

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**

**Fernanda Maria Chianca da Silva**

**MÉTODOS DE RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA:  
CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE MULHERES IDOSAS**

PORTO ALEGRE-RS  
2014

**FERNANDA MARIA CHIANCA DA SILVA**

**MÉTODOS DE RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA:  
CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE MULHERES IDOSAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – DINTER, para obtenção do título de Doutora em Gerontologia Biomédica.

**Linha de pesquisa:** Aspectos clínicos e emocionais no envelhecimento.

**Orientador:** Prof. Dr. Antônio Luiz Frasson

**Coorientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Simone Helena dos Santos Oliveira

Porto Alegre-RS  
2014

## CATALOGAÇÃO NA FONTE

S586m Silva, Fernanda Maria Chianca da  
Métodos de rastreamento do câncer de mama: conhecimento, atitude e prática de  
mulheres idosas / Fernanda Maria Chianca da Silva. — Porto Alegre, 2014.  
154 f.

Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica)-Instituto de Geriatria e  
Gerontologia, Programa de pós-graduação em Gerontologia Biomédica, PUCRS,  
2014.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Luiz Frasson.

Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Simone Helena dos Santos Oliveira.

1. Gerontologia Biomédica. 2. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. 3.  
Neoplasias da Mama. 4. Autoexame de Mama. 5. Mamografia. 6. Mamas – Exame  
Clínico. I. Frasson, Antônio Luiz. II. Oliveira, Simone Helena dos Santos. III. Título.

CDD: 618.97699

**Bibliotecária Responsável:** Alessandra Pinto Fagundes - CRB10/1244

**FERNANDA MARIA CHIANCA DA SILVA**

**MÉTODOS DE RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA: CONHECIMENTO,  
ATITUDE E PRÁTICA DE MULHERES IDOSAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – DINTER, para obtenção do título de Doutora em Gerontologia Biomédica.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Professora Dra. Djacyr Magna Cabral Freire - UFPB

---

Professor Dr. Felipe Pereira Zerwes - PUCRS

---

Professor Dr. Rodolfo Herberto Schneider – IGG - PUCRS

---

Professora Dra. Maria Gabriela Valle Gottlieb – IGG – PUCRS - Suplente

**Aos meus pais**, Fernando Antônio da Silva e Maria José Chianca da Silva, pela razão do meu existir, pelo amor, carinho, dedicação e incentivo aos meus ideais, especialmente aos estudos e a minha profissão, e pela presença constante, dedico esta tese.

**Aos meus queridos filhos**, Matheus Basílio, Beatriz Fernanda e Gabriel Basílio, meus amores e presentes de Deus.

**Ao meu esposo**, Braulio Basílio da Silva, amor da minha vida, pelo carinho, apoio constante e paciência com os meus ideais.

**Ao meu querido irmão**, Fagner Jean Chianca da Silva (*in memoriam*), pelo seu amor constante em minha vida, e pelo seu pedido quando enfermo, antes de falecer, “faça o doutorado por mim”.

## **AGRADECIMENTOS**

*A Deus, ser onipotente, pela presença constante em minha vida, pelas bênçãos derramadas na realização desta pesquisa.*

*Aos meus irmãos João Thomaz, Patrícia, Kellen, Késia, Fernando e Fagner (meu Faguinho, in memoriam), pelo apoio incondicional.*

*Ao Professor Joab Oliveira (in memoriam), meu professor de estatística, me ensinou a vislumbrar a pesquisa quantitativa, com seus grandiosos ensinamentos, paciência, dedicação, o meu muitíssimo obrigada.*

*Às idosas que participaram desta pesquisa, pela confiança que depositaram em mim, pois sem elas seria impossível a realização deste estudo.*

*Ao Professor Dr. Antônio Luiz Frasson, meu orientador, pelos seus ensinamentos, compreensão e confiança em mim depositados.*

*À minha querida coorientadora, Professora Dra. Simone Helena dos Santos Oliveira, pelas grandiosas orientações e ensinamentos, pelo seu empenho com carinho na construção desta pesquisa e por ter depositado em mim sua confiança no desfecho deste trabalho.*

*À Professora Dra. Nilsamira da Silva Oliveira, coordenadora operacional do DINTER, pelo brilhante trabalho, dedicação e carinho proporcionados nesse caminhar, a fim de que o nosso doutorado transcorresse da melhor maneira.*

*Aos meus pais e irmãos, pelo cuidado carinhoso com os meus filhos na minha ausência.*

*Às alunas do Curso Técnico em Enfermagem da Escola Técnica de Saúde da UFPB e do Curso de Enfermagem da UFPB, Adriana, Carla, Érika Rufino, Iara, Karynne, Lídia, Silvania, Taís e Tércia, pela colaboração na coleta de dados.*

*Ao Sr. Eutalício, pela disponibilidade em transportar as entrevistadoras para os locais de coleta de dados.*

*À Secretária da Escola Técnica de Saúde da UFPB, Srta. Rosário Carvalho, pelo seu apoio constante.*

*Aos professores que participaram da banca examinadora desta pesquisa, Dra. Djacyr Magna Cabral Freira, Dr. Felipe Pereira Zerwes, Dr. Rodolfo Herberto Schneider e Dra. Maria Gabriela Valle Gottlieb, pelas suas valiosas contribuições.*

*À Coordenação do Curso de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, pelo brilhante trabalho, incentivo e carinho ofertados no transcorrer do curso.*

*À Direção da Escola Técnica de Saúde da UFPB, pelo apoio proporcionado nesta caminhada.*

*À CAPES, pelo incentivo na realização do meu curso de doutorado.*

*Aos colegas da turma do DINTER, pelo apoio.*

*Aos professores do Curso do Doutorado, pelos brilhantes ensinamentos, em especial ao Professor Dr. Geraldo Attílio De Carli, pelo carinho fraterno.*

*Ao Professor Dr. João Feliz, pelo acolhimento e ensinamentos valiosos, no momento difícil de perda neste meu caminhar do doutorado, meu eterno agradecimento.*

*Às secretárias do Instituto de Geriatria e Gerontologia, Nair Mônica Ribascik do Nascimento e Cleitiane Dias Rodrigues, pela atenção e carinho.*

*À Direção da Gestão de Educação e Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, pela confiança na permissão da realização desta pesquisa.*

*Aos Coordenadores dos Distritos Sanitários de Saúde e apoiadores das Unidades de Saúde da Família de João Pessoa, onde a pesquisa foi realizada, pelo apoio na coleta dos dados.*

*Ao meu querido sobrinho Fagner Jean, minhas afilhadas Thaís e Louise e queridas sobrinhas Emilly, Thaíla e Rhara, pelas alegrias proporcionadas nesse caminhar.*

*Aos meus cunhados e cunhadas, pelo apoio e carinho.*

*À Ângela, por cuidar dos meus filhos na minha ausência.*

*Aos professores e funcionários da Escola Técnica de Saúde da UFPB, pelo incentivo e apoio.*

*A todos que se fizeram presentes, direta ou indiretamente, nesta minha jornada.*

## RESUMO

SILVA, Fernanda Maria Chianca da. Métodos de rastreamento do câncer de mama: conhecimento, atitude e prática de mulheres idosas. 2014.154f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) – Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

**Introdução:** As alterações demográficas por que passa a população trouxeram como consequência um número significativo de casos de doenças crônicas não transmissíveis, entre elas o câncer e, nas mulheres idosas, apresenta destaque o câncer de mama. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento, a atitude e a prática dos métodos de rastreamento do câncer de mama entre idosas do município de João Pessoa – PB. **Método:** Inquérito domiciliar, do tipo avaliativo: Conhecimento, Atitude e Prática – CAP, transversal e quantitativo, realizado junto a 322 idosas com idade igual ou superior a 60 anos, cadastradas nas Unidades de Saúde da Família de João Pessoa. Os dados foram coletados no período de julho de 2013 a fevereiro de 2014, utilizando-se formulário de entrevista estruturada. Para a análise dos resultados, as variáveis foram descritas por frequências absolutas e relativas. Para avaliar a associação entre as variáveis, foram aplicados os testes qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher, sendo estabelecido o nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ). As análises foram realizadas através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 21.0. O projeto de pesquisa atendeu aos critérios estabelecidos na Resolução n°. 466/2012, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, parecer n° 290.083; CAAE 12147813.0.0000.5336. **Resultados:** A maioria das idosas apresenta conhecimento, atitude e prática adequados para o autoexame das mamas, atitude adequada para o exame clínico e conhecimento e atitude adequados para a mamografia. Não houve associação significativa entre os dados sociodemográficos e adequabilidade do conhecimento, da atitude e da prática para o autoexame e exame clínico das mamas. Para a mamografia, observou-se associação significativa quanto ao conhecimento, nas variáveis faixas etárias ( $p=0,036$ ) e escolaridade ( $p=0,022$ ); com a atitude, na escolaridade ( $p<0,001$ ) e com a prática, na faixa etária ( $p=0,0023$ ) e escolaridade ( $p=0,004$ ). Quanto à associação entre as variáveis conhecimento e atitude com a prática do autoexame das mamas, o estudo revelou significância para a atitude, observando-se que a grande maioria das idosas que possuem atitude adequada, também possuem prática adequada para o referido exame. Em relação à associação entre as variáveis conhecimento e atitude com a prática do exame clínico das mamas e da mamografia, não houve significância. **Conclusões:** Diante dos resultados, percebe-se a necessidade de ações

educativas em saúde, teóricas e práticas, voltadas principalmente para o fortalecimento da adequabilidade do conhecimento e da prática dos métodos de rastreamento do câncer de mama em mulheres idosas, destacando-se o exame clínico das mamas e a mamografia. Necessário, ainda, que as equipes de saúde das Unidades de Saúde Família incrementem a busca ativa de idosas para o rastreamento da doença, bem como a sensibilização dos órgãos competentes no sentido de incluir no programa nacional de controle e combate ao câncer de mama idosas a partir dos 70 anos, tendo em vista se tratar de grave problema de saúde pública, que imprime grande sofrimento para as mulheres em todas as fases da vida e, de modo especial, em fase tão sublime como a idosa.

**Palavras-chaves:** Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde; Idosas; Câncer de mama; Rastreamento.

## ABSTRACT

SILVA, Fernanda Maria Chianca da. Screening methods of breast cancer: knowledge, attitude and practice of elderly women. 2014. 154 f. Thesis (Doctorate in Biomedical Gerontology) – Geriatrics and Gerontology Institute, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

**Introduction:** The demographic alterations which the population undergoes had as consequence a noteworthy number of cases of noncommunicable chronic diseases, among them cancer and, in elderly women, breast cancer is highlighted. **Objective:** To evaluate knowledge, attitude and practice of breast cancer screening methods among elderly women in the municipality of João Pessoa – PB. **Method:** Home survey of evaluative type: Knowledge, Attitude and Practice – , cross-sectional and quantitative study carried out with 322 elderly women aged 60 or above, registered in the Family Health Units (USF) of João Pessoa. Data were collected from July 2013 to February 2014, by using the structured interview questionnaire. For analyzing the results, the variables were described as absolute and relative frequencies. In order to evaluate the association among the variables, Pearson's chi-squared test or Fisher's exact test were used, being established the significance level of 5% ( $p \leq 0,05$ ). The analyses were fulfilled by means of the statistical program *Statistical Package for the Social Sciences*, version 21.0. The research project met the criteria established in the Resolution nº. 466/2012, that rules the research involving human subjects, being approved by the Research Ethics Committee of the *Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul*, Statement nº 290.083; CAAE 12147813.0.0000.5336. **Results:** Most of the elderly women present appropriate knowledge, attitude and practice concerning breast self-examination (BSE), appropriate attitude for the clinical examination and appropriate knowledge and attitude for the mammography. There was no meaningful association among the socio-demographic data and the adequacy of knowledge, attitude and practice for both the breast self-examination and the clinical examination. For the mammography, meaningful association in regard to knowledge was observed in the following variables: age group ( $p=0,036$ ) and education level ( $p=0,022$ ); attitude, in education level ( $p<0,001$ ) and with practice, in the age group ( $p=0,0023$ ) and education level ( $p=0,004$ ). With reference to the association among the knowledge and attitude variables with the practice of the breast self-examination, the study revealed significance for the attitude observing that most of the elderly women who have appropriate attitude also have appropriate practice for the mentioned

examination. In relation to the association among the knowledge and attitude variables with the practice of the clinical breast examination and the mammography, there was no significance. **Conclusions:** Taking into account the results, it is perceived the need for educational actions in health, theoretical and practical, related mainly to the strengthening of knowledge and practice adequacy of the breast cancer tracking methods in elderly women by highlighting the clinical breast examination and the mammography. It is still necessary that the health teams of the Family Health Units enhance the active search of elderly women for the disease screening as well as the awareness of the competent organizations so as to include in the national program of control and combat of breast cancer the elderly women aged from 70, once it is a serious problem of public health that causes great suffering for the women in all phases of life and, especially, in such a sublime phase as the old age.

**Keywords:** Knowledge, attitudes and practices in health; Elderly women; Breast cancer; Screening.

## LISTAS DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Número de mulheres cadastradas nas USFs de João Pessoa/PB em 2011 .....	48
<b>Tabela 2</b> - Número de mulheres selecionadas por Distrito Sanitário de Saúde.....	49
<b>Tabela 3</b> - Distribuição das USFs por Distrito Sanitário de Saúde.....	50
<b>Tabela 4</b> - Distribuição das 322 idosas participante do estudo, por Distritos Sanitários de Saúde do município de João Pessoa .....	50
<b>Tabela 5</b> - Distribuição das variáveis sociodemográficas entre idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N=322. ....	58
<b>Tabela 6</b> - Distribuição das variáveis relacionadas à história clínica entre as idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322	59
<b>Tabela 7</b> - Distribuição das variáveis relacionadas a casos de câncer na família entre as idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014 .....	60
<b>Tabela 8</b> - Distribuição das variáveis relacionadas à fonte de conhecimento acerca do autoexame das mamas e fatores de risco para o câncer de mama entre as idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322 .....	61
<b>Tabela 9</b> - Distribuição das variáveis relacionadas às atitudes positivas e negativas para realização do autoexame das mamas entre as idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322 .....	62
<b>Tabela 10</b> - Distribuição das variáveis relacionadas à realização e não realização do autoexame das mamas entre as idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014 .....	63
<b>Tabela 11</b> - Distribuição das variáveis relacionadas às necessidades de esclarecimentos acerca do autoexame das mamas entre as idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322 .....	63
<b>Tabela 12</b> - Distribuição das variáveis relacionadas ao conhecimento frente ao exame clínico das mamas entre as idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322. ....	64
<b>Tabela 13</b> - Distribuição das variáveis relacionadas às atitudes positivas e negativas para realização do exame clínico das mamas entre as idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322. ....	64
<b>Tabela 14</b> - Conhecimento, fonte de conhecimento acerca da mamografia entre as idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014.....	65

<b>Tabela 15</b> - Distribuição das variáveis relacionadas quanto à necessidade da realização da mamografia entre as idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N =322 .....	65
<b>Tabela 16</b> - Distribuição das variáveis relacionadas à prática frente à realização da mamografia e motivos para não realização do exame entre as idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014.....	66
<b>Tabela 17</b> - Adequação do conhecimento, atitude e prática do autoexame das mamas entre idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322 .....	66
<b>Tabela 18</b> - Adequação do conhecimento, atitude e prática do exame clínico das mamas entre idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322 .....	67
<b>Tabela 19</b> - Adequação do conhecimento, atitude e prática da mamografia entre idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322	67
<b>Tabela 20</b> -Associação entre os dados sociodemográficos e a adequabilidade do conhecimento do autoexame das mamas entre idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322 .....	68
<b>Tabela 21</b> -Associação entre os dados sociodemográficos e a adequabilidade da atitude frente ao autoexame das mamas entre idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322 .....	70
<b>Tabela 22</b> -Associação entre os dados sociodemográficos e a adequabilidade da prática do autoexame das mamas entre idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322 .....	71
<b>Tabela 23</b> - Associação entre os dados sociodemográficos e a adequabilidade do conhecimento do exame clínico das mamas entre idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322 .....	72
<b>Tabela 24</b> -Associação entre os dados sociodemográficos e a adequabilidade da atitude frente ao exame clínico das mamas entre idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322 .....	73
<b>Tabela 25</b> -Associação entre os dados sociodemográficos e a adequabilidade da prática do exame clínico das mamas entre idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322 .....	74
<b>Tabela 26</b> -Associação entre os dados sociodemográficos e a adequabilidade do conhecimento da mamografia entre idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322 .....	75
<b>Tabela 27</b> -Associação entre os dados sociodemográficos e a adequabilidade da atitude frente à mamografia entre idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322 .....	76

<b>Tabela 28</b> - Associação entre os dados sociodemográficos e a adequabilidade da prática da mamografia entre idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322 .....	77
<b>Tabela 29</b> - Associação do conhecimento e da atitude com a prática do autoexame das mamas entre idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322 .....	78
<b>Tabela 30</b> - Associação do conhecimento e da atitude com a prática do exame clínico das mamas entre idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322 .....	78
<b>Tabela 31</b> - Associação do conhecimento e da atitude com a prática da mamografia entre idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322 .....	78

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Mapa dos Distritos Sanitário de Saúde do Município de João Pessoa, e os bairros com as respectivas Unidades de Saúde da Família, 2014..... 46
- Figura 2** - Associação entre conhecimento sobre o autoexame das mamas e escolaridade .... 69

## **LISTA DE SIGLAS**

AB – Atenção Básica

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AEM – Autoexame das mamas

AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome

APS – Atenção Primária à Saúde

CAP – Conhecimento, Atitude e Prática

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

CFM-Conselho Federal de Medicina

DINTER – Doutorado Interinstitucional

DSS – Distrito Sanitário de Saúde

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ESF – Equipes de Saúde da Família

ECM – Exame Clínico das Mamas

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

HIPERDIA - Programa Nacional de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV – Papiloma vírus Humano

IARC - International Agency for Research on Cancer

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional do Câncer

IST - Infecção Sexualmente Transmissível

MEEM – Miniexame de Estado Mental

MMG – Mamografia

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher

PN – Programa Nacional

PNCCUM – Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

SIAB - Sistema de Informação Básica

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SM – Salário Mínimo

SSPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

USF – Unidade de Saúde da Família

UFSs = Unidades de Saúde da Família

USPSTF - US Preventive Services Task Force

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>25</b>
2.1 Processo de envelhecimento .....	25
2.2 O câncer de mama e seu combate.....	27
2.3 Epidemiologia do câncer de mama.....	30
2.4 Câncer de mama em idosas: prevenção, detecção e controle .....	32
2.5 Inquérito Conhecimento, Atitude e Prática - CAP aplicado a mulheres .....	37
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>42</b>
3.1 Objetivo Geral: .....	42
3.2 Objetivos Específicos: .....	42
<b>4 HIPÓTESES .....</b>	<b>44</b>
<b>5 MÉTODOS.....</b>	<b>46</b>
<b>5.5.1 Miniexame de Estado Mental (MEEM) .....</b>	<b>51</b>
<b>5.5.2 Instrumento de coleta de dados.....</b>	<b>52</b>
<b>6 RESULTADOS .....</b>	<b>58</b>
6.1 Caracterização sociodemográfica das idosas.....	58
6.2 Histórico clínico das idosas .....	59
6.3 Autoexame das mamas .....	60
6.4 Exame clínico das mamas.....	64
6.5 Exame da mamografia .....	65

6.6 Variáveis para avaliação da adequabilidade do conhecimento, atitude e prática acerca dos métodos de rastreamento do câncer de mama entre idosas .....	66
6.7 Associações entre as características sociodemográficas e a adequabilidade do conhecimento, da atitude e da prática dos métodos de rastreamento do câncer de mama	67
<b>6.7.1 Autoexame das mamas .....</b>	<b>67</b>
<b>6.7.2 Exame clínico das mamas .....</b>	<b>71</b>
<b>6.7.3 Mamografia .....</b>	<b>74</b>
6.8 Associações entre as variáveis conhecimento e atitude com a prática dos métodos de rastreamento do câncer de mama .....	77
<b>7 DISCUSSÃO .....</b>	<b>80</b>
<b>8 CONCLUSÃO.....</b>	<b>92</b>
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>95</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>98</b>
<b>APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>107</b>
<b>APÊNDICE B - Formulário de Entrevista.....</b>	<b>108</b>
<b>ANEXO A – Quantidade de Idosos por Distrito Sanitário de Saúde .....</b>	<b>115</b>
<b>no Município de João Pessoa - 2011.....</b>	<b>115</b>
<b>ANEXO B - Miniexame do Estado Mental (MEEM).....</b>	<b>123</b>
<b>ANEXO C - Parecer da Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia</b>	<b>125</b>
<b>ANEXO D – Termo de anuência da Secretaria Municipal de Saúde .....</b>	<b>126</b>
<b>ANEXO E - Parecer consubstanciado do CEP - PUCRS .....</b>	<b>127</b>
<b>ANEXO F - Produção Científica.....</b>	<b>129</b>
<b>ANEXO G - Artigos Encaminhados para Publicação.....</b>	<b>131</b>

# **INTRODUÇÃO**

## 1 INTRODUÇÃO

O aumento progressivo das doenças crônicas e degenerativas no Brasil é evidente. As alterações demográficas por que passa a população trouxeram como consequência um número significativo de casos de doenças crônicas, entre elas o câncer, e nas mulheres idosas apresenta destaque o câncer de mama.

