

2() Primário completo/ginasial incompleto

3() Ginasial completo/colegial incompleto

4() Colegial completo/superior incompleto

5() Superior completo

07 - Religião

1() católica

2() evangélica

3() outra resposta

4() sem religião

08 – Estado civil

1() casada ou mora junto

2() solteira, separada

3() viúva ou outra situação

09 – Peso: _____ kg

10 - Altura: _____ m

11 – IMC: _____

- 12 – A Sr^a. fuma 1() sim 2() não
 13 – Já fumou 1() sim 2() não
 14 – fumou ou fumava menos de 10 cigarros por dia 1() sim 2() não
 15 – Parou de fumar a menos de 2 anos 1() sim 2() não
 16 – Parou de fumar à 2 anos ou mais 1() sim 2() não

17 - Tem o hábito de beber bebida alcoólica?

- 1() não, nunca
 2() não, mas já bebi no passado
 3() bebo, mas socialmente
 4() tenho o hábito de beber toda semana
 5() tenho o hábito de beber todo dia
 6() outra resposta_____

SOBRE SAÚDE DA MULHER

18 - No último ano, quantas vezes a Sra. fez consulta com médico ginecologista?

Resp.:_____

19 - No último ano, quantas vezes a Sra. fez consulta com outros médicos?

Resp._____

20 - Onde a Sra. consultou o ginecologista pela última vez?

- 1() Posto ou ambulatório do SUS.
 2() Clínica ou consultório por convênio.
 3() Clínica ou consultório Particular.
 4() Não fiz consulta.
 5() Não sabe/não respondeu

21 - Quantos anos a Sra. tinha quando menstruou pela primeira vez?

Resp._____anos 1() não lembra 2() não sabe/não respondeu

22 – Quantos anos a Sra. tinha quando parou de menstruar?

Resp._____anos

- 1() Não parei ainda
 2() Não lembro
 3() Não sabe/não respondeu

23 – A Sra. já usou contraceptivos?

1() Não usou 2() Usou

24 - Por quanto tempo usou contraceptivos _____anos

Antecedentes obstétricos e ginecológicos

Você já teve:

- 25 - Gestação () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ou mais
 26 - Parto normal () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ou mais
 27 - Cesária () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ou mais
 28 - Aborto () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ou mais
 29 - Filhos vivos () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ou mais

30 - Idade em que nasceu o primeiro filho vivo

Resp_____anos

31 – Durante o último pré-natal algum médico(a) ou enfermeiro (a) examinou suas mamas?

1() sim

- 2() não
- 3() não lembro
- 4() nunca estive grávida
- 5() não fez pré-natal

32 - Aleitamento materno 1() sim 2() não

33 - Numero de vezes do aleitamento materno. Resp. _____

34 - Quanto tempo (em meses) teve aleitamento materno. Resp. _____ meses

35- Faz quantos anos que você amamentou pela última vez. Resp. _____ anos

36 - A Sra. Conhece algum exame para evitar o câncer do colo do útero?

- 1() sim
- 2() não
- 3() não lembra

37 - Qual exame a senhora conhece. Resp. _____

38 - A Senhora já fez este exame?

- 1() sim
- 2() não
- 3() não lembra

39 - Há quanto tempo fez este exame. Resp. _____ meses

40 - Onde a Senhora fez o exame preventivo do câncer do colo do útero pela última vez?

- 1() Particular/convênios
- 2() SUS
- 3() Não sabe/lembra
- 4() Nunca fez

41 - A Sra. sabe com que frequência este exame deve ser feito?

- 1() Não sei
- 2() Mais de uma vez ao ano
- 3() De ano em ano
- 4() De 2 em 2 anos
- 5() De 3 em 3 anos
- 6() Intervalos maiores
- 7() Não sabe/não respondeu

42 - A Senhora tem o hábito de examinar as suas mamas em casa?

- 1() Não
- 2() Sim
- 3() Não sabe/não respondeu

43 - Quantas vezes a Senhora examinou suas mamas em casa nos últimos 6 meses?