Os números são ascendentes desde a década de 60, em mulheres idosas<sup>1</sup>. Os dados revelam a cada ano um crescimento preocupante, que poderia ser minimizado se medidas de detecção precoce dessa neoplasia fossem estabelecidas e adotadas, contribuindo para o declínio da incidência de morbimortalidade.

Pesquisas que descrevam as estratégias de detecção precoce de câncer na população idosa brasileira, assim como sobre os comportamentos preventivos por ela adotados, são escassas. De modo geral, os estudos que investigam o uso de serviços de detecção precoce do câncer de mama em mulheres idosas são insuficientes, em relação aos limites etários adotados, concentrando-se predominantemente nos fatores associados ao uso e, raramente, incluindo as razões de não fazê-lo<sup>2</sup>.

A delicadeza e a complexidade dos efeitos do tratamento do câncer de mama em mulheres idosas, bem como o papel da equipe de saúde da família no atendimento das necessidades demandadas por essas mulheres determinaram a pertinência de novas pesquisas, a fim de propor estratégias que envolvam prevenção e detecção precoce do câncer de mama nessa população, já que a pessoa idosa requer cuidados especiais, uma vez que a fragilidade natural nesse ciclo de vida gera preocupação diante dos enfrentamentos decorrentes do tratamento dessa neoplasia.

Neste sentido, compreender os desafios decorrentes das transições demográficas e epidemiológicas envolve não só investigar o acesso aos serviços de saúde por idosos, mas refletir sobre os determinantes de sua utilização, considerando questões relativas ao gênero e história de vida, na qual as populações se desenvolveram, contextualizando a política de saúde vigente.

É pertinente destacar que as políticas públicas, no tocante à detecção precoce do câncer de mama, apontam estratégias para mulheres na faixa etária inferior aos 60 anos, esquecendo-se do ser mulher idosa, com histórias de vida.

Estamos diante de um contexto preocupante, onde os governantes apontam ações com possibilidades de tratamento e controle para pessoas idosas acometidas de agravos, como *diabetes mellitus* e hipertensão arterial sistêmica, porém não se discute uma política mais

efetiva, com ações educativas e práticas para a detecção precoce do câncer de mama na população feminina idosa.

Diante do exposto, destaca-se a necessidade de investigações que objetivem vislumbrar um novo olhar para essas mulheres, no tocante à detecção precoce do câncer de mama, pois sabemos que se medidas políticas públicas forem estabelecidas, provavelmente teremos idosas descobrindo o câncer de mama na fase inicial, com possibilidades de cura e/ou tratamento menos agressivo.

As contribuições da presente investigação para a Estratégia Saúde da Família consistem em retratar o conhecimento, a atitude e a prática no tocante aos meios de rastreamento do câncer de mama em idosas, com vistas a possibilitar a visão do problema a partir de informações dos próprios sujeitos, permitindo aos profissionais de saúde olhar o câncer de mama como um problema também da idosa, que necessita de um olhar diferenciado.

A partir da discussão e da contextualização do fenômeno, constrói-se um marco temático crítico e reflexivo que poderá servir de subsídio para melhorar a assistência, estimulando futuras investigações acerca do câncer de mama em idosas.

Entretanto, numa trajetória atuando na saúde da mulher, particularmente na prevenção do câncer de colo uterino e detecção precoce do câncer de mama, culminou na dissertação de mestrado intitulada “Prevenção do câncer cérvico uterino em Unidade Básica de Saúde: estratégias para atuação de enfermagem”, que posteriormente resultou na elaboração e desenvolvimento do Projeto de Extensão “Prevenindo o câncer de mama e de colo uterino em Unidade de Saúde da Família”, o qual tem como finalidade prevenir, detectar e controlar o câncer de mama e de colo uterino em uma comunidade de João Pessoa, através de ações de educação em saúde junto às mulheres, ressaltando a importância da prevenção e detecção precoce desses cânceres.

Ao longo do desenvolvimento do referido projeto iniciado em 2001, percebeu-se, através de evidências empíricas, outro problema demandado, o qual não era objeto de atuação do projeto de extensão desenvolvido, a necessidade de inclusão de mulheres idosas no rastreamento para detecção precoce do câncer de mama nas Unidades Saúde da Família. Evidenciou-se, também, o desconhecimento desse grupo de mulheres acerca da prevenção e detecção precoce do câncer de mama.

Esse cenário tornou-se motivo de inquietações, que deram sustentação à proposição dos seguintes questionamentos:

- O que as mulheres idosas sabem e pensam sobre os métodos de rastreamento do câncer de mama?

- Quais são as práticas de mulheres idosas para prevenção e detecção precoce do câncer de mama?

# **REVISÃO DA LITERATURA**

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Processo de envelhecimento

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, ao longo do qual ocorrem alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas. Em sua decorrência, modifica-se a capacidade de adequação do organismo às agressões internas e externas, ocasionando deterioração progressiva<sup>3-4</sup>. Consiste em um processo normal de alteração relacionada com o tempo, que começa desde o nascimento e prossegue no decorrer da vida. Seu início é inevitável e desafia todas as dimensões do ser humano, devido ao seu impacto sobre a saúde, afetando indivíduos, família e sociedade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como idoso a pessoa com 65 ou mais anos de idade. Para os países em desenvolvimento, como o Brasil, essa definição se aplica a partir dos 60 anos<sup>5</sup>.

As alterações demográficas do último século, que se traduziram na modificação e na inversão das pirâmides etárias, refletindo sobre o envelhecimento da população, vieram colocar à esfera governamental, às famílias e à sociedade em geral desafios para os quais não estavam preparadas. Envelhecer com saúde, autonomia e independência constitui-se hoje um desafio à responsabilidade individual e coletiva, com tradução significativa no desenvolvimento econômico dos países<sup>6</sup>.

A Organização Mundial de Saúde estima que entre os anos de 2000 a 2050 o número de indivíduos com 60 anos ou mais passe de 600 milhões para 2 bilhões, sendo a maior parte desse aumento observada em países em desenvolvimento, onde o número de indivíduos mais velhos passará de 400 milhões para 1,7 bilhão. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2050, a perspectiva é de que para cada 100 crianças de 0-4 anos, existirão 172,7 idosos, estimando-se que 19% da população dos brasileiros seja composta de idosos<sup>7-8</sup>.

Estimativas apontam que, entre 1990 e 2025, a população idosa aumentará de sete a oito vezes em diversos países. As mesmas projeções indicam que, entre os dez países com as maiores populações de idosos em 2025, cinco serão países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, com um número de 27 milhões de pessoas com sessenta anos ou mais de idade<sup>9</sup>.

A acentuada transição demográfica colocará o Brasil, dentro de 25 anos, como o país com a sexta população de idosos no mundo, sendo ultrapassada apenas pela China, Índia,

Rússia, Estados Unidos e Japão, o que representa mais de 32 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, ou seja, cerca de 15% de nossa população total<sup>10-11</sup>.

No Nordeste, em especial no Estado da Paraíba, este quadro não é diferente, pois de acordo com o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o estado tem uma população de 381 mil idosos e, proporcionalmente, é o terceiro maior estado do Brasil com maior número de idosos, perdendo apenas para o Rio de Janeiro e o Rio Grande do Sul<sup>12</sup>.

Dentro desse parâmetro, observa-se a importância de dados etários dessa população em estudo, no qual em 2012 o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelou que o índice populacional no nosso País cresceu 12,3% nos últimos anos. Os brasileiros com 60 anos ou mais aumentaram em 42%, e o segmento populacional de 80 anos ou mais de idade aumentou ainda mais com 60% de acréscimo<sup>8</sup>.

Considerando os dados, o estado da Paraíba, possui 3.753.633 habitantes, provenientes do Censo de 2010, sendo o 1º Estado do Nordeste e o 5º do País com maior percentual de pessoas com 60 anos ou mais. Entre as 27 Unidades da Federação, a Paraíba já ocupa o 12º Estado com maior número de centenários. A cidade de João Pessoa concentra uma população de 716.042 mil habitantes e desses, 74.635 correspondem a pessoas idosas com 60 anos ou mais, sendo 29.002 homens e 45.633 mulheres<sup>13</sup>.

O aumento da expectativa de vida, embora se traduza em conquistas e avanços sociais, reflete preocupações há anos anunciadas por demógrafos, economistas, sociólogos, biólogos e gerontólogos, em face dos problemas de adaptação que a sociedade terá que enfrentar em função do aumento do contingente de pessoas idosas<sup>11</sup>. Como exemplo, pode-se citar as doenças crônico-degenerativas, com índice de mortalidade em declínio e de morbidade ascendente.

A chegada da terceira idade exerce impacto sobre o sistema de saúde, visto que os idosos estão mais propensos a apresentar doenças cardiovasculares, *diabetes mellitus*, obesidade, câncer e enfermidades respiratórias.

No que se refere ao ser idoso tem se destacado grande preocupação, pois há números elevados de pessoas acometidas por diferentes tipos de neoplasia maligna. Entre as mulheres, estudos apontam que o câncer de mama esteja talvez dentre os tumores malignos mais frequentes, causando receio, pela sua incidência, desconhecimento e possíveis mudanças físicas, que podem alterar a imagem corporal e a sexualidade feminina. Este tipo de câncer pode surgir em qualquer idade, porém observa-se que a ocorrência aumenta

proporcionalmente com o avançar da idade, sendo que a faixa etária dos 60 aos 70 anos apresenta índice elevado<sup>6,14-15</sup>.

No tocante à feminização da velhice, particularmente no Brasil, percebe-se que as mulheres apresentam uma maior expectativa de vida, associada a fatores como: menor consumo de álcool e de tabaco; maior cuidado com a saúde; acúmulo de saberes e práticas de saúde vivenciadas nas suas experiências do cuidar, que facilitam a identificação precoce da sintomatologia de várias doenças, o que faz com que esse grupo feminino seja a maior demanda dos serviços de saúde em diversas áreas<sup>16</sup>.

Diante disso, com o aumento da expectativa de vida dessa população brasileira, cresceu o número de mulheres idosas predispostas a ter câncer de mama, especialmente nos países de baixa e média renda<sup>3,9-10</sup>.

Coloca-se, pois, a questão de pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia, através do estímulo à prática de atividade física moderada e regular, alimentação saudável, não uso do fumo, consumo moderado de álcool, promoção dos fatores de segurança e manutenção da participação social, como aspectos indissociáveis. Do mesmo modo, importa reduzir as incapacidades, numa atitude de recuperação global precoce e adequada às necessidades individuais e familiares, envolvendo a comunidade, numa responsabilidade partilhada, potencializadora dos recursos existentes e dinamizadora de ações cada vez mais próximas dos cidadãos<sup>17</sup>.

No entanto, importa ressaltar que a dimensão do envelhecimento vai além do contexto biológico, necessitando de ações em favor dessa população, através de políticas de caráter mais preventivo e menos curativo, mais promocional e menos assistencial, gerando, assim, estratégias que contribuam para a manutenção da qualidade de vida, minimizando a desigualdade e investindo nos indivíduos ao longo do ciclo vital<sup>17</sup>.

## 2.2 O câncer de mama e seu combate

A mama representa para o ser mulher, algo do seu corpo que pode configurar-se em sua feminização, constituída por um corpo glandular que repousa sobre a parede do tórax. Envoltos pela fásia e recobertos por pele, se estendem até a região da axila formando o prolongamento axilar. A pele se diferencia em sua porção central, formando a aréola de onde emerge a papila, constituindo o complexo areolopapilar<sup>18</sup>.

O corpo glandular é formado por dois sistemas: o sistema ductal, formado por ductos que iniciam na papila e possuem várias ramificações, e o sistema lobular, composto por

lóbulo, localizados nas extremidades das ramificações ductais. Os lóbulos são responsáveis pela formação de leite que é transportado por meio dos ductos até sua exteriorização na papila. Os sistemas ductal e lobular são sustentados por tecido conjuntivo e gordura, por onde passam nervos, vasos sanguíneos e linfáticos. Os vasos linfáticos da mama drenam a linfa principalmente para os linfonodos das cadeias axilar e mamária interna. O assoalho muscular é composto principalmente pelos músculos peitoral maior, peitoral menor e serrátil anterior, que se relacionam com a face profunda da mama separando-a do gradil costal<sup>18</sup>.

Geralmente, as mamas não são do mesmo tamanho, havendo uma discreta assimetria entre elas. A forma da mama pode variar em função da idade, lactação, gestação, obesidade e período menstrual. Topograficamente, as mamas são divididas em quadrantes superiores (lateral e medial), inferiores (lateral e medial) e região central. A divisão em quadrantes é importante para a localização e correlação dos achados de exame clínico e de imagem<sup>18</sup>.

Estudos apontam que com aumento da idade, em torno dos 40 anos, a mama começa a se atrofiar perdurando até a fase da menopausa, processo este fisiológico. Além disto, a partir deste período são mais frequentes os diagnósticos de câncer de mama. O câncer de mama é uma doença complexa e heterogênea, com velocidades diferentes de evolução, dependendo do tempo de duplicação celular e outras características biológicas de progressão<sup>19-22</sup>.

O câncer de mama vem apresentando uma curva ascendente de incidência nos últimos anos, sendo considerado o mais incidente em mulheres, representando 23% do total de casos de câncer no mundo, constituindo-se a causa mais frequente de morte por câncer nesta população<sup>23</sup>.

No Brasil, representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina. Excluídos os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama também é o mais incidente em mulheres de todas as regiões, exceto na região Norte, onde o câncer do colo do útero ocupa a primeira posição<sup>24</sup>.

O câncer de mama, assim como outras neoplasias malignas, resulta de uma proliferação incontrolável de células anormais, que surgem em função de alterações genéticas, sejam elas hereditárias ou adquiridas por exposição a fatores ambientais ou fisiológicos. Tais alterações genéticas podem provocar mudanças no crescimento celular ou na morte celular programada, levando ao surgimento do tumor<sup>18</sup>.

Considerado problema de saúde pública, o câncer de mama é um grupo heterogêneo de doenças, com comportamentos distintos. A heterogeneidade do câncer de mama se manifesta pelas diferentes apresentações clínicas e morfológicas, variadas assinaturas genéticas e conseqüente variação nas respostas terapêuticas<sup>18</sup>.

Desse modo, a fim de realizar detecção precoce e controle do câncer de mama, várias ações têm sido implantadas mundialmente, através dos métodos de rastreamento desta neoplasia. A OMS aponta que aproximadamente 1/3 dos cânceres pode ser curado se detectado precocemente e tratado adequadamente<sup>25-26</sup>.

Estudo randomizado, desenvolvido pelo *International Agency for Researchon Cancer (IARC)*, observou que as mulheres que realizavam os exames de rastreamento do câncer de mama, reduziram a mortalidade em torno de 30 – 35%<sup>25,27</sup>.

No Brasil, apesar dos avanços em pesquisas acerca do câncer de mama, encontram-se poucos estudos voltados à população idosa, havendo necessidade de fortalecimento de ações estratégicas, pois desde 1980 que medidas vêm sendo exercidas no controle desta neoplasia. Em 1998, foi implantado o Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero e de Mama (PNCCCUM), o Viva Mulher. Este programa, voltado para as ações de detecção precoce, estabelece uma relação formal de cooperação entre os diferentes níveis de governo, proporcionando suporte técnico, financeiro e recursos materiais (equipamentos) de maneira sistemática e contínua para todas as unidades federadas do País<sup>25,28</sup>.

A partir da criação do referido programa, foi estabelecida uma linha de Cuidado do Câncer de Mama, com a finalidade de assegurar à mulher o acesso humanizado e integral às ações e serviços qualificados, a fim promover a prevenção do câncer de mama e o acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno<sup>18</sup>.

No ano de 2011, foi aprovada a Portaria MS/GM nº 1.473, de 24 de junho de 2011, que tem como um dos propósitos, o plano de fortalecimento das ações para a prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e da mama, cujo objetivo é reduzir a incidência e a mortalidade desses cânceres. O referido plano apresenta metas e ações a serem implantadas até 2014<sup>18</sup>.

Todavia, a importância epidemiológica do controle do câncer no Brasil e sua magnitude social, as condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica e os custos cada vez mais elevados na alta complexidade são notórios, refletindo assim, a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população<sup>18</sup>.

### 2.3 Epidemiologia do câncer de mama

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta um elevado índice de morte por neoplasia, influenciada em parte pelo crescimento demográfico e envelhecimento da população mundial. A previsão é que ocorra uma evolução no número de casos novos e óbitos até 2025, salientando que, no ano de 2012, mais da metade de todos os casos de câncer (56,8%) e dos óbitos (64,9%) foram registrados nas regiões menos desenvolvidas do mundo<sup>14, 29</sup>.

O Centro Internacional de Pesquisa sobre o Câncer, agência especializada da OMS, com sede em Lyon, na França, apresentou dados sobre 28 tipos de câncer em mais de 180 países, e detectou um aumento significativo no número de novos casos de câncer, de 11% de 2008 até 2012 e o número de óbitos pela enfermidade também elevou em 8%, significando um aumento de 14,1 milhões de casos novos de câncer no mundo, com 8,2 milhões de mortes<sup>29-30</sup>.

Entretanto, os tipos de cânceres diagnosticados com maior frequência mundialmente são os de pulmão (1,8 milhão, 13% do total), de mama (1,7 milhão, 11,9% do total) e de cólon (1,4 milhão, 9,7% do total). O câncer de pulmão é o que causa mais mortes (1,6 milhão, 19,4% do total), seguido do de fígado (800.000, 9,1% do total) e de estômago (700.000, 8,8% do total)<sup>29-30</sup>.

Apesar de as estratégias de ação em saúde terem sido implantadas, o câncer de mama continua sendo a primeira causa de morte por neoplasia em mulheres no Brasil. A OMS afirma que este tipo de câncer aumentou em 20% desde 2008 e a mortalidade cresceu em 14%. Anualmente é diagnosticado 1,7 milhões de casos de câncer mamário na mulheres<sup>30</sup>.

Para o ano de 2013, apresentou-se a estatística para o câncer de mama no Brasil de 52.680 novos casos, com risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres<sup>31</sup>.

Para o ano de 2014, o Instituto Nacional do Câncer estima a ocorrência de 576 mil novos casos de câncer, quando para o câncer de mama estão sendo esperados 57 mil novos casos de câncer de mama<sup>32</sup>.

Portanto, sem considerar os tumores de pele não melanoma, para o ano de 2014 estima-se que o câncer de mama ainda seja o mais frequente nas mulheres brasileiras, onde para a região Sudeste estima-se 71,18/100 mil; Sul 70,98/100; Centro-Oeste 51,30/100 mil; Nordeste 36,74/100 mil e Norte 21,29/100<sup>32</sup>.

Para o estado da Paraíba, localizado na região Nordeste, estima-se para o referido ano, de acordo com as taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes, que ocorram no Estado 750 casos (37,62/100) e na capital João Pessoa 260 casos (66,48/100)<sup>32</sup>.

De acordo com os dados da Secretaria Estadual de Saúde na Paraíba, de 2010 a agosto de 2013, 680 mulheres paraibanas morreram vítimas de câncer de mama e, durante este período, foram diagnosticados na capital, João Pessoa, 250 novos casos. Um dos fatores que elevam esses dados é o diagnóstico tardio<sup>33</sup>.

A idade é o principal fator de risco para esta neoplasia. Após 50 anos, o número de casos tende a aumentar, estando relacionada aos processos de urbanização da sociedade, evidenciando também maior risco de adoecimento nas mulheres com elevado nível socioeconômico e em países em desenvolvimento<sup>32</sup>.

Entretanto, apesar dos avanços, das tecnologias para tratamento de câncer, estudos revelam que mulheres na faixa etária mais avançada são frequentemente excluídas de estudos clínicos e poucos dados prospectivos são analisados em relação ao câncer de mama nesta população<sup>11</sup>.

Estudos apontam a importância de pesquisas com mulheres idosas na prevenção do câncer de mama. Estudo bibliográfico fez uma reflexão acerca da prevenção do câncer de mama em mulheres idosas<sup>16</sup>, e outro estudo realizado num hospital público de São Luís analisou a incidência de câncer de mama em mulheres na terceira idade<sup>34</sup>. Na cidade de Belém, em um Centro de Saúde-Escola, realizaram um estudo sobre conhecimentos, práticas e fatores associados ao autoexame das mamas e obtiveram como resultado que das 505 mulheres entrevistadas, a maioria entre 60 e 69 anos, não realiza o autoexame das mamas, e o principal motivo da não realização foi o desconhecimento da técnica<sup>35</sup>.

Na mesma linha de pesquisa, na Paraíba, no município de João Pessoa, através de um projeto de extensão, intitulado: Prevenindo o câncer de mama e de colo uterino em Unidade de Saúde da Família, foi realizada uma pesquisa que investigaram a vivência de mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde, quanto à realização do autoexame das mamas e concluiu-se que há mulheres que têm dúvidas acerca da realização correta e outras não realizam<sup>36</sup>.

De acordo com os dados pesquisados, percebe-se que o carcinoma mamário tem se constituído uma preocupação mundial, também pelas cifras que vêm demandando para o custeio do tratamento nos países desenvolvidos e subdesenvolvidos. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), há um índice significativo de mortalidade na população feminina

decorrente do câncer de mama, constituindo-se o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o primeiro entre as mulheres<sup>18, 37</sup>

O câncer não conhece fronteiras, deste modo, todos devem assumir a responsabilidade para enfrentar essa doença. Dados do INCA apontam que, para cada ano, cerca de 8 milhões de mortes, mundialmente, são causadas pelo câncer. Estima-se que um terço dessas mortes poderia ter sido evitado, com a prevenção, detecção precoce e acesso aos tratamentos existentes<sup>32</sup>.

#### 2.4 Câncer de mama em idosas: prevenção, detecção e controle

Apesar dos avanços que vêm ocorrendo no diagnóstico cada vez mais precoce nos casos de câncer de mama, as mulheres com mais de 70 anos ainda apresentam com maior frequência diagnóstico tardio quando comparadas com as mais jovens. Em parte, este fato pode ser explicado pelo maior intervalo decorrido desde que o nódulo é notado pela mulher até sua ida a um serviço especializado. Esta maior demora na procura dos serviços de saúde tem determinado, em muitos casos, a detecção tardia dos tumores e ocorrência frequente de metástase<sup>37-38</sup>.

Embora constatados novos tratamentos direcionados para a cura do câncer mamário, a terapia de escolha geralmente ainda é a cirurgia. Quando o diagnóstico é tardio, o procedimento é radical e acrescido de terapia adjuvante como radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia. As mastectomias trazem repercussões físicas e psicossociais importantes pelo trauma cirúrgico e, conseqüentemente, pela mutilação. O impacto visual pós-cirurgia, a expectativa de vida, o perfil da personalidade e a autoimagem prejudicada constituem-se possíveis repercussões dessa cirurgia<sup>39</sup>.

A radioterapia tem como objetivo destruir as células neoplásicas que porventura não foram retiradas cirurgicamente. A quimioterapia tenta evitar o aparecimento de metástase depois do tratamento inicial. A hormonioterapia, com a finalidade adjuvante preventiva ou no tratamento de metástase, tem o mesmo objetivo de evitar a evolução da doença<sup>38, 40</sup>. Todas estas modalidades terapêuticas, isoladas ou associadas, produzem efeitos colaterais de maior ou menor intensidade, de acordo com cada indivíduo, que podem se apresentar mais intensos em mulheres idosas, em face das fragilidades decorrentes do próprio processo de envelhecimento.

Estresse psicológico, fadiga, anorexia, náuseas e vômitos, perda de peso, alopecia, infecção, imunodepressão, dor, mucosite, lesões da pele, impotência, sangramento e diarreia são alguns dos efeitos colaterais esperados decorrentes das terapias<sup>28, 41</sup>.

Diante da magnitude da problemática do câncer de mama, vários programas têm sido propostos pelo Ministério da Saúde com o objetivo de reduzir a sua incidência, a exemplo do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama (PNCCCUM), este último, “Viva Mulher”, já implantado em todo território nacional e na Paraíba, nos seus 223 municípios.

Embora ações de cunho preventivo venham recebendo atenção especial por parte de organismos governamentais e não governamentais, ajustes e melhorias ainda são requeridas, e no que concerne às ações voltadas para minimizar os efeitos decorrentes do tratamento de câncer de mama, sejam eles biológicos ou psicológicos, muito ainda necessita ser realizado.

Pesquisas apontam lacunas na integralidade da assistência à mulher idosa tanto no tocante à prevenção e detecção do câncer de mama, como nas necessidades advindas do tratamento, apesar de o Programa de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM) preconizar o atendimento integral e holístico à mulher no seu ciclo vital<sup>16</sup>.

Evidencia-se na literatura que a problemática do câncer de mama em mulheres é investigada, sobretudo em jovens e que poucos estudos buscam enfatizar a preocupação com esse tipo de neoplasia em idosas. Não se pode esquecer que as mulheres idosas são pessoas com vivências e experiências de vida, com trajetória de cuidados, estes resultantes da inserção social, política, cultural e de gênero, enquanto atores sociais das suas próprias histórias<sup>12</sup> e que, com o processo de envelhecimento, necessitam de um olhar atento e diferenciado do atendimento às suas necessidades particulares de saúde.

Percebemos que o Programa Nacional de Saúde do Idoso está implantado, mas as diretrizes que norteiam esta política, como a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos especializados, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas necessitam de fortalecimento<sup>6</sup>.

No que concerne ao câncer de mama em idosas, verificamos em nosso cotidiano profissional que, quando detectadas alterações mamárias, as mulheres são encaminhadas a serviços de alta complexidade e após este encaminhamento e a definição e implementação da abordagem terapêutica, parece haver uma descontinuidade ou um inadequado atendimento por parte das Equipes de Saúde da Família, no que se refere, particularmente, à identificação e

abordagem aos efeitos decorrentes do tratamento, com os quais as mulheres idosas convivem e para os quais devem desenvolver mecanismos de enfrentamento.

Entretanto, percebe-se a necessidade de ampliar as diretrizes e ações estratégicas preconizadas pelo Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama, para a população idosa, pois o objetivo desse programa visa reduzir a exposição a fatores de risco, diminuir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida da mulher com câncer de mama.

A prevenção primária do câncer de mama está relacionada ao controle dos fatores de risco reconhecidos, relacionados ao estilo de vida, como: obesidade pós-menopausa, sedentarismo, consumo excessivo de álcool, terapia hormonal, entre outros<sup>42</sup>.

Na prevenção secundária, preconiza-se a detecção precoce através do exame clínico das mamas, autoexame das mamas e mamografia, em que as ações estratégicas, através do rastreamento, buscam o diagnóstico precoce ou abordagem de mulheres com sinais e/ou sintomas do câncer de mama, pois, como já mencionado, este tipo de câncer, quando identificado em estágios iniciais, apresenta prognóstico favorável à cura<sup>42</sup>.

Para se alcançar o diagnóstico precoce desse tipo de neoplasia, se faz necessário que a mulher seja bem informada e atenta às possíveis alterações nas mamas, em especial se idosa, pois já há um comprometimento fisiológico do seu corpo, da sua motricidade e da sua sensibilidade.

Em 1950, nos Estados Unidos, o autoexame das mamas surgiu como estratégia para diminuir o diagnóstico de tumores em fase avançada. Porém, ao final da década de 1990, ensaios clínicos apontaram que apenas o autoexame não reduzia significativamente a mortalidade por câncer de mama, possivelmente pelo motivo de a mulher ser orientada a examinar suas mamas uma vez ao mês, sendo assim, diversos países passaram a adotar a estratégia de *breastawareness*, que significa estar alerta para a saúde das mamas<sup>42</sup>.

A orientação oriunda dessa estratégia é que a mulher realize a autoapalpação das mamas sempre que se sentir confortável para tal (seja no banho, no momento da troca de roupa ou em outra situação do cotidiano), sem qualquer recomendação de técnica específica, valorizando-se a descoberta casual de pequenas alterações mamárias<sup>18,42</sup>.

Todavia, apesar dessa orientação, o autoexame das mamas é uma ferramenta importante também para detecção precoce do câncer de mama, desde que não seja a única forma de tentar controlar e combater essa neoplasia. Sendo assim, pode-se contar ainda com o exame clínico das mamas e a mamografia, como mencionado anteriormente.

Estudos apontam esses três componentes como medidas para detecção precoce do câncer de mama, e que o **autoexame das mamas** deve ser realizado por mulheres de qualquer

faixa etária, mensalmente, no período pós-menstrual e para as mulheres que não menstruam mais, deve-se orientar a realização do exame uma vez ao mês, em dia escolhido pela mulher. Toda a equipe de saúde deve estar atenta para as oportunidades de orientação quanto à realização periódica do autoexame pelas usuárias. O **exame clínico das mamas** deve ser realizado pelo menos uma vez por ano pelo profissional de saúde, principalmente em mulheres com mais de 35 anos de idade. Frequentemente o exame é realizado pela enfermeira e a **mamografia** indicada para rastreamento ou para diagnóstico de lesões suspeitas<sup>42-43</sup>.

A recomendação para as mulheres de 50 a 69 anos é a realização de mamografia a cada dois anos e do exame clínico das mamas anualmente. A mamografia nesta faixa etária, de periodicidade bienal, é a rotina adotada na maioria dos países que implantaram rastreamento organizado do câncer de mama e baseia-se na evidência científica do benefício dessa estratégia na redução da mortalidade nesse grupo, pois de acordo com estudos realizados, o impacto do rastreamento mamográfico, na redução da mortalidade por câncer de mama, pode chegar a 25%<sup>42</sup>.

Para as mulheres de 40 a 49 anos, a recomendação é o exame clínico anual e a mamografia diagnóstica em caso de resultado alterado. Segundo a OMS, a inclusão desse grupo no rastreamento mamográfico tem hoje limitada evidência de redução da mortalidade<sup>42</sup>. Uma das razões é a menor sensibilidade do exame de mamografia em mulheres na pré-menopausa pela maior densidade mamária.

O Instituto Nacional de Câncer recomenda para que, além desses grupos, haja também orientação para o rastreamento de mulheres com risco elevado de câncer de mama, cuja rotina de exames deve se iniciar aos 35 anos, com exame clínico das mamas e mamografia anuais<sup>42</sup>. Segundo o consenso, risco elevado de câncer de mama inclui: história familiar de câncer de mama em parente de primeiro grau antes dos 50 anos ou de câncer bilateral ou de ovário em qualquer idade; história familiar de câncer de mama masculino; e diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*<sup>42</sup>.

Entretanto, o Manual de Orientação em Mastologia da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), apóia a recomendação da American Cancer Society, orientando a realização da mamografia a partir dos 40 anos anualmente, sempre precedida pelo exame físico, justificando que para mulheres de 40 a 49 anos demonstra aspectos positivos, tais como: estas mulheres geralmente têm mamas densas, com uma diminuição da sensibilidade mamográfica, onde, o rastreamento anual pode reduzir o impacto adverso de tumores de crescimento rápido e está relacionado com a diminuição da taxa de achados mamográficos falso-positivos, minimizando também o índice de biópsias

desnecessárias, bem como, alguns especialistas afirmam que tumores mamários que aparecem entre 40 e 50 anos, tendem a ser mais agressivos, sendo assim, o diagnóstico precoce através da mamografia nesta faixa etária é tão importante<sup>44</sup>.

Ainda reportando-se ao autoexame das mamas, estudo realizado em Belo Horizonte enfatiza esse exame como uma técnica de detecção precoce, indolor, sem custo e de fácil realização, que pode favorecer a detecção de tumores no estágio 1 da doença com tumor de 1 até 2 cm de diâmetro. A detecção nessa fase torna o tratamento mais eficiente, uma vez que a invasão dos linfonodos axilares está relacionada com diâmetros superiores a 2 cm<sup>45</sup>.

Por sua vez, o exame clínico das mamas deve ser realizado por um profissional da área de saúde, com treinamento adequado, que tenha condição de detectar tumores com 1 cm de diâmetro, enquanto que, sem esta condição, a detecção só é possível quando o tumor atinge o diâmetro entre 2 a 3 cm<sup>18,45</sup>.

Com o intuito de fortalecer a importância do rastreamento desse tipo de neoplasia, pesquisas corroboram o pressuposto de que campanhas educativas, que abordam a prevenção do câncer de mama, necessitam ser destinadas e adaptadas à realidade da população feminina de baixa renda e de baixo nível de escolaridade. Assim, o baixo nível de informação sobre os métodos utilizados para o rastreamento do câncer de mama faz com que as mulheres procurem assistência em um estágio avançado da doença, onde o tratamento acessível torna-se mais agressivo com prognóstico não favorável e de alto custo<sup>46-47</sup>.

Uma linha de pesquisa que vem crescendo nos últimos 30 anos está relacionada à crítica do autoexame das mamas (AEM), exame clínico da mamas (ECM) e mamografia (MMG), já que estes apresentam resultados contraditórios quando se leva em consideração a redução nas taxas de mortalidade. O trabalho mais influente, dentre os mais de 30 estudos não randomizados, foi um realizado em Shangai<sup>45</sup>. Apesar de os trabalhos não apresentarem conclusão definitiva, uma vez que as análises estatísticas mostram a mesma taxa de mortalidade entre os dois grupos estudados, mulheres que praticam o AEM periodicamente e o grupo-controle apresentam resultados não significativos, o que justificou as diretrizes da OMS (Organização Mundial de Saúde) já que, para esta instituição, um procedimento para ser considerado como método de rastreamento tem que necessariamente levar a uma redução da mortalidade. Mas a argumentação proposta neste trabalho é a de que os benefícios clínicos do AEM residem no fato de que a detecção precoce leva a uma melhora da sobrevivência das pacientes. Todos os métodos disponíveis para a prevenção secundária do câncer de mama possuem limitações que não preenchem requisitos básicos para um teste de rastreamento<sup>45</sup>.

Em relação à política do autoexame das mamas, um estudo realizado com 663 mulheres apontou que apenas 7,4% da amostra apresentaram conhecimento e prática adequada quanto à realização do autoexame das mamas e o esquecimento desta prática foi a principal barreira para a não realização do AEM em 58,1% das mulheres do estudo<sup>48</sup>. Outro estudo realizado com 505 mulheres, atendidas em um Centro de Saúde-Escola, no estado do Pará, aponta que apenas 21,8% das mulheres realizavam o AEM mensalmente e o motivo principal da não realização do exame foi o desconhecimento da técnica<sup>35</sup>.

Entretanto, em outro estudo, percebeu-se que a sobrevida em cinco anos foi de 75% entre as mulheres praticantes do AEM contra 57% entre as não praticantes, indicando assim, impacto significativo do AEM na detecção precoce do câncer de mama, registrando-se tumores primários menores e menor número de linfonodos axilares comprometidos pela neoplasia nas mulheres que fazem o exame regularmente<sup>49</sup>.

Pesquisas realizadas com idosas com câncer de mama revelaram que 80% apresentaram o diagnóstico tardio como fator mais prevalente para a referida neoplasia, e 70% não realizaram o autoexame das mamas<sup>34, 50</sup>.

O diagnóstico tardio da doença resulta na maioria dos casos em mutilação da mama, acarretando sentimentos negativos, tais como: ansiedade, choque, desespero, depressão e medo, com maior probabilidade de morte por câncer<sup>51</sup>.

No tocante à mulher idosa, essa técnica pode servir de ferramenta não apenas pessoal frente à prevenção e detecção precoce do câncer de mama, mas também aos familiares, que geralmente são os cuidadores dessas mulheres, pois se percebe a necessidade de conhecimento e intimidade com o próprio corpo, evidenciando uma necessidade de ações efetivas capazes de diminuir a incidência dessa doença.

## 2.5 Inquérito Conhecimento, Atitude e Prática - CAP aplicado a mulheres

As pesquisas sobre Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) foram introduzidas nas estratégias preventivas com a intenção de identificar quais são as principais características de uma determinada população no que se referem aos seus Conhecimentos, Atitudes e Práticas. Pertencem a uma categoria de estudos avaliativos, chamados de avaliação formativa, que permite obter dados de uma parcela populacional específica, além de identificar possíveis caminhos para uma futura intervenção mais eficaz. Portanto, o estudo CAP consiste em um conjunto de questões que visam medir o que a população sabe, pensa e atua frente a um tema predefinido, através de questionários e entrevistas semiestruturadas<sup>52</sup>.

No ano de 2001, foi realizada uma pesquisa, aqui no Brasil, que objetivou avaliar o conhecimento, a atitude e a prática do autoexame das mamas e do exame de mamografia entre as mulheres que se utilizam do serviço municipal de Campinas (SP) e identificar quais as barreiras para que a população feminina tenha acesso à realização de procedimentos que auxiliem no diagnóstico precoce do câncer de mama, foram entrevistadas 663 mulheres de 13 Centros de Saúde municipais, através do inquérito conhecimento, atitude e prática<sup>53</sup>.

No ano 2004, através do projeto interinstitucional, desenvolvido pelo Programa Nacional de DST e AIDS (PN-DST/AIDS) do Ministério da Saúde, pelo Departamento de Informações em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, com apoio dos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) dos Estados Unidos da América, dirigido à avaliação de desempenho do programa brasileiro de AIDS, relacionado à AIDS, foi realizado inquérito populacional, dirigido a coletar informações sobre o conhecimento relacionado à transmissão do HIV, sobre as práticas sexuais, bem como sobre uso de drogas lícitas e ilícitas da população brasileira de 15 a 54 anos de idade, objetivando construir uma plataforma para a implementação de inquéritos sistemáticos no campo da avaliação do PN-DST/AIDS<sup>54</sup>.

A aplicação da pesquisa em nível nacional teve o objetivo principal de desenvolver instrumental para monitoramento de indicadores de desempenho do programa, sobretudo no que se refere à prevenção das situações de vulnerabilidade à infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis<sup>54</sup>.

Os conceitos de conhecimento, atitude e prática foram estabelecidos a partir de estudos similares, conforme seguem:

- *Conhecimento* – Pode ser definido como a compreensão a respeito de determinado assunto; recordar fatos específicos (dentro do sistema educacional do qual o indivíduo faz parte) ou a habilidade para aplicar fatos específicos para a resolução de problemas ou, ainda, emitir conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado problema ou, ainda, emitir conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado evento.

- *Atitude* – É ter opiniões. É, também, ter sentimentos, predisposições e crenças, relativamente constantes, dirigidos a um objetivo, pessoa ou situação, bem como preconceitos que podem permear o tema. Relaciona-se ao domínio afetivo – dimensão emocional.

- *Prática* – É a tomada de decisão para executar a ação. Relaciona-se aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo – dimensão social, ou seja, consiste no modo como o conhecimento é demonstrado, através de ações<sup>48,55</sup>.

Voltados a diferentes temáticas, vários estudos internacionais e nacionais foram realizados utilizando o inquérito CAP, relacionados a adolescentes, profissionais do sexo,

mulheres presidiárias, gestantes, ao câncer de mama, de colo uterino e de próstata, a dengue, aos métodos contraceptivos, a AIDS, a influenza, a sífilis, a gestão em serviço, entre outros, relevantes à área da saúde<sup>45, 48, 53,56-68</sup>. Desse modo, este tipo de inquérito pode ser adaptado às diversas situações sociais, especialmente quando existe a pretensão de traçar estratégias de ações para o enfrentamento dos problemas de saúde.

Pesquisa sobre CAP, realizada no município de Mossoró-RN, objetivou identificar o conhecimento, atitude e práticas de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) em relação à detecção precoce do câncer de mama. Os resultados evidenciaram déficit de conhecimento dos profissionais em relação ao melhor período para a realização do exame clínico das mamas, bem como a idade recomendável para a solicitação da primeira mamografia<sup>56</sup>.

Para os pesquisadores<sup>56</sup>, isso refletiu em práticas inadequadas relacionadas à falta de rastreamento mamográfico em mulheres jovens assintomáticas, pertencentes a grupos de alto risco para o câncer de mama, bem como na deficiência de ações de promoção em saúde sobre este tipo de câncer. Na ocasião, as estratégias traçadas pelos investigadores envolveram principalmente a educação continuada a todos os profissionais da ESF e consolidação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), no município de Mossoró.

Outra investigação, realizada em Campinas-SP, cujo objetivo foi avaliar a relação do locus de controle com conhecimento, atitude e prática relacionados à pílula e ao preservativo entre 295 adolescentes estudantes universitários. Apesar de o grupo masculino, quando comparado ao grupo feminino, possuir maior atitude e prática ao uso de contraceptivos, as associações demonstraram que o conhecimento e a atitude eram adequados, porém a prática era insatisfatória para ambos os sexos, de acordo com os critérios de adequabilidade do estudo<sup>62</sup>.

Esse estudo também identificou que certas características culturais determinaram o uso da camisinha, existindo possíveis fatores influentes ao seu uso entre estes adolescentes, tais como: amigos, familiares e profissionais de saúde. Dentre esses fatores, os profissionais de saúde tiveram maior poder de intervenções relacionadas à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis quando comparadas aos amigos e familiares<sup>62</sup>.

Em Belo Horizonte, um estudo com inquérito CAP, buscou determinar o conhecimento, a atitude e a prática de mulheres em relação aos métodos de rastreamento do câncer de mama em 236 mulheres. Os resultados revelaram que o conhecimento foi adequado para o Exame Clínico das Mamas e da Mamografia, mas houve um conhecimento inadequado do Autoexame das Mamas (AEM). A atitude apresentou uma inadequação para o Exame

Clínico das Mamas e a Mamografia, porém apresentou uma atitude adequada para o autoexame das Mamas. A prática, por sua vez, mostrou uma inadequação completa em relação aos três métodos de rastreamento, que podem indicar a necessidade de mudanças nas condutas favorecedoras da prevenção secundária do câncer de mama no município analisado<sup>45</sup>.

Outro estudo, realizado no Ceará, avaliou o conhecimento, a atitude e a prática do exame colpocitológico entre usuárias de uma Unidade Básica de Saúde e verificou sua associação com as variáveis sociodemográficas. Os resultados encontrados evidenciaram proporções mais altas de conhecimento e atitude adequados em mulheres com escolaridade maior de 9 anos, bem como idade superior a 35 anos<sup>57</sup>.

Recentemente foi realizado um estudo objetivando avaliar o conhecimento, a atitude e a prática de mulheres, na cidade de João Pessoa, quanto ao uso de preservativos como medida preventiva às IST/HIV, onde para a camisinha masculina, associaram-se significativamente a orientação religiosa e o conhecimento adequado, a escolaridade e a atitude adequada, e o estado civil e a prática adequada. A relação entre atitude/prática foi muito mais forte ( $p < 0,05$ ) que a relação conhecimento/prática entre solteiras e casadas. Para os autores da pesquisa, o uso de preservativos, apesar de acharem importante, a maioria não utiliza nenhum tipo durante o ato sexual<sup>68</sup>.

As pesquisas que utilizam o inquérito CAP podem propiciar a identificação das reais lacunas do conhecimento, crenças ou padrões de comportamento que podem facilitar ou dificultar a compreensão e a ação, bem como causar problemas ou criar barreiras para os esforços de controle de um determinado problema de saúde pública<sup>63</sup>.

Permitem, também, identificar informações errôneas e atitudes que são comumente realizadas pela população do estudo, especificar fatores que influenciam o comportamento, razões para suas atitudes e como e por que as pessoas praticam certos comportamentos de saúde. Além disso, podem ser utilizados para identificar as necessidades, problemas e barreiras na execução de programas ou intervenções, assim como direcionar possíveis soluções para melhorar a qualidade e acessibilidade dos serviços<sup>63</sup>.

## **OBJETIVOS**

### **3 OBJETIVOS**

#### 3.1 Objetivo Geral:

- Avaliar o conhecimento, a atitude e a prática dos métodos de rastreamento do câncer de mama entre idosas do município de João Pessoa – PB.

#### 3.2 Objetivos Específicos:

- Verificar a adequabilidade do conhecimento, da atitude e da prática de idosas quanto ao autoexame das mamas, ao exame clínico das mamas e à mamografia.
- Analisar a associação das características sociodemográficas das idosas com a adequabilidade do conhecimento, da atitude e da prática quanto ao autoexame das mamas, exame clínico das mamas e mamografia.
- Analisar a associação do conhecimento e da atitude das idosas com a prática do autoexame das mamas.
- Verificar a associação do conhecimento e da atitude com a prática do exame clínico das mamas pelas idosas.
- Examinar a associação do conhecimento e da atitude das idosas com a realização da mamografia.

## **HIPÓTESES**

## **4 HIPÓTESES**

### 4.1 Hipótese Nula

- O conhecimento, a atitude e a prática dos métodos de rastreamento do câncer de mamas em idosas no município de João Pessoa são suficientes para a detecção precoce do câncer de mama nesse grupo de mulheres.

### 4.2 Hipótese Alternativa

- O conhecimento, a atitude e a prática dos métodos de rastreamento do câncer de mamas em idosas no município de João Pessoa são limitados para a detecção precoce do câncer de mama nesse grupo de mulheres.

## **MÉTODOS**

## 5 MÉTODOS

### 5.1 Delineamento da pesquisa

Esta pesquisa baseia-se em inquérito domiciliar, do tipo estudo avaliativo: Conhecimento, Atitude e Prática (CAP), transversal, de abordagem quantitativa.

### 5.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada nas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa, que estão distribuídas em cinco Distritos Sanitários de Saúde, pertencentes ao 1º Núcleo Regional de Saúde da Paraíba, como retrata o mapa abaixo.

**Figura 1** - Mapa dos Distritos Sanitário de Saúde do Município de João Pessoa, e os bairros com as respectivas Unidades de Saúde da Família, 2014



Fonte: Conselho Municipal de Saúde 2010.

As USFs nos Distritos Sanitários de Saúde de João Pessoa estão assim distribuídas: Distrito Sanitário de Saúde (DSS) I, com 51 Unidades de Saúde da Família (USF); DSS II, com 41 USFs; DSS III, com 55 USFs; DSS IV, com 26 USFs e DSS V, com 18 USFs, totalizando 191 Unidades de Saúde da Família, como mostra a tabela 3.

No Distrito Sanitário de Saúde I, participaram da pesquisa as idosas cadastradas nas USFs: Integrada Saúde e Vida; Integrada Jardim Saúde; Funcionários I; Costa e Silva; Jardim Planalto I e II, Jardim Veneza V e Cruz das Armas IV.

No Distrito Sanitário de Saúde II, participaram da pesquisa as idosas cadastradas nas USFs: Integrada Estação Saúde, Rangel II e Riacho Doce.

No Distrito Sanitário de Saúde III, participaram da pesquisa as idosas cadastradas nas USFs: Integrada Nova Esperança, Integrada Quatro Estações, Integrada Verdes Mares, Integrada José Américo, Integrada União, Integrada Cidade Verde, Colibris, Laranjeiras, Valentina I, II e III Mangabeira III e Girassol.

No Distrito Sanitário de Saúde IV, participaram da pesquisa as idosas cadastradas nas USFs: Integrada Viver Bem, Varadouro II, Tambiá e Ipês.

No Distrito Sanitário de Saúde V, participaram da pesquisa as idosas cadastradas nas USFs: Integrada São José, Integrada Santa Clara, Miramar III, Praias e Padre Hildon Bandeira.

### 5.3 População e amostra

A população do estudo foi composta por todas as idosas com 60 anos ou mais, cadastradas nas Unidades de Saúde da Família (USF) dos cinco Distritos Sanitários de Saúde do município de João Pessoa, na Paraíba. Dessa forma, a abrangência geográfica deste estudo é local.

O cálculo do tamanho da amostra foi baseado no total de mulheres com 60 anos ou mais, cadastradas nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de João Pessoa/PB. Dados disponíveis do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), da Secretaria de Assistência à Saúde do município de João Pessoa, ano base 2011, mostrou que existem cerca de 43.350 mulheres cadastradas em 191 Unidades de Saúde da Família, distribuídas em 5 Distritos Sanitários de Saúde (Tabela 1).

**Tabela 1** - Número de mulheres cadastradas nas USFs de João Pessoa/PB em 2011

<b>Distritos Sanitários de Saúde</b>	<b>Número de USF</b>	<b>Número de Mulheres Cadastradas</b>
Distrito I	51	13769
Distrito II	41	8703
Distrito III	55	11862
Distrito IV	26	5892
Distrito V	18	3124
<b>Total</b>	<b>191</b>	<b>43350</b>

Fonte: Secretaria de Assistência à Saúde/DATASUS – Secretaria Municipal de Saúde – João Pessoa- Sistema de Informação de Atenção Básica, ano 2011.

Como um dos objetivos do estudo consiste em estimar a prevalência de mulheres idosas que realizam o rastreamento do câncer de mama, então o interesse recai também em estimar uma proporção. Assim, considerando que a população é finita ( $N=43350$ ), o cálculo do tamanho da amostra ( $n$ ) pode ser obtido através da seguinte fórmula<sup>69</sup>.

$$n \geq \frac{Np(1-p)}{(N-1)\left(\frac{\text{Erro}}{z_{\alpha/2}}\right)^2 + p(1-p)} \quad [1]$$

em que

$n$ : ·é o tamanho mínimo da amostra que deverá ser selecionada;

$N$ : ·é o tamanho da população;

$p$ : ·é a proporção, dentro da população, de uma variável-chave do estudo. No caso deste estudo,  $p$  é a proporção de mulheres que realizam o rastreamento do câncer de mama;

*Erro*: ·é o erro máximo admissível que o pesquisador está disposto a assumir para os resultados que serão extraídos a partir da amostra. Para a área da saúde, costuma-se empregar uma margem de erro entre 5% e 10%;

$z_{\alpha/2}$ : ·é o percentil de nível  $\alpha/2$  de uma Distribuição Normal. Para a área da saúde, costuma-se utilizar  $\alpha = 0,05$ , o que resulta em  $z_{0,05/2} = z_{0,025} = 1,96$ ;

Em um estudo realizado em São Luís do Maranhão, que objetivou analisar a incidência de câncer de mama em mulheres na terceira idade em um hospital público, constatou-se que 70% das idosas investigadas não realizaram o autoexame das mamas<sup>34</sup>.

Assim, sem perda de generalidade, pode-se assumir, como coerente e realista, que a verdadeira proporção de mulheres, hoje, que realizam o autoexame é de 30% ( $p = 0,30$ ), segundo o estudo supracitado<sup>34</sup>. Portanto, para o estudo proposto neste documento, o tamanho da amostra foi calculado com base em uma margem de erro de 5% ( $\text{Erro} = 0,05$ ) com

$\alpha = 0,05$  ( $z_{0,025} = 1,96$ ) e com  $p = 0,30$ , que resultou no tamanho mínimo 321 mulheres que foram investigadas na proposta desta tese, como mostra o cálculo abaixo.

$$n \geq \frac{43350 \times 0,30 \times 0,70}{(43349) \left(\frac{0,05}{1,96}\right)^2 + 0,30 \times 0,70} \geq 321 \quad [2]$$

Considerando que as unidades amostrais de interesse deste estudo (mulheres com 60 anos ou mais) estão alocadas dentro de Unidades de Saúde da Família (USF) que, por sua vez, estão distribuídas dentro dos Distritos Sanitários de Saúde (DSS), decidiu-se montar um Plano de Amostragem em Três Estágios para se chegar até os indivíduos objetos deste estudo.

Assim, o processo de seleção dos indivíduos seguiu as etapas listadas abaixo:

- **ESTÁGIO 1** (Seleção dos Distritos Sanitários de Saúde): Procurando manter a representatividade da amostra calculada, resolveu-se empregar o plano amostral estratificado para “forçar” que todos os Distritos Sanitários de Saúde estejam representados na amostra, seguindo o princípio da proporcionalidade dos tamanhos (total de mulheres cadastradas) dos distritos. A subdivisão da amostra calculada é mostrada na tabela 2.

**Tabela 2** - Número de mulheres selecionadas por Distrito Sanitário de Saúde

<b>Distritos Sanitários de Saúde</b>	<b>Número de Mulheres Cadastradas</b>	<b>Amostra (Nº de Mulheres)</b>
Distrito I	13769	102
Distrito II	8703	64
Distrito III	11862	88
Distrito IV	5892	44
Distrito V	3124	23
<b>Total</b>	<b>43350</b>	<b>321</b>

Fonte: Secretaria de Assistência à Saúde/DATASUS – Secretaria Municipal de Saúde – João Pessoa- Sistema de Informação de Atenção Básica, ano 2011.

**ESTÁGIO 2** (*Seleção das Unidades de Saúde da Família*): Uma vez sabendo quantos indivíduos seriam investigados em cada distrito, no segundo estágio resolveu-se selecionar 10% do total de Unidades de Saúde da Família (USF), dentro de cada distrito. Os motivos pelos quais se optou pela definição do percentual de 10% para selecionar as Unidades de Saúde da Família são de cunho meramente intencionais, operacionais e que visam principalmente à economia de tempo, de dinheiro e de recursos materiais e humanos.

Assim, as USFs foram selecionadas a partir de uma Amostragem Aleatória Simples, mediante a realização de sorteio das unidades, a partir da listagem nominal das mesmas por Distrito Sanitário de Saúde. Desse modo, a distribuição do número de USF dentro de cada distrito ficou como segue (Tabela 3).

**Tabela 3** - Distribuição das USFs por Distrito Sanitário de Saúde

<b>Distritos Sanitários de Saúde</b>	<b>Número de USF</b>	<b>Número de USFs selecionadas</b>
Distrito I	51	5
Distrito II	41	4
Distrito III	55	5
Distrito IV	26	3
Distrito V	18	2
<b>Total</b>	<b>191</b>	<b>19</b>

- **ESTÁGIO 3**(Seleção das Unidades Amostrais): Uma vez selecionadas as Unidades de Saúde da Família (USF) dentro de cada distrito, uma Amostra Aleatória Simples proporcional ao tamanho dessas USFs foi empregada para selecionar as mulheres (unidades amostrais) que participaram da pesquisa, de modo que o total de mulheres investigadas fosse igual ao total de mulheres previstas para cada distrito (ver tabela 2).

Entretanto, como os dados quantitativos da população fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, foram do ano 2011, (ANEXO A) no momento da coleta dos dados, que ocorreu no período de julho 2013 a fevereiro de 2014, houve modificações na estrutura das USFs do município, ou seja, algumas USFs que eram isoladas passaram a ser integradas. Deste modo, em alguns DSSs, o número de USFs selecionadas foi alterado, porém não inviabilizou o número amostral em cada Distrito Sanitário de Saúde, que neste estudo foi de 322 idosas, como mostra a tabela abaixo:

**Tabela 4** - Distribuição das 322 idosas participante do estudo, por Distritos Sanitários de Saúde do Município de João Pessoa

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
Distrito I	102	31,7
Distrito II	64	19,9
Distrito III	89	27,6
Distrito IV	44	13,7
Distrito V	23	7,1
<b>Total</b>	<b>322</b>	<b>100</b>

#### 5.4 Critérios de Inclusão

Foram incluídas na pesquisa as idosas que:

- tinham 60 anos ou mais;
- estavam conscientes e orientadas;
- apresentaram facilidade na expressão oral;
- estavam cadastradas nas Unidades de Saúde da Família e que participavam do Programa Nacional do Idoso;
- no teste Miniexame do Estado Mental (MEEM), obtiveram como ponte de corte 18/19 analfabetas e 24/25 com instrução escolar;
- não apresentavam diagnóstico de câncer de mama no momento da coleta.

#### 5.5 Instrumento de coleta de dados

Para este estudo, foram utilizados os seguintes instrumentos:

##### **5.5.1 Miniexame de Estado Mental (MEEM)**

O Miniexame do Estado Mental (MEEM), elaborado por Folstein e colaboradores em 1975, é um dos testes mais empregados e mais estudados em todo o mundo na Geriatria, possuindo versões em diversas línguas e países, já sendo validado para a população brasileira<sup>70,71</sup>. Fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos e contém 11 itens, dividido em 2 seções. A primeira exige respostas verbais a questões de orientação, memória e atenção; a segunda, leitura e escrita e sobre habilidades de nomeação, seguir comandos verbais e de escrita, escrever uma frase e copiar um desenho (polígonos). Todas as questões são realizadas na ordem listada e podem receber escore imediato somando os pontos atribuídos a cada tarefa completada com sucesso<sup>71</sup>.

O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde à melhor capacidade cognitiva. Usado isoladamente ou incorporado a instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e o rastreamento de quadros de demências e não subsidia diagnóstico de demência<sup>71</sup>.

Tem sido utilizado em estudos populacionais e na avaliação de resposta a drogas de experimentação. Faz parte de várias baterias de testes neuropsicológicos, tais como o *The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease* (CERAD), o *Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly* e *The Structured Interview for the Diagnosis of Dementia* (SIDAM)<sup>72-74</sup>.

Para fins de rastreamento cognitivo das idosas do estudo em tela foi utilizada como ponte de corte, a pesquisa realizada por Lourenço e Veras, que avaliou as características de medida do Miniexame do Estado Mental em idosos atendidos em um ambulatório geral, atribuindo escore para indivíduos analfabetos de 18/19 e 24/25 para aqueles com instrução escolar, como ponto de corte<sup>71</sup>. (ANEXO B).

### 5.5.2 Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário de entrevista estruturado, constituído pelas seguintes variáveis: sociodemográficas (questões de 1 a 13); história clínica da idosa (questões de 14 a 18); conhecimentos, atitudes e práticas acerca do autoexame das mamas (questões de 19 a 33); conhecimentos, atitudes e práticas acerca do exame clínico das mamas (questões de 34 a 39) e relacionadas à mamografia (questões de 40 a 48), tendo questões objetivas e subjetivas (APÊNDICE B).

O conhecimento, a atitude e a prática dos métodos de rastreamento para o câncer de mama foram avaliados conforme alguns estudos nacionais,<sup>45,48,53,56</sup> que versam sobre a temática quanto à qualificação dos itens descritos a seguir:

- Para o autoexame das mamas:

- **Conhecimento:**

- **Adequado** – quando tiver ouvido falar sobre o autoexame das mamas; responder que o exame deve ser realizado para procurar um “carocinho no seio”, para saber se tem algum problema no seio ou para conhecer melhor suas mamas; e assinalar 4 frases corretas, quanto aos cuidados ao examinar suas mamas.

- **Inadequado** – quando não tiver ouvido falar sobre o autoexame das mamas; responder que o exame deve ser realizado para evitar câncer ou para descobrir se tem alguma doença; e assinalar mais de 3 frases incorretas, quanto aos cuidados ao examinar suas mamas, bem como assinalar três vezes ou mais a alternativa “não sabe”.

- **Atitude:**

- **Adequada** – quando a idosa referir que o autoexame das mamas é muito necessário ou necessário.

- **Inadequada** – quando a idosa referir que o autoexame das mamas é pouco necessário ou desnecessário.

- **Prática:**

- **Adequada** – quando costumar examinar suas mamas; responder que realiza o autoexame das mamas todos os dias, uma vez na semana, em qualquer época ou uma vez ao mês; citar pelo menos dois locais que costuma examinar suas mamas;

- **Inadequada** – quando não costumar examinar suas mamas; responder que realiza o autoexame das mamas a cada 4 meses, a cada 6 meses, uma vez ao ano ou quando lembra; citar apenas um local que costuma examinar suas mamas.

- Para o exame clínico das mamas:

- **Conhecimento:**

**Adequado** – quando relatar motivos para o médico ou a enfermeira realizar o exame clínico das mamas; citar um motivo para o profissional realizar o exame clínico das mamas.

**Inadequado** – quando não relatar motivos para o médico ou a enfermeira realizar o exame clínico das mamas.

- **Atitude:**

**Adequada** – quando a idosa referir que o exame clínico das mamas é muito necessário ou necessário.

**Inadequada** – quando a idosa referir que o exame clínico das mamas é pouco necessário ou desnecessário.

- **Prática:**

**Adequada** – quando referir que costuma ir à Unidade de Saúde da Família para o médico ou a enfermeira examinar suas mamas; citar que realiza o exame clínico das mamas uma vez ao ano.

**Inadequada** – quando referir não costumar ir à Unidade de Saúde da Família para o médico ou a enfermeira examinar suas mamas; citar que realiza o exame clínico das mamas mensalmente ou duas vezes ao ano.

Para o exame da mamografia:

- **Conhecimento:**

- **Adequado** – quando tiver ouvido falar sobre a mamografia; assinalar 4 frases corretas, quanto à necessidade da realização do exame da mamografia.

- **Inadequado** – quando não tiver ouvido falar sobre a mamografia; assinalar mais de 3 frases incorretas, quanto ao exame da mamografia, bem como assinalar 3 vezes ou mais a alternativa “não sabe”.

- **Atitude:**

- **Adequada** – quando achar que o exame da mamografia é muito necessário ou necessário.

- **Inadequada** – quando achar que o exame da mamografia é pouco necessário ou desnecessário.

- **Prática:**

- **Adequada** – quando tiver realizado a mamografia mais de 10 vezes; tiver realizado o último exame até 24 meses.

- **Inadequada** – quando tiver realizado a mamografia; menos de 10 vezes; tiver realizado o último exame há mais de 24 meses.

Para a mamografia, optou-se pela recomendação do Manual de Orientação Mastologia da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), em concordância com o Conselho Federal de Medicina (CFM), além da Sociedade Brasileira e Sociedade Latino-Americana de Mastologia, que apóia a recomendação da American Cancer Society, orientando a realização da mamografia a partir dos 40 anos anualmente, e para o período do último exame mamográfico, optou-se pela recomendação do INCA, onde a partir dos 50 anos, a mulher deverá realizar sua mamografia bianual<sup>18,44</sup>.

## 5.6 Coleta de dados

Previamente à coleta de dados, foi realizado um estudo-piloto, visando ao ajuste dos instrumentos e à operacionalização para a fase da coleta, sendo aplicados três instrumentos junto aos sujeitos, onde foram realizados ajustes finais.

A coleta de dados foi realizada em dois momentos, no período de julho de 2013 a fevereiro de 2014. No primeiro momento foram realizadas visitas nos respectivos Distritos Sanitários de Saúde, a fim de esclarecer à Direção o teor da pesquisa, bem como apresentar documentação de permissão para realização da mesma. Após essa ocasião, aconteceram visitas às USFs selecionadas, a fim de manter contato com o apoiador da Unidade, neste momento, também eram apresentados o teor da pesquisa bem como o agendamento dos possíveis dias de coletas.

A coleta foi realizada em distintas ocasiões:

- Durante a participação da idosa no Programa Nacional de Hipertensão Arterial e Diabetes – HIPERDIA;
- Ao dirigir-se à USF para participação de grupos de idosos na própria unidade ou em local determinado;
- Durante visitas domiciliares, com o acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde.

Para realizar as entrevistas com as idosas, foram selecionadas alunas participantes do Projeto de Extensão, intitulado: Prevenindo o câncer de mama e de colo uterino em Unidade de Saúde da Família, as quais foram treinadas previamente pela pesquisadora responsável para aplicar o teste Miniexame do Estado Mental de Folstein<sup>70-71</sup>, bem como para realizar a entrevista estruturada com as idosas, acerca do conhecimento, atitude e prática no tocante ao Autoexame das mamas, Exame Clínico das Mamas e a Mamografia. As alunas selecionadas são acadêmicas do Curso de Enfermagem e do Curso Técnico em Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba.

As entrevistas se deram em dois momentos: no primeiro, a idosa era convidada a participar da pesquisa, quando era explicado como seria a pesquisa e caso ela concordasse, assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Após sua autorização, era aplicado o Miniexame do Estado Mental de Folstein (ANEXO B); no segundo, realizava-se a entrevista com a idosa, utilizando-se formulário específico - Inquérito CAP (APÊNDICE B).

## 5.7 Análise estatística

Por serem todas categóricas, as variáveis foram descritas por frequências absolutas e relativas. Para avaliar a associação entre as variáveis, os testes qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher foram utilizados.

O nível de significância adotado foi de 5% ( $p \leq 0,05$ ) e as análises foram realizadas no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0.

### 5.8 Considerações éticas

Para o desenvolvimento da pesquisa, o projeto foi submetido à Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, onde foi apreciado e aprovado, em seguida foi submetido à avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da PUCRS, por meio da Plataforma Brasil, sob nº 290.083, tendo sido aprovado em 1º de junho de 2013, após aprovação, o documento foi encaminhando à Gerência de Educação e Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, a fim de autorizar encaminhamento para realização das coletas nas Unidades de Saúde da Família no município de João Pessoa.

Foram obedecidos os critérios estabelecidos na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, em vigor no país, que regulamentam pesquisa envolvendo seres humanos<sup>75</sup>. As participantes da pesquisa foram informadas sobre o teor da investigação, da garantia do seu anonimato, da liberdade em desistir da pesquisa sem prejuízo para o trabalho e que somente seria iniciada a coleta dos dados, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido das participantes do estudo.

## **RESULTADOS**

## 6 RESULTADOS

### 6.1 Caracterização sociodemográfica das idosas

A amostra foi composta por 322 idosas, cadastradas nas Unidades de Saúde da Família, dos 5 Distritos Sanitários de Saúde do município de João Pessoa. A caracterização da amostra está apresentada na Tabela 5. A faixa etária predominante foi a de 60 a 69 anos, em 61,8%, seguida por 70 a 79 anos em 31,4%. A maioria das idosas, 60,6%, não têm companheiro; 72,7% são da religião católica; possuem renda entre 1 a 3 salários mínimos em 83,2% e 89,1 % possuem moradia própria. Quanto à escolaridade, 9,9% são analfabetas, 49,1% apresentam ensino fundamental incompleto e 41,0% o ensino fundamental completo ou mais.

**Tabela 5** - Distribuição das variáveis sociodemográficas entre idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N=322.

VARIÁVEIS		N (%)
<b>Faixa etária</b>	60-69	199 (61,8)
	70-79	101 (31,4)
	80 anos e mais	22 (6,8)
<b>Estado Civil</b>	Com companheiro	127 (39,4)
	Sem companheiro	195 (60,6)
<b>Escolaridade</b>	Analfabeta	32 (9,9)
	Ensino fundamental incompleto	158 (49,1)
	Ensino fundamental completo ou mais	132 (41,0)
<b>Religião</b>	Católica	234 (72,7)
	Evangélica	75 (23,3)
	Outra	8 (2,5)
	Não tem	5 (1,6)
<b>Renda familiar</b>	< 1 SM*	24 (7,5)
	Entre 1 a 3 SM*	268 (83,2)
	> 3 SM*	30 (9,3)
<b>Moradia</b>	Própria	287 (89,1)
	Alugada	35 (10,9)

\*SM=salário mínimo R\$ 678,00 (2013) – R\$ 724, 00 (2014)

## 6.2 Histórico clínico das idosas

O histórico clínico das idosas abrangeu as seguintes variáveis: número de filhos, idade da menarca e idade da menopausa. Na Tabela 6 é possível observar que 31,7% das idosas têm entre 3 a 4 filhos, seguido de 27,0% com 1 a 2 filhos. Tiveram a menarca entre 12 e 15 anos, 68,0% das idosas, seguidas de 14,9% em que a menarca ocorreu com mais de 15 anos e apenas 13,7%, com idade inferior a 12 anos.

A menopausa entre 40 e 50 anos prevaleceu em 54,1% das idosas do grupo estudado, seguidas de 33,8% que evoluíram para esta fase na faixa etária entre 51 e 60 anos e apenas 0,6%, com mais de 60 anos.

**Tabela 6** - Distribuição das variáveis relacionadas à história clínica entre as idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322

VARIÁVEL	N (%)
<b>Número de filhos</b>	
1-2	87 (27,0)
3-4	102 (31,7)
5-6	47 (14,6)
6 ou mais	55 (17,1)
Nenhum	31 (9,6)
<b>Menarca (anos)</b>	
Menos de 12	44 (13,7)
12-15	219 (68,0)
Mais de 15	48 (14,9)
Não responderam	11 (3,4)
<b>Menopausa (anos)</b>	
Menos de 40	35 (10,9)
40-50	174 (54,1)
51-60	109 (33,8)
Mais de 60	2 (0,6)
Não responderam	2 (0,6)

No que se refere aos casos de câncer na família, percebe-se que 50,9% das idosas possuem membro da família com diagnóstico de câncer, sendo os tipos de maior ocorrência de mama e de útero, com 28,0% e 20,7% casos, respectivamente. Na variável outros, com 39,0% de ocorrências, foram agrupados os casos de câncer em diferentes órgãos, tais como: garganta, fígado, ósseo, pele, rim e boca. Para estes eventos, o grau de parentesco de destaque foi irmão (ã), citado por 32,9% das idosas, seguido de mãe, com 22,6% (Tabela 7).

**Tabela 7** - Distribuição das variáveis relacionadas a casos de câncer na família entre as idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014

<b>VARIÁVEL</b>	<b>N (%)</b>
<b>Casos de câncer na família</b>	
Sim	** 164 (50,9)
Não	155 (48,1)
Não responderam	3 (0,9)
<b>Tipo de câncer*</b>	
Mama	46 (28,0)
Útero	34 (20,7)
Próstata	12 (7,4)
Pâncreas	2 (1,2)
Pulmão	6 (3,7)
Outros	64 (39,0)
<b>Grau de parentesco*</b>	
Pai	18 (11,0)
Mãe	37 (22,6)
Irmão (ã)	54 (32,9)
Avô (ó)	5 (3,0)
Tio (a)	21 (12,8)
Outros	28 (17,1)
Não responderam	1 (0,6)

\*Questões de múltipla escolha; \*\* N=164, calcular tipo de câncer e grau de parentesco

### 6.3 Autoexame das mamas

A maioria das idosas dos Distritos Sanitários de Saúde de João Pessoa, 98,1%, já tinham ouvido falar do autoexame das mamas, onde 47,2% obtiveram este conhecimento pela primeira vez por intermédio do rádio e televisão, seguido de 35,4% no posto de saúde. É válido ressaltar que a maioria, 52,5% da amostra, atribui como fatores de risco para o câncer de mama, familiares com história de câncer, seguido de 35,4% referentes a outros fatores de risco, atribuindo à má alimentação e pancada na mama (Tabela 8).

**Tabela 8** - Distribuição das variáveis relacionadas à fonte de conhecimento acerca do autoexame das mamas e fatores de risco para o câncer de mama entre as idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322

VARIÁVEIS	N(%)
<b>Ouviu falar sobre o AEM</b>	
Sim	316 (98,1)
Não	6 (1,9)
<b>Fonte de informação</b>	
Posto de saúde	112 (35,4)
Rádio/TV	149 (47,2)
Trabalho	2 (0,6)
Amigas ou parentes	25 (7,9)
Igrejas ou associações comunitárias	6 (1,9)
Escola	4 (1,3)
Outros	18 (5,7)
<b>Fatores de risco para o câncer de mama*</b>	
Familiares com história de câncer	169 (52,5)
Menarca e menopausa precoce	19 (5,9)
Sedentarismo	35 (10,9)
Consumo de álcool excessivo	78 (24,2)
Terapia hormonal	30 (9,3)
Não amamentação	59 (18,3)
Obesidade	40 (12,4)
Fumo	108 (33,5)
Outros	114 (35,4)

\*Questões de múltipla escolha

Na Tabela 9, observam-se as razões positivas e negativas das idosas para realização do AEM, tendo como razões positivas frente à realização do exame em tela, em maior frequência 57,5%, *é bom a mulher saber se tem algum problema na mama*, seguido de 27,0%, atribuindo o AEM à *chance de cura ser maior se a doença estiver no início*. Entretanto, as razões negativas para o exame foram ressaltadas por 4,7% idosas, atribuindo à *existência de outros exames mais importantes*, seguido de 1,9% que dizem que o AEM *é útil somente para mulheres menopausadas* (Tabela 9).

**Tabela 9** - Distribuição das variáveis relacionadas às atitudes positivas e negativas para realização do autoexame das mamas entre as idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N (%)</b>
<b>Atitudes positivas frente à realização do autoexame das mamas*</b>	
Porque o câncer de mama é muito grave.	11 (3,4)
Porque a chance de cura é maior se a doença estiver no início.	87 (27,0)
Porque é bom a mulher saber se tem algum problema na mama.	185 (57,5)
Porque ultimamente têm acontecido muitos casos de câncer de mama.	9 (2,8)
Outros	11 (3,4)
<b>Atitudes negativas frente à realização do autoexame das mamas*</b>	
Esse exame só é útil para mulheres na menopausa.	6 (1,9)
Acho que a mulher não consegue fazer esse exame sozinha.	2 (0,6)
Se apertar muito o seio, fica preocupada e procura o médico toda hora.	3 (0,9)
Porque existem outros exames mais importantes.	15 (4,7)

\*Questões de múltipla escolha

A Tabela 10 refere-se à prática e adequação do autoexame das mamas e barreiras relacionadas à realização do mesmo. Percebe-se que a grande maioria das idosas participantes do estudo que corresponde a 79,2% afirma realizar o referido exame; com frequência mensal em 36,1%; sempre que achar necessário registrado em 29,0%; seguida de 19,2% uma vez na semana. Quanto ao local que costuma realizar o AEM, 49,0% das idosas o fazem no banheiro, durante o banho, seguido de 35,7% deitada na cama.

O presente estudo procurou identificar, também, quais os motivos da não realização do AEM. Os mais frequentes em 49,2% da amostra do estudo foram “não precisa”, “não sinto incômodo”, seguido de esquecimento em 28,3% para fazer o autoexame das mamas.

**Tabela 10** - Distribuição das variáveis relacionadas à realização e não realização do autoexame das mamas entre as idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N (%)</b>
<b>Realização do autoexame das mamas</b>	
Sim	255 (79,2)
Não	67 (20,8)
<b>Frequência que realiza o AEM*</b>	
Uma vez na semana	49 (19,2)
Uma vez ao mês	92 (36,1)
A cada 6 meses	27(10,6)
Uma vez ao ano	32 (12,5)
Sempre que achar necessário	74 (29,0)
Quando sentir algum incômodo	7 (2,7)
Para as mulheres que menstruam, após a menstruação	1 (0,4)
Para as mulheres que não menstruam um dia no mês	2 (0,8)
Outros	38(14,9)
<b>Local que costuma examinar as mamas*</b>	
Deitada na cama	91 (35,7)
Deitada na rede	1 (0,4)
De frente ao espelho	25 (9,8)
No banheiro durante o banho	125 (49,0)
Outros (deitada no sofá)	13 (5,1)
<b>Motivos da não realização do AEM*</b>	
Esqueço de fazer	19 (28,3)
Não sei fazer	3 (4,5)
Somente o profissional de saúde sabe examinar	9 (13,4)
Ninguém me falou da importância desse exame	5 (7,5)
Tenho vergonha de fazer o exame	1 (1,5)
Não precisa, não sinto incômodo	33 (49,2)

\* Questão de múltipla escolha

Entretanto, quando questionadas acerca da necessidade de esclarecimento sobre o AEM, a maioria confirmou precisar de orientações, onde 41,6% gostariam de saber como realizar corretamente o referido exame, seguido de 10,9% que necessitam saber como se adquire o câncer de mama.

**Tabela 11**-Distribuição das variáveis relacionadas às necessidades de esclarecimentos acerca do autoexame das mamas entre as idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322

<b>VARIÁVEL</b>	<b>N(%)</b>
<b>Esclarecimento sobre AEM</b>	
Conhecer melhor meu corpo.	7 (2,2)
Saber como se adquire o câncer de mama.	35 (10,9)
Conhecer melhor minhas mamas.	8 (2,5)
Saber como fazer corretamente o autoexame das mamas.	134 (41,6)
Outra	9 (2,8)
Não apresentou necessidades de esclarecimento.	129 (40,0)

#### 6.4 Exame clínico das mamas

A tabela abaixo mostra que a maior parte da amostra do estudo, 67,7%, afirma não apresentar motivos para a realização do exame clínico das mamas, e 14,3% apontaram motivos para a realização do referido exame, 47,8% das idosas mencionaram sentir a mama dolorosa, seguido de “senti algo estranho nas mamas” em 26,1% das idosas.

**Tabela 12** - Distribuição das variáveis relacionadas ao conhecimento frente ao exame clínico das mamas entre as idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322.

VARIÁVEIS	N (%)
<b>Apresentou motivos para realização do exame clínico das mamas</b>	
Sim	46(14,3)
Não	218 (67,7)
Não respondeu	58 (18, 0)
<b>Motivos para realização do exame clínico das mamas</b>	
Senti uma dor na mama.	22 (47,8)
Senti alguma coisa estranha nas mamas.	12 (26,1)
Senti um caroço na mama.	3 (6,5)
Senti vontade que um profissional examinasse minhas mamas.	5 (10,9)
Outra	4 (8,7)

Na Tabela 13, observam-se as atitudes positivas e negativas frente à realização do exame clínico das mamas, afirmando em 38,5% da amostra estudada que a enfermeira e o médico são pessoas capacitadas para fazer esse exame, seguido de 28,6%, para saber se tem alguma doença na mama, e apenas 2,8% consideram a mamografia o melhor exame para detecção precoce do câncer de mama.

**Tabela 13** - Distribuição das variáveis relacionadas às atitudes positivas e negativas para realização do exame clínico das mamas entre as idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322.

VARIÁVEIS	N (%)
<b>Atitudes positivas frente à realização do exame clínico das mamas</b>	
A enfermeira ou médico são pessoas preparadas para fazer esse exame.	124 (38,5)
Para saber se a gente tem alguma doença na mama.	92 (28,6)
Porque se achar um caroço no início pode ser tratado.	62 (19,2)
Porque o câncer de mama é uma doença séria.	5 (1,5)
A mulher não consegue fazer o exame das mamas sozinha.	7 (2,2)
Outro	16 (5,0)
Não respondeu	7 (2,2)
<b>Atitude negativa frente à realização do exame clínico das mamas</b>	
Acho que a mamografia é melhor.	9 (2,8)

### 6.5 Exame da mamografia

A maioria das idosas dos Distritos Sanitários de Saúde de João Pessoa, 97,5%, conhecia a mamografia e obteve este conhecimento pela primeira vez por intermédio do posto de saúde em 47,8%, seguido dos meios de comunicação rádio e televisão em 29,0%. (Tabela 14).

**Tabela 14** - Conhecimento, fonte de conhecimento acerca da mamografia entre as idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014.

VARIÁVEIS		N (%)
<b>Ouviu falar sobre a mamografia</b>		
	Sim	314(97,5)
	Não	8 (2,5)
<b>Fonte de informação*</b>		
	Posto de saúde	150 (47,8)
	Rádio/TV	91 (29,0)
	Trabalho	3 (1,0)
	Amigas ou parentes	26 (8,3)
	Igrejas, escolas ou associações comunitárias	2 (0,6)
	Outras	42 (13,3)

\*N= 314

Quanto à necessidade de realização da mamografia, 36,0% das idosas afirmaram ser necessário, para saber se a mulher tem algum problema na mama, seguido de 32,7%, afirmando a chance de cura ser maior se a doença for descoberta no início e apenas 1,2% citam que o exame só é importante para quem já teve caso de câncer de mama na família.

**Tabela 15** - Distribuição das variáveis relacionadas quanto à necessidade da realização da mamografia entre idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N =322

VARIÁVEL	N (%)
<b>Necessidades da realização da mamografia</b>	
Porque o câncer de mama é muito grave.	17 (5,3)
Porque a chance de cura é maior se a doença estiver no início.	105 (32,7)
Porque é bom a mulher saber se tem algum problema na mama.	116 (36,0)
Porque ultimamente têm acontecido muitos casos de câncer de mama.	17 (5,3)
O exame é importante quando há caso de câncer de mama na família.	4 (1,2)
Esse exame só é útil para mulheres que não amamentaram.	1 (0,3)
Esse exame consegue ver a mama por dentro, se tem alguma doença.	23 (7,1)
É o exame mais seguro para saber se a mulher tem câncer de mama.	16 (5,0)
Outra	23 (7,1)

A Tabela 16 apresenta a distribuição das variáveis quanto à prática da mamografia e barreiras relacionadas ao exame em idosas dos Distritos Sanitários de Saúde de João Pessoa, onde a não solicitação da mamografia esteve presente na maior parte do grupo estudado, 50,0%, e os motivos para a não realização do exame em 16,1% das idosas foram outros motivos, seguido de não achar necessário fazer a mamografia e a falta de orientação quanto à importância do mesmo, em 7,5% das idosas respectivamente, ressaltando que 67,0% não responderam aos motivos para a não realização da mamografia.

**Tabela 16** - Distribuição das variáveis relacionadas à prática frente à realização da mamografia e motivos para não realização do exame entre as idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014.

VARIÁVEIS		N (%)
<b>Realização</b>		
	Sim	156 (48,4)
	Não	161 (50,0)
	Não respondeu	5 (1,6)
<b>Motivos da não realização da mamografia *</b>		
	Porque não acho necessário.	12 (7,5)
	Porque amamentei.	3 (1,9)
	Porque ninguém me orientou da importância desse exame.	12 (7,5)
	Outro	26 (16,1)
	<b>Não respondeu</b>	<b>108 (67,0)</b>

\*N = 161

#### 6.6 Variáveis para avaliação da adequabilidade do conhecimento, atitude e prática acerca dos métodos de rastreamento do câncer de mama entre idosas

Em relação ao autoexame das mamas, conhecimento, atitude e prática se mostraram adequados em, respectivamente, 220 (68,3%), 308 (95,7%) e 228 (70,8%) idosas, conforme apresenta a Tabela 17.

**Tabela 17** - Adequação do conhecimento, atitude e prática do autoexame das mamas entre idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322

VARIÁVEIS	ADEQUADO N(%)	INADEQUADO N(%)
<b>Conhecimento</b>	220 (68,3)	102 (31,7)
<b>Atitude</b>	308 (95,7)	14 (4,3)
<b>Prática</b>	228 (70,8)	94 (29,2)

O conhecimento, a atitude e a prática do exame clínico das mamas mostraram-se adequados em, respectivamente, 44 (13,7%), 309 (96%) e 46 (14,3%) idosas, conforme apresenta a Tabela 18.

**Tabela 18** - Adequação do conhecimento, atitude e prática do exame clínico das mamas entre idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>ADEQUADO N(%)</b>	<b>INADEQUADO N(%)</b>
<b>Conhecimento</b>	44 (13,7)	278 (86,3)
<b>Atitude</b>	309 (96,0)	13 (4,0)
<b>Prática</b>	46 (14,3)	276 (85,7)

Quanto à mamografia, a adequação do conhecimento, da atitude e da prática correspondeu a 260 (80,7%), 307 (95,3%) e 20 (6,2%) idosas, respectivamente, conforme apresenta a Tabela 19.

**Tabela 19** - Adequação do conhecimento, atitude e prática da mamografia entre idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>ADEQUADO N(%)</b>	<b>INADEQUADO N(%)</b>
<b>Conhecimento</b>	260 (80,7)	62 (19,3)
<b>Atitude</b>	307 (95,3)	15 (4,7)
<b>Prática</b>	20 (6,2)	302 (93,8)

6.7 Associações entre as características sociodemográficas e a adequabilidade do conhecimento, da atitude e da prática dos métodos de rastreamento do câncer de mama

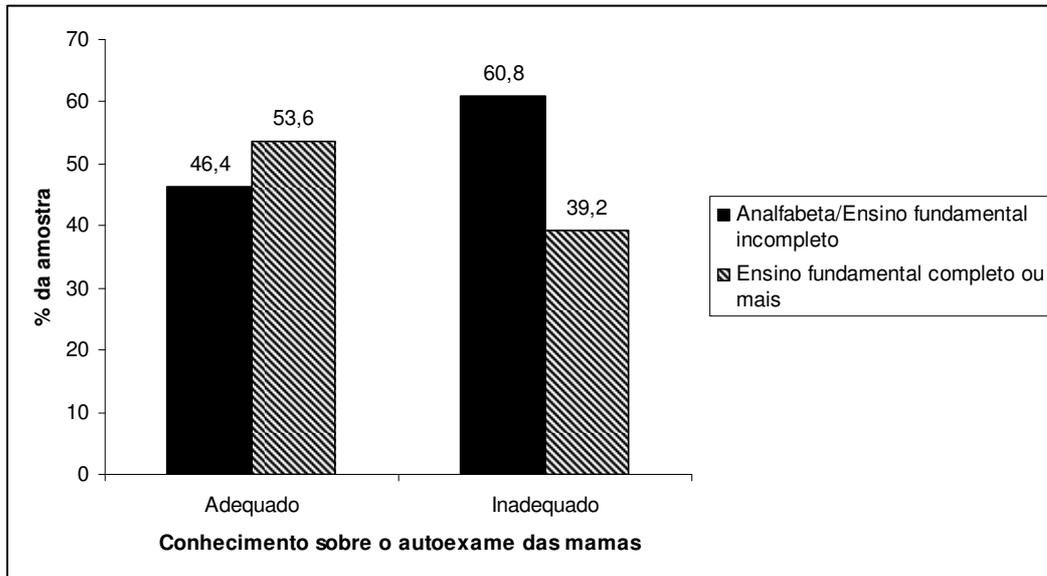
### 6.7.1 Autoexame das mamas

A análise da associação das características sociodemográficas das idosas com a adequabilidade do conhecimento relativo ao autoexame das mamas pelas idosas revelou que a escolaridade apresentou associação limítrofe com o conhecimento ( $p=0,051$ ), conforme se verifica na Tabela 20. No entanto, quando agrupadas as categorias analfabeta e ensino fundamental incompleto, a associação passa a ser significativa ( $p=0,022$ ), conforme demonstra a Figura 2. A prevalência de baixa escolaridade foi significativamente maior no grupo de conhecimento inadequado.

**Tabela 20** - Associação entre os dados sociodemográficos e a adequabilidade do conhecimento do autoexame das mamas entre idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>CONHECIMENTO ADEQUADO N (%)</b>	<b>CONHECIMENTO INADEQUADO N (%)</b>	<b>P</b>
<b>FAIXA ETÁRIA</b>			
60-69	133 (60,5)	66 (64,7)	<b>0,558<sup>(1)</sup></b>
70-79	70 (31,8)	31 (30,4)	
80 anos e mais	17 (7,7)	5 (4,9)	
<b>ESTADO CIVIL</b>			
Com companheiro	81 (36,8)	46 (45,1)	<b>0,196<sup>(1)</sup></b>
Sem companheiro	139 (63,2)	56 (54,9)	
<b>ESCOLARIDADE</b>			
Analfabeta	19 (8,6)	13 (12,7)	<b>0,051<sup>(1)</sup></b>
Ensino fundamental incompleto	118 (53,6)	40 (39,2)	
Ensino fundamental completo ou mais	83 (37,7)	49 (48,0)	
<b>RELIGIÃO</b>			
Católica	158 (71,8)	76 (74,5)	<b>0,577<sup>(2)</sup></b>
Evangélica	51 (23,2)	24 (23,5)	
Outra	6 (2,7)	2 (2,0)	
Não tem	5 (2,3)	0 (0,0)	
<b>RENDA FAMILIAR</b>			
< 1 SM	17 (7,7)	7 (6,9)	<b>0,781<sup>(1)</sup></b>
Entre 1 A 3 SM	181 (82,3)	87 (85,3)	
> 3 SM	22 (10,0)	8 (7,8)	
<b>MORADIA</b>			
Própria	198 (90,0)	89 (87,3)	<b>0,587<sup>(1)</sup></b>
Alugada	22 (10,0)	13 (12,7)	

<sup>(1)</sup> Teste de Qui-quadrado <sup>(2)</sup> Teste exato de Fisher

**Figura 2** - Associação entre conhecimento sobre o autoexame das mamas e escolaridade

Não houve associação significativa entre as características sociodemográficas e a atitude das idosas quanto ao autoexame das mamas. Entretanto, é válido ressaltar que a atitude adequada esteve presente na maioria das idosas com faixa etária de 60 a 69 anos (63,0%), sem companheiro (60,4%), com ensino fundamental incompleto (49,2%), católicas (73,2%), percebendo um renda familiar entre 1 a 3 salários mínimos (83,5%) e com moradia própria (89,0%), conforme Tabela 21.

**Tabela 21** - Associação entre os dados sociodemográficos e a adequabilidade da atitude frente ao autoexame das mamas entre idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322

VARIÁVEIS	ATITUDE ADEQUADA (%)	ATITUDE INADEQUADA N(%)	P
<b>FAIXA ETÁRIA</b>			
60-69	194 (63,0)	5 (35,7)	<b>0,087<sup>(2)</sup></b>
70-79	93 (30,2)	8 (57,1)	
≥80	21 (6,8)	1 (7,1)	
<b>ESTADO CIVIL</b>			
Com companheiro	122 (39,6)	5 (35,7)	<b>0,756<sup>(2)</sup></b>
Sem companheiro	186 (60,4)	9 (64,3)	
<b>ESCOLARIDADE</b>			
Analfabeta	30 (9,8)	2 (13,3)	<b>0,389<sup>(2)</sup></b>
Ensino fundamental incompleto	151 (49,2)	7 (46,7)	
Ensino fundamental completo ou mais	126 (41,0)	6 (40,0)	
<b>RELIGIÃO</b>			
Católica	225 (73,2)	9 (64,3)	<b>0,347<sup>(2)</sup></b>
Evangélica	71 (23,1)	4 (28,6)	
Outra	12 (3,9)	1 (7,1)	
<b>RENDA FAMILIAR</b>			
< 1 SM*	23 (7,5)	1 (7,1)	<b>0,449<sup>(2)</sup></b>
Entre 1 A 3 SM	257 (83,5)	11 (78,5)	
> 3 SM	28 (9,1)	2 (14,2)	
<b>MORADIA</b>			
Própria	274 (89,0)	13 (92,9)	<b>0,537<sup>(1)</sup></b>
Alugada	34(11,0)	1 (7,1)	

\*  $p \leq 0,05^{(1)}$  Teste de Qui-quadrado

<sup>(2)</sup> Teste exato de Fisher

De modo semelhante à atitude, também não foi observada associação significativa entre as características sociodemográficas e a prática do autoexame das mamas pelas idosas. Percebe-se na Tabela 22 que a adequabilidade da prática foi semelhante à atitude.

**Tabela 22** - Associação entre os dados sociodemográficos e a adequabilidade da prática do autoexame das mamas entre idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322

VARIÁVEIS		PRÁTICA ADEQUADA N(%)	PRÁTICA INADEQUADA N(%)	P
<b>FAIXA ETÁRIA</b>				
	60-69	146 (64,0)	53 (56,4)	<b>0,169<sup>(1)</sup></b>
	70-79	70 (30,7)	31 (33,0)	
	80 anos e mais	12 (5,3)	10 (10,6)	
<b>ESTADO CIVIL</b>				
	Com companheiro	95 (41,7)	32 (34,0)	<b>0,251<sup>(1)</sup></b>
	Sem companheiro	133 (58,3)	62 (66,0)	
<b>ESCOLARIDADE</b>				
	Analfabeta	24 (10,5)	8 (8,5)	<b>0,616<sup>(1)</sup></b>
	Ensino fundamental incompleto	108 (47,4)	50 (53,2)	
	Ensino fundamental completo ou mais	96 (42,1)	36 (38,3)	
<b>RELIGIÃO</b>				
	Católica	165 (72,4)	69 (73,4)	<b>0,168<sup>(1)</sup></b>
	Evangélica	56 (24,6)	19 (20,2)	
	Outra	3 (1,3)	5 (5,3)	
	Não tem	4 (1,8)	1 (1,1)	
<b>RENDA FAMILIAR</b>				
	< 1 SM	19 (8,3)	5 (5,3)	<b>0,645<sup>(1)</sup></b>
	Entre 1 A 3 SM	188 (82,5)	80 (85,1)	
	> 3 SM	21 (9,2)	9 (9,6)	
<b>MORADIA</b>				
	Própria	206 (90,4)	81 (86,2)	<b>0,369<sup>(1)</sup></b>
	Alugada	22 (9,6)	13 (13,8)	

<sup>(1)</sup> Teste de Qui-quadrado

<sup>(2)</sup> Teste exato de Fisher

### 6.7.2 Exame clínico das mamas

Todavia, apesar do  $p$  não ter tido representação significativa, pode-se observar, na Tabela 23, que o conhecimento inadequado frente ao exame clínico das mamas, proporcionalmente está mais frequente em idosas na faixa etária entre 60 e 69 anos, com ensino fundamental incompleto e renda familiar superior a 3 salários mínimos.

**Tabela 23** - Associação entre os dados sociodemográficos e a adequabilidade do conhecimento do exame clínico das mamas entre idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>CONHECIMENTO ADEQUADO N(%)</b>	<b>CONHECIMENTO INADEQUADO N(%)</b>	<b>P</b>
<b>FAIXA ETÁRIA</b>			
60-69	29 (65,9)	170 (61,2)	<b>0,747<sup>(1)</sup></b>
70-79	13 (29,5)	88 (31,7)	
80 anos e mais	2 (4,5)	20 (7,2)	
<b>ESTADO CIVIL</b>			
Com companheiro	15 (34,1)	112 (40,3)	<b>0,538<sup>(1)</sup></b>
Sem companheiro	29 (65,9)	166 (59,7)	
<b>ESCOLARIDADE</b>			
Analfabeta	4 (9,1)	28 (10,1)	<b>0,345<sup>(1)</sup></b>
Ensino fundamental incompleto	26 (59,1)	132 (47,5)	
Ensino fundamental completo ou mais	14 (31,8)	118 (42,4)	
<b>RELIGIÃO</b>			
Católica	31 (70,5)	203 (73,0)	<b>0,400<sup>(1)</sup></b>
Evangélica	13 (29,5)	62 (22,3)	
Outra	0 (0,0)	8 (2,9)	
Não tem	0 (0,0)	5 (1,8)	
<b>RENDA FAMILIAR</b>			
< 1 SM	1 (2,3)	23 (8,3)	<b>0,121<sup>(1)</sup></b>
Entre 1 A 3 SM	36 (81,8)	232 (83,5)	
> 3 SM	7 (15,9)	23 (8,3)	
<b>MORADIA</b>			
Própria	41 (93,2)	246 (88,5)	<b>0,444<sup>(2)</sup></b>
Alugada	3 (6,8)	32 (11,5)	

<sup>(1)</sup> Teste de Qui-quadrado <sup>(2)</sup> Teste exato de Fisher

Apesar de a maioria das idosas apresentarem conhecimento inadequado frente ao exame clínico das mamas, observa-se na Tabela 24 que a atitude frente ao referido exame esteve adequada na grande maioria das idosas do estudo, predominando em 62,1% a faixa etária de 60-69 anos, sem companheiro com 60,8%, com ensino fundamental incompleto em 48,2%, professando o catolicismo em 73,5%, com renda familiar entre 1 a 3 salários mínimos em 83,5% e 89,3%, com moradia própria.

**Tabela 24** - Associação entre os dados sociodemográficos e a adequabilidade da atitude frente ao exame clínico das mamas entre idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322

VARIÁVEIS	ATITUDE ADEQUADA N(%)	ATITUDE INADEQUADA N(%)	P
<b>FAIXA ETÁRIA</b>			
60-69	192 (62,1)	7 (53,8)	<b>0,831<sup>(1)</sup></b>
70-79	96 (31,1)	5 (38,5)	
80 anos e mais	21 (6,8)	1 (7,7)	
<b>ESTADO CIVIL</b>			
Com companheiro	121 (39,2)	6 (46,2)	<b>0,829<sup>(1)</sup></b>
Sem companheiro	188 (60,8)	7 (53,8)	
<b>ESCOLARIDADE</b>			
Analfabeta	30 (9,7)	2 (15,4)	<b>0,158<sup>(1)</sup></b>
Ensino fundamental incompleto	149 (48,2)	9 (69,2)	
Ensino fundamental completo ou mais	130 (42,1)	2 (15,4)	
<b>RELIGIÃO</b>			
Católica	227 (73,5)	7 (53,8)	<b>0,297<sup>(1)</sup></b>
Evangélica	70 (22,7)	5 (38,5)	
Outra	7 (2,3)	1 (7,7)	
Não tem	5 (1,6)	0 (0,0)	
<b>RENDA FAMILIAR</b>			
< 1 SM	22 (7,1)	2 (15,4)	<b>0,536<sup>(1)</sup></b>
Entre 1 A 3 SM	258 (83,5)	10 (76,9)	
> 3 SM	29 (9,4)	1 (7,7)	
<b>MORADIA</b>			
Própria	276 (89,3)	11 (84,6)	<b>0,640<sup>(2)</sup></b>
Alugada	33 (10,7)	2 (15,4)	

<sup>(1)</sup> Teste de Qui-quadrado <sup>(2)</sup> Teste exato de Fisher

Resultado semelhante à atitude foi apresentado na adequabilidade da prática do exame clínico das mamas, conforme Tabela 25.

**Tabela 25** - Associação entre os dados sociodemográficos e a adequabilidade da prática do exame clínico das mamas entre idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322

VARIÁVEIS		PRÁTICA ADEQUADA N(%)	PRÁTICA INADEQUADA N(%)	P
<b>FAIXA ETÁRIA</b>				
	60-69	28 (60,9)	171 (62,0)	<b>0,863<sup>(1)</sup></b>
	70-79	14 (30,4)	87 (31,5)	
	80 anos e mais	4 (8,7)	18 (6,5)	
<b>ESTADO CIVIL</b>				
	Com companheiro	15 (32,6)	112 (40,6)	<b>0,389<sup>(1)</sup></b>
	Sem companheiro	31 (67,4)	164 (59,4)	
<b>ESCOLARIDADE</b>				
	Analfabeta	5 (10,9)	27 (9,8)	<b>0,833<sup>(1)</sup></b>
	Ensino fundamental incompleto	24 (52,2)	134 (48,6)	
	Ensino fundamental completo ou mais	17 (37,0)	115 (41,7)	
<b>RELIGIÃO</b>				
	Católica	37 (80,4)	197 (71,4)	<b>0,317<sup>(1)</sup></b>
	Evangélica	7 (15,2)	68 (24,6)	
	Outra	2 (4,3)	6 (2,2)	
	Não tem	0 (0,0)	5 (1,8)	
<b>RENDA FAMILIAR</b>				
	< 1 SM	3 (6,5)	21 (7,6)	<b>0,903<sup>(1)</sup></b>
	Entre 1 A 3 SM	38 (82,6)	230 (83,3)	
	> 3 SM	5 (10,9)	25 (9,1)	
<b>MORADIA</b>				
	Própria	43 (93,5)	244 (88,4)	<b>0,443<sup>(1)</sup></b>
	Alugada	3 (6,5)	32 (11,6)	

<sup>(1)</sup> Teste de Qui-quadrado    <sup>(2)</sup> Teste exato de Fisher

### 6.7.3 Mamografia

A análise da associação entre as características sociodemográficas e a adequabilidade do conhecimento das idosas sobre a mamografia revela que houve associação significativa com faixa etária ( $p=0,036$ ) e escolaridade ( $p=0,022$ ). Para estas variáveis, as maiores contribuições foram da faixa etária entre 60 a 69 anos em 64,6% e do ensino fundamental incompleto e completo com 92,3%. Verifica-se, ainda, que idosos analfabetos e com idade

igual ou acima de 80 anos apresentaram conhecimento mais inadequado sobre a mamografia (Tabela 26).

**Tabela 26** - Associação entre os dados sociodemográficos e a adequabilidade do conhecimento da mamografia entre idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322

VARIÁVEIS	CONHECIMENTO ADEQUADO N(%)	CONHECIMENTO INADEQUADO N(%)	P
<b>FAIXA ETÁRIA</b>			
60-69	168 (64,6)	31 (50,0)	<b>0,036<sup>(1)</sup></b>
70-79	78 (30,0)	23 (37,1)	
80 anos e mais	14 (5,4)	8 (12,9)	
<b>ESTADO CIVIL</b>			
Com companheiro	104 (40,0)	23 (37,1)	<b>0,783<sup>(1)</sup></b>
Sem companheiro	156 (60,0)	39 (62,9)	
<b>ESCOLARIDADE</b>			
Analfabeta	20 (7,7)	12 (19,4)	<b>0,022<sup>(1)</sup></b>
Ensino fundamental incompleto	131 (50,4)	27 (43,5)	
Ensino fundamental completo ou mais	109 (41,9)	23 (37,1)	
<b>RELIGIÃO</b>			
Católica	187 (71,9)	47 (75,8)	<b>0,964<sup>(2)</sup></b>
Evangélica	62 (23,8)	13 (21,0)	
Outra	7 (2,7)	1 (1,6)	
Não tem	4 (1,5)	1 (1,6)	
<b>RENDA FAMILIAR</b>			
< 1 SM	17 (6,5)	7 (11,3)	<b>0,430<sup>(1)</sup></b>
Entre 1 A 3 SM	219 (84,2)	49 (79,0)	
> 3 SM	24 (9,2)	6 (9,7)	
<b>MORADIA</b>			
Própria	231 (88,8)	56 (90,3)	<b>0,914<sup>(1)</sup></b>
Alugada	29 (11,2)	6 (9,7)	

<sup>(1)</sup> Teste de Qui-quadrado <sup>(2)</sup> Teste exato de Fisher

Houve associação significativa entre escolaridade ( $p < 0,001$ ) e a atitude em relação à mamografia (Tabela 27). Idosas analfabetas apresentaram atitude mais inadequada frente à mamografia, entretanto, com ensino fundamental completo ou mais apresentou atitude mais adequada, frente ao referido exame.

**Tabela 27** - Associação entre os dados sociodemográficos e a adequabilidade da atitude frente à mamografia entre idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322

VARIÁVEIS	ATITUDE ADEQUADA N(%)	ATITUDE INADEQUADA N(%)	P
<b>FAIXA ETÁRIA</b>			
60-69	192 (62,5)	7 (46,7)	<b>0,328<sup>(2)</sup></b>
70-79	94 (30,6)	7 (46,7)	
80 anos e mais	21 (6,8)	1 (6,7)	
<b>ESTADO CIVIL</b>			
Com companheiro	122 (39,7)	5 (33,3)	<b>0,822<sup>(1)</sup></b>
Sem companheiro	185 (60,3)	10 (66,7)	
<b>ESCOLARIDADE</b>			
Analfabeta	26 (8,5)	6 (40,0)	<b>&lt;0,001<sup>(1)</sup></b>
Ensino fundamental incompleto	150 (48,9)	8 (53,3)	
Ensino fundamental completo ou mais	131 (42,7)	1 (6,7)	
<b>RELIGIÃO</b>			
Católica	222 (72,3)	12 (80,0)	<b>1,000<sup>(2)</sup></b>
Evangélica	72 (23,5)	3 (20,0)	
Outra	8 (2,6)	0 (0,0)	
Não tem	5 (1,6)	0 (0,0)	
<b>RENDA FAMILIAR</b>			
< 1 SM	22 (7,2)	2 (13,3)	
Entre 1 A 3 SM	256 (83,4)	12 (80,0)	
> 3 SM	29 (9,4)	1 (6,7)	
<b>MORADIA</b>			
Própria	275 (89,6)	12 (80,0)	<b>0,215<sup>(2)</sup></b>
Alugada	32 (10,4)	3 (20,0)	

<sup>(1)</sup> Teste de Qui-quadrado <sup>(2)</sup> Teste exato de Fisher

Na Tabela 28 houve associação significativa entre faixa etária ( $p=0,023$ ) e escolaridade ( $p=0,004$ ) com prática sobre mamografia. Idosas com idade inferior a 70 anos e com ensino fundamental incompleto apresentaram conhecimento mais adequado sobre a mamografia.

A renda familiar apresentou associação limítrofe na variável renda familiar no que diz respeito à prática da mamografia. Idosas que percebem mais de 3 salários mínimos apresentam prática adequada para o referido exame.

Todavia se observar a frequência, a maioria das idosas, em todas as variáveis, apresentam práticas inadequadas para o exame mamográfico.

**Tabela 28** - Associação entre os dados sociodemográficos e a adequabilidade da prática da mamografia entre idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322

VARIÁVEIS		PRÁTICA ADEQUADA N(%)	PRÁTICA INADEQUADA N(%)	P
<b>FAIXA ETÁRIA</b>				
	60-69	18 (90,0)	181 (59,9)	<b>0,023<sup>(1)</sup></b>
	70-79	1 (5,0)	100 (33,1)	
	80 anos e mais	1 (5,0)	21 (7,0)	
<b>ESTADO CIVIL</b>				
	Com companheiro	11 (55,0)	116 (38,4)	<b>0,217<sup>(1)</sup></b>
	Sem companheiro	9 (45,0)	186 (61,6)	
<b>ESCOLARIDADE</b>				
	Analfabeta	1 (5,0)	31 (10,3)	<b>0,004<sup>(1)</sup></b>
	Ensino fundamental incompleto	17 (85,0)	141 (46,7)	
	Ensino fundamental completo ou mais	2 (10,0)	130 (43,0)	
<b>RELIGIÃO</b>				
	Católica	15 (75,0)	219 (72,5)	<b>1,000<sup>(1)</sup></b>
	Evangélica	5 (25,0)	70 (23,2)	
	Outra	0 (0,0)	8 (2,6)	
	Não tem	0 (0,0)	5 (1,7)	
<b>RENDA FAMILIAR</b>				
	< 1 SM	1 (5,0)	23 (7,6)	<b>0,062<sup>(2)</sup></b>
	Entre 1 A 3 SM	14 (70,0)	254 (84,1)	
	> 3 SM	5 (25,0)	25 (8,3)	
<b>MORADIA</b>				
	Própria	20 (100)	267 (88,4)	<b>0,145<sup>(2)</sup></b>
	Alugada	0 (0,0)	35 (11,6)	

<sup>(1)</sup> Teste de Qui-quadrado <sup>(2)</sup> Teste exato de Fisher

#### 6.8 Associações entre as variáveis conhecimento e atitude com a prática dos métodos de rastreamento do câncer de mama

Para conhecer o comportamento das variáveis do método adotado (Inquérito CAP), procedeu-se à análise da associação do conhecimento e atitude com cada prática adotada para o rastreamento do câncer de mama – autoexame das mamas, exame clínico das mamas e mamografia.

A partir de tal análise, é possível observar na Tabela 29 que houve associação significativa da atitude com a prática do autoexame das mamas ( $p=0,006$ ). Idosas que apresentam atitude adequada também têm prática mais adequada em relação ao autoexame das mamas.

**Tabela 29** - Associação do conhecimento e da atitude com a prática do autoexame das mamas entre idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322

VARIÁVEIS	PRÁTICA		P
	ADEQUADA N(%)	INADEQUADA N(%)	
<b>Conhecimento</b>			
Adequado	160 (70,2)	60 (63,8)	0,327 <sup>(1)</sup>
Inadequado	68 (29,8)	34 (36,2)	
<b>Atitude</b>			
Adequado	223 (97,8)	85 (90,4)	0,006 <sup>(2)</sup>
Inadequado	5 (2,2)	9 (9,6)	

<sup>(1)</sup> Teste de Qui-quadrado <sup>(2)</sup> Teste exato de Fisher

A Tabela 30 mostra que não houve associação significativa do conhecimento e da atitude com a prática do exame clínico das mamas, porém observa-se associação limítrofe do conhecimento com a prática do exame ( $p = 0,051$ ). Idosas que têm conhecimento inadequado quanto ao exame clínico das mamas, também possuem prática inadequada ao exame.

**Tabela 30** - Associação do conhecimento e da atitude com a prática do exame clínico das mamas entre idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322

VARIÁVEIS	PRÁTICA		P
	ADEQUADA N(%)	INADEQUADA N(%)	
<b>Conhecimento</b>			
Adequado	11 (23,9)	33 (12,0)	0,051 <sup>(1)</sup>
Inadequado	35 (76,1)	243 (88,0)	
<b>Atitude</b>			
Adequado	46 (100)	263 (95,3)	0,228 <sup>(2)</sup>
Inadequado	0 (0,0)	13 (4,7)	

<sup>(1)</sup> Teste de Qui-quadrado <sup>(2)</sup> Teste exato de Fisher

A Tabela 31 evidencia que não houve associação significativa do conhecimento e da atitude com a prática da mamografia, apesar de se observar que, embora muitas idosas apresentem conhecimento e atitude adequados, a maioria apresenta prática da mamografia inadequada.

**Tabela 31** - Associação do conhecimento e da atitude com a prática da mamografia entre idosas dos Distritos Sanitários de Saúde no município de João Pessoa – PB, 2014. N = 322

VARIÁVEIS	PRÁTICA		P
	ADEQUADA N(%)	PRÁTICA INADEQUADA N(%)	
<b>Conhecimento</b>			
Adequado	16 (80,0)	244 (80,8)	1,000 <sup>(2)</sup>
Inadequado	4 (20,0)	58 (19,2)	
<b>Atitude</b>			
Adequado	20 (100)	287 (95,0)	0,611 <sup>(2)</sup>
Inadequado	0 (0,0)	15 (5,0)	

<sup>(1)</sup> Teste de Qui-quadrado <sup>(2)</sup> Teste exato de Fisher

## **DISCUSSÃO**

## 7 DISCUSSÃO

A maioria das idosas do estudo pertence ao Distrito Sanitário de Saúde (DSS) I do município de João Pessoa. Este dado se deu pelo fato de ser o maior DSS com idosas cadastradas nas Unidades de Saúde da Família, pois de acordo com Sistema de Informação de Atenção Básica, da Secretaria de Assistência à Saúde/DATASUS, da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, no ano de 2011, foram cadastradas 13.769 idosas nas 51 Unidades de Saúde da Família no referido DSS<sup>76</sup>.

As Unidades de Saúde da Família estão inseridas no Programa Saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde que tem como objetivo reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, priorizando as ações de prevenção de doenças e promoção à saúde junto à comunidade, estabelecendo relação permanente entre os profissionais de saúde e a população assistida, com vistas ao atendimento humanizado e resolutivo dos problemas de saúde mais frequentes<sup>77</sup>.

No tocante ao ser idoso, o cuidado comunitário deve basear-se, especialmente, na família e na atenção básica de saúde, intermediado pela USF, que devem representar para o idoso o vínculo com o sistema de saúde<sup>78</sup>.

É válido ressaltar que a maioria das idosas do estudo procede da capital e é constituída por aposentadas e pensionistas, sendo este resultado já esperado em virtude de a amostra ser constituída por idosas.

Quanto ao nível de escolaridade, encontram-se pesquisas realizadas em João Pessoa e no estado de São Paulo que se assemelham ao estudo em tela, onde o ensino fundamental incompleto foi o de maior representatividade nos idosos estudados<sup>79-80</sup>.

A baixa escolaridade de idosos pode ser decorrente da dificuldade de acesso desses durante a infância e juventude ao ensino, pela indisponibilidade de vagas suficientes nas escolas públicas para atender às demandas locais. Fazendo-se retrospectiva histórica sobre a educação brasileira, no início do século XX, existia um grande contingente de analfabetos, pois as políticas públicas tinham caráter elitista, não havia espaço nas escolas para as classes populares. No ano de 1930, as estatísticas mostravam que 75% da população não era escolarizada, portanto, a educação escolar era privilégio de poucos<sup>81</sup>.

No Brasil, mais de 44% das escolas da educação básica ainda apresentam infraestrutura escolar elementar, apenas com água, sanitário, energia, esgoto e cozinha.

Apenas 0,6% das escolas apresentam uma infraestrutura próxima da ideal, com biblioteca, laboratório de informática, quadra esportiva, laboratório de ciências e dependências adequadas para atender a estudantes com necessidades básicas<sup>82</sup>.

Na Paraíba, algumas escolas encontram-se sem infraestrutura para proporcionar ensino de qualidade, ressaltando que houve queda nas matrículas registradas na rede pública da Paraíba. Contabilizando-se as escolas municipais e estaduais, houve decréscimo de 2,11% nas matrículas comparando-se com o total de 2012 e 2013. Em 2013, foram registradas ao todo 832.094 matrículas, 18.006 a menos que no ano anterior<sup>83</sup>.

É notório que a baixa de escolaridade pode interferir nas atividades diárias do idoso, ocasionando dificuldade em manusear medicamento, seguir dietas, prescrições, bem como buscar estratégias que possam colaborar na sua qualidade de vida<sup>84</sup>.

Portanto, o nível de escolaridade mais elevado é fator determinante na busca de melhores condições de qualidade de vida<sup>17</sup>. Sobre este aspecto, pode haver uma relação entre a baixa renda familiar, a baixa escolaridade e o câncer de mama, pois estes dois fatores dificultam o acesso às informações acerca de prevenção e tratamento, reduzindo a procura aos serviços de saúde, visto que a baixa escolaridade pode retardar o diagnóstico e, conseqüentemente, o tratamento do câncer de mama, diminuindo a possibilidade de cura<sup>85</sup>.

Estudo aponta que em mulheres analfabetas o risco de mortalidade por câncer de mama é 7,4 vezes maior do que em mulheres com nível superior e para aquelas com o ensino fundamental incompleto, o risco é 3,76 vezes maior, pois a escolaridade elevada amplia a chance de a mulher ser submetida ao exame clínico das mamas, bem como de realizar a mamografia<sup>86</sup>.

Dessarte, percebe-se que a condição socioeconômica das mulheres tem sido apontada como um dos fatores mais importantes a influenciar o comportamento preventivo feminino. Verifica-se que as mulheres de maior renda e nível educacional são as que, geralmente, aderem à prática do AEM e as que detêm maiores conhecimentos sobre este. As camadas mais carentes de informação sobre a importância deste exame, por sua vez, apresentam, frequentemente, conhecimento inadequado sobre o citado exame, não executando assim a sua prática<sup>87</sup>.

No tocante ao estado civil, a maioria das idosas pesquisadas não possui companheiro, encontrando-se viúva, solteira ou divorciada. Percebe-se que esta condição não interferiu na sua procura pelas unidades de saúde, em busca de cuidado com a saúde. Esse achado se contrapõe ao resultado de pesquisa em que as mulheres casadas procuram com frequência a

USF para realizar a prevenção do câncer de mama, talvez pela crença de que só necessitam de atendimento relacionado à saúde da mulher, aquelas que têm vida sexual ativa<sup>86</sup>.

Muitos são os fatores, apresentados na literatura, que se relacionam ao câncer de mama, tais como: predisposição genética, idade, menarca precoce, menopausa tardia, idade da primeira gravidez, número de filhos, não ter amamentado, lesões mamárias benignas, condições sociais e econômicas, educação, estado civil, gordura corporal alta, alcoolismo e tabagismo, dieta inadequada, entre outros<sup>5,18</sup>.

Estudos apontam a menarca precoce, antes dos 12 anos, e a menopausa tardia, após os 50 anos, como fatores de risco para o câncer de mama<sup>18,88</sup>. Apesar de as idosas do estudo apresentar, em sua maioria, menarca e menopausa no período considerado ideal para ciclo vital, ainda assim percebe-se que 13,7% tiveram sua menarca antes dos 12 anos e 34,4% idosas tiveram a menopausa com idade superior a 50 anos. Deste modo, é salutar proceder busca ativa mais intensiva dessas idosas, a fim de promover ações de educação em saúde, bem como o devido encaminhamento para a realização dos métodos de rastreamento do câncer de mama e de colo uterino.

Considerando o grau de parentesco das idosas com familiares que tiveram algum tipo de câncer, observa-se que irmã(o) e mãe foram os mais prevalentes e, juntos, representaram aproximadamente 55%. Verificou-se, ainda, que o câncer de mama foi o de maior ocorrência entre os familiares das idosas pesquisadas.

Esse achado mostra-se relevante, uma vez que o *Documento de Consenso do Câncer de Mama de 2004* define como grupos populacionais com risco muito elevado para o desenvolvimento do câncer de mama, mulheres com história de, pelo menos, um parente de primeiro grau, como mãe, irmã ou filha, com diagnóstico de câncer de mama, com idade abaixo dos 50 anos; com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária; com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*, bem como com história familiar de câncer de mama masculino. Esse grupo representa cerca de 1% da população, sugerindo um acompanhamento com um olhar diferenciado, com indicação para rastreamento anual.<sup>18,89</sup>

Portanto, mostra-se essencial a investigação dessa informação durante a consulta médica e de enfermagem, a fim de identificar o máximo de informações durante a anamnese relativa à história pessoal e familiar da mulher que indique possível risco para o desenvolvimento dessa neoplasia.

A quase totalidade das idosas, participantes do estudo, ouviu falar sobre o autoexame das mamas e da mamografia, apresentando como as principais fontes de informação os meios

de comunicação (rádio e TV), seguidos dos profissionais de saúde para o primeiro exame e, para a mamografia, observa-se o inverso. É evidente a importância dos meios de comunicação de massa na difusão de informações acerca de comportamentos preventivos em saúde<sup>90</sup>, podendo contribuir fortemente para a disseminação de informações em localidades onde o acesso aos serviços de saúde ainda é restrito. Estudo realizado sobre a importância do uso do preservativo nas relações sexuais constatou as maiores frequências para a televisão e para a escola<sup>91</sup>.

Os meios de comunicação são apontados com uma das principais ferramentas para disseminar informações acerca do câncer de mama<sup>80</sup>. Por isso, investimentos dessa natureza devem fazer parte do planejamento de ações estratégicas voltadas à prevenção e tratamento do câncer de mama, tanto de outras doenças e condições crônicas que determinam grande impacto sobre o indivíduo e familiares, como grande ônus aos serviços de saúde.

Não se pode ainda deixar de destacar quão imperativo é que os profissionais de saúde ocupem o primeiro lugar da lista entre as fontes de informação, o que retrataria não somente o acesso do usuário ao serviço de saúde, mas também o bom desempenho das ações educativas voltadas à prevenção e tratamento do câncer de mama pelas equipes de saúde das unidades.

A esse respeito, pesquisa realizada em Campinas - SP revela melhores resultados, evidenciando quando os profissionais de saúde ocuparam o primeiro lugar como fonte de informação sobre o AEM entre o grupo pesquisado<sup>48</sup>.

Atitudes positivas para a realização do AEM foram mais frequentes do que as negativas no grupo pesquisado, assemelhando-se a estudo realizado em Natal - RN,<sup>92</sup> destacando-se em primeiro lugar *é bom a mulher saber se tem algum problema na mama, seguido de chance de cura é maior se a doença está no início*. Estas respostas revelam aspectos que sedimentam as atitudes positivas frente ao AEM e que podem ser reforçadas no planejamento de diferentes estratégias de educação em saúde, com vistas a culminar na maior adesão aos métodos de rastreamento do câncer de mama.

As idosas relataram atitudes positivas que, por sua vez, também se assemelham a estudo efetuado no estado de São Paulo há uma década, em que predominaram sua realização como medida preventiva, seguida do aumento de chance de cura e devido ao aumento dos casos de câncer de mama<sup>48</sup>.

Quanto à frequência que as idosas do estudo compreendem ser a ideal para realizar o AEM, observa-se destaque mensal, sempre que necessário semanalmente. Entretanto, é preocupante quando se percebe idosas acharem que tocar suas mamas apenas a cada 6 meses ou anualmente em busca de alguma anormalidade seja suficiente, pois de acordo com a

política de alerta à saúde das mamas, a palpação ocasional dessas sempre que se sentir confortável e em local confortável é importante, apesar de que o AEM realizado sistematicamente a cada mês tenha sido recomendado desde a década de 1930. Considerando-se que até 90% dos casos de câncer de mama são detectados pelas próprias mulheres, pode-se deduzir que a promoção do AEM, não isoladamente, seja uma estratégia eficaz para sua detecção<sup>18, 40</sup>.

Desse modo, faz-se necessária a elaboração de estratégias com ações educativas e práticas, com a finalidade de proporcionar às mulheres momentos em que possam conhecer suas mamas, bem como tocá-las sempre que achar necessário e não apenas uma vez ao mês. Caso encontrem algo diferente, identifiquem a necessidade de busca do serviço de saúde para maiores esclarecimentos.

Para as idosas que não realizam o AEM, o principal motivo foi não sentir incômodo, sendo assim, não acham necessário realizá-lo. Este fato é preocupante, uma vez que o câncer é uma enfermidade de início silencioso e, quando apresenta sinais e sintomas, geralmente já se encontra em fase avançada.

Estudo se contrapõe aos resultados da presente pesquisa, pois os obstáculos mais frequentes para a realização do AEM foram o esquecimento e a crença que só o profissional da saúde sabe examinar as mamas de maneira correta<sup>48</sup>.

É importante destacar, ainda, que a maioria das idosas apresentou necessidade de esclarecimento sobre o exame, como: maneira correta de palpar suas mamas; conhecer melhor o corpo e as mamas e saber como adquirir o câncer de mama. Acerca das que não verbalizaram esta necessidade, pode-se supor que talvez fatores como vergonha, tabus, crenças ou medo do desconhecido possam ter influenciado nesse resultado, já que durante a realização do exame clínico das mamas e citológico as idosas relatam vergonha e medo em expor suas mamas e genitália para o profissional de saúde.

No que se refere ao exame clínico das mamas, percebe-se que poucas idosas apresentaram motivos para a realização do mesmo, porém a maioria apresentou atitude positiva para a sua realização, destacando o preparo da enfermeira ou médico para realizar o exame e para identificar possíveis alterações na mama.

Quanto à mamografia, embora a maioria das idosas tenha ouvido falar e aponte como principais necessidades para realização do exame a identificação de problemas na mama e considerar que a chance de cura é maior se a doença for diagnosticada na fase inicial, a metade revelou que não houve solicitação do exame, não esclarecendo os seus motivos. Este

achado é conducente com pesquisa anterior, em que o mesmo motivo foi referido por mulheres idosas<sup>80,93</sup>.

Após a análise das variáveis de adequabilidade, procedeu-se sua determinação quanto aos métodos de rastreamento do câncer de mama. Acerca do conhecimento das idosas sobre o autoexame das mamas, obteve-se adequabilidade para a maioria das idosas, havendo também predominância de atitude e prática adequadas. Ressalte-se, porém, que a atitude frente ao AEM – ter opiniões, sentimentos, predisposições e crenças dirigidas a um objetivo, pessoa ou situação – foi adequada para a quase totalidade da amostra, mostrando-se mais elevada que o conhecimento e a prática.

Estudos desenvolvidos em Campinas-SP e Porto Alegre-RS apresentaram resultados semelhantes no tocante ao AEM quanto à atitude, embora o de Porto Alegre tenha sido realizado com população jovem e de escolaridade elevada e que referiu, em sua maioria, ter feito o exame pelo menos uma vez na vida<sup>48,94</sup>.

Quanto à adequação do CAP, ante o exame clínico das mamas (ECM), percebe-se que a grande maioria das idosas apresentou conhecimento e prática inadequados para o referido exame, enquanto quase todas as participantes apresentaram atitude adequada. Estes dados revelam que as idosas consideram necessária a realização do exame clínico das mamas, apesar do conhecimento e prática inadequados. Portanto, pode-se ponderar que ter atitude positiva ao exame não implica, necessariamente, realizá-lo. Assim, outros fatores podem se constituir barreira para realização do mesmo, tais como vergonha e medo, aspectos considerados anteriormente.

Nesse sentido, mostra-se pertinente que o profissional da saúde, seja ele enfermeiro ou médico, atente para o fato de que as mulheres, em especial as idosas, ficam menos constrangidas durante o exame se o profissional for do sexo feminino e acolha a mulher de modo que ela se sinta protegida durante o exame.

Considera-se que é de suma importância a realização do ECM pelo profissional de saúde e é neste momento que ele irá, também, orientar a mulher sobre a necessidade da palpação das mamas e da mamografia, bem como tirar dúvidas acerca da prevenção e detecção precoce do câncer de mama, e na idosa, especialmente, pois algumas pensam não ser mais necessário cuidar das suas mamas, uma vez que já são menopausadas e ou não têm mais vida sexual ativa, e algumas, ainda, atribuem o fato de serem idosas, articulando esta fase, com o final de suas vidas.

Discorrendo sobre a adequação do CAP com referência à mamografia, as idosas do estudo apresentam, em sua grande maioria, conhecimento e atitude adequados para o referido

método de rastreamento do câncer de mama, porém quase todas não realizam efetivamente o exame; fato preocupante, uma vez que a mamografia é o único exame utilizado para rastreamento, com capacidade de detectar lesões não palpáveis e causar impacto na mortalidade por câncer de mama<sup>18</sup>. Deste modo, é de grande gravidade uma mulher chegar aos 60 anos sem ter realizado ainda a mamografia, pois a incidência da neoplasia, como já mencionada anteriormente, tende a ser crescente progressivamente com a idade, bem como o índice de mortalidade<sup>18</sup>.

Em relação à análise das associações entre as variáveis do estudo, evidenciou-se que apesar de não haver associação significativa entre os dados sociodemográficos e a adequabilidade do conhecimento, da atitude e da prática do autoexame das mamas entre as pesquisadas (Tabelas 20, 21 e 22), bem como com a adequabilidade do conhecimento, da atitude e da prática do exame clínico das mamas (Tabelas 23, 24 e 25), observa-se que, para a mamografia, houve associação significativa da faixa etária e da escolaridade com o conhecimento adequado sobre o exame (Tabela 26), assim como da escolaridade com a atitude (Tabela 27) e novamente da faixa etária e da escolaridade com a prática da mamografia (Tabela 28), revelando que o ensino fundamental incompleto foi a variável que mais contribuiu para conhecimento e atitude adequados para este método de rastreamento do câncer de mama, apresentando, também, destaque na prática inadequada.

Notadamente, embora não se tenha observado associação dos dados sociodemográficos com CAP do AEM e do ECM, a adequabilidade é proporcionalmente maior em idosas com ensino fundamental incompleto para conhecimento, atitude e prática do AEM (Tabelas 20, 21 e 22) e para conhecimento, atitude e prática ante o ECM predominou também o ensino fundamental incompleto, porém inadequado para conhecimento e prática, destacando apenas atitude adequada (Tabelas 23, 24 e 25).

Vale ressaltar, ainda, que conhecimento e prática apresentam proporções semelhantes de inadequabilidade para o ECM, talvez pelo fato de as idosas não receberem orientações consistentes sobre o exame ou por não estar sendo realizado nessa população. A este respeito, estudo apontou que apenas 9,9% das idosas afirmaram realizar o ECM, justificando que a técnica não está sendo realizada com frequência na população idosa, dado que revela a necessidade de ações de educação em saúde e reformulação das campanhas educativas, que poderiam abordar a detecção precoce do câncer de mama, através de disseminação de uma linguagem próxima ao universo da mulher idosa<sup>80</sup>.

Percebe-se que o ECM está voltado para mulheres mais jovens e, em decorrência disso, o exame em mulheres idosas é menos estimulado. Estudo realizado em Botucatu-SP

verificou que as mulheres mais jovens foram mais examinadas nas mamas do que as mais velhas<sup>95</sup>.

No Nordeste, na cidade de Mossoró, no Rio Grande do Norte, pesquisa aponta como resultado que o ECM é uma prática realizada com uma frequência maior em mulheres jovens assintomáticas e sintomáticas, pertencentes ou não ao grupo de risco para o câncer de mama<sup>56</sup>.

As considerações acima e os achados para as idosas das USF de João Pessoa, no tocante ao ECM, reportam para a necessidade de reflexões acerca da realização do referido exame em mulheres idosas, uma vez que, como destacado pelas mesmas nas entrevistas, o profissional de saúde é mais capacitado para examinar as mamas e, principalmente nessa população, que tem mais risco para desenvolver câncer de mama e demora mais para reconhecer os sintomas e para buscar auxílio do que as mulheres mais jovens.

A prevenção ainda é a melhor maneira de combater este tipo de câncer, pois só assim a doença adquire melhores chances de cura. O encontro de uma lesão palpável na mama determina a necessidade de um adequado diagnóstico para que se possa estabelecer a conduta a ser seguida, considerando a relevância da realização de exames complementares para esclarecer a sua natureza, se benigna ou maligna<sup>96</sup>.

Importa ressaltar ainda que, para a mamografia, houve associação significativa entre as variáveis faixa etária e escolaridade com a adequabilidade do conhecimento e prática do exame, porém o conhecimento se mostra mais adequado e a prática mais inadequada entre as idosas, considerando as frequências apresentadas. A atitude apresentou associação relacionada à escolaridade, onde idosas analfabetas apresentaram atitude mais inadequada e idosas com ensino fundamental completo, atitude mais adequada.

Estamos vivenciando a Política Nacional de Promoção à Saúde, juntamente com o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, através da Portaria do Ministério da Saúde Nº 1.473 de 24 de junho de 2011, que institui no artigo 1º quatro Comitês Gestores, onde um deles é o *Comitê Gestor do Fortalecimento das Ações para a Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero e Mama*<sup>18,97</sup>.

O plano objetiva cumprir metas estabelecidas entre 2011-2022 e dentre estas estão: aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos; tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer, tendo como enfrentamento, aperfeiçoamento do *rastreamento dos cânceres do colo do útero e da mama*, bem como universalização desses exames a todas as mulheres, independentemente de renda, raça<sup>18</sup>.

Diante