- 1() Nenhuma vez
- 2() Uma vez
- 3() Duas vezes
- 4() Três vezes
- 5() Quatro vezes
- 6() Cinco vezes ou mais
- 7() Não sabe/não respondeu

44 - Na última consulta ginecológica que a Senhora fez o médico ou a enfermeira examinou suas mamas? 1() sim

- 2() não
- 3() não lembra
- 4() não sabe/não respondeu

45 - Na última consulta ginecológica que a Senhora fez, o médico ou a enfermeira lhe orientou a examinar as suas mamas em casa?

- 1() sim
- 2() não
- 3() não lembra
- 4() não sabe/não respondeu

A Senhora tem MÃE, IRMÃS, FILHAS ou OUTROS FAMILIARES que tenham tido ou tem câncer de mama?

46. MÃE: 1() Sim 2() não

47. IRMÃS: 1() Sim 2() não

48() Quantas _____

- 49. FILHAS:** 1() Sim 2() não 50() Quantas _____
- 51. OUTRO FAMILIAR:** 1() Sim 2() não 52() Quantas _____
- 53 - A Senhora já fez mamografia?**
1() Não 2() Sim 3() Não sabe/não respondeu
- 54 - A última mamografia foi há quanto tempo? Resp. _____ meses**
- 55 - A senhora já fez alguma biópsia ou cirurgia de mama? (Desconsiderar plásticas e estéticas)**
1() sim
2() não
3() não lembra 4() não sabe/não respondeu
- 56 - O resultado desta biópsia ou cirurgia foi benigno ou maligno?**
1() Benigno
2() Maligno
3() Resultado ainda não está pronto
4() não sabe/não respondeu 5() não se aplica
- 57 - Teve ou tem câncer de mama**
1() Não 2() Sim 3() Não sabe/não respondeu 4() não se aplica
- 58 - Tempo de diagnóstico do câncer de mama. Resp. _____ meses**
- 59 - Como você descobriu o câncer de mama**
1() auto exame
2() Consulta médica
3() Mamografia
4() Outra forma. Qual? _____ 5() não se aplica
- 60 - Teve doença benigna da mama?**
1() Não 2() Sim 3() Não sabe/não respondeu
- 61 - Há quanto tempo teve doença benigna da mama. Resp. _____ meses**
- 62 - Tem história clínica de Carcinoma de duto in situ (CDIS) ou de carcinoma lobular em situ (CLIS)?**
1() Não 2() Sim 3() Não sabe/não respondeu
- Depois que a Sra. completou 40 anos de idade, o que a Sra. fez para evitar a gravidez?**
- 63 - Usou pílula anticoncepcional** 1() sim 2() não
- 64 - Usou DIU** 1() sim 2() não
- 65 - Usou preservativo/camisinha** 1() sim 2() não
- 66 -- Fez ligamento de trompas** 1() sim 2() não
- 67 - Usou coito interrompido/ele se cuida ou se cuidava** 1() sim 2() não
- 68 - Usou diafragma** 1() sim 2() não
- 69 - Usou injeção anticoncepcional** 1() sim 2() não
- 70 - Usou tabelinha** 1() sim 2() não
- 71 - Usou ducha vaginal** 1() sim 2() não
- 72 - Esposo/companheiro fez vasectomia** 1() sim 2() não
- 73 - Parou de menstruar antes dos 40 anos** 1() sim 2() não
- 74 - Não usou nada para evitar a gestação** 1() sim 2() não
- 75 - A Sra. sente ou já sentiu os calorões da menopausa?**
1() sim 2() sim, sente 3() sim, sentiu mas não sente mais
4() nunca sentiu 5() não sabe/não respondeu
- 76 - A Sra. está fazendo ou fez tratamento para menopausa (reposição de hormônios), como comprimidos, injeções ou adesivos?**
1() não, nunca fez
2() sim, está fazendo

3() fez, mas já parou

4() Não sabe/não respondeu

77 - Quantos anos completos a Sra. tinha quando iniciou pela primeira vez o tratamento para menopausa? Resp. ____anos

78 - Por quanto tempo a Sra. usa ou usou o tratamento para a menopausa? Resp. ____anos

79 - Há quanto tempo parou a terapia de reposição hormonal?

Resp. ____anos

0() nunca fez terapia

99 () Ainda utiliza

Horário de término da entrevista ____ h: ____ min

ANEXO

ANEXO – A

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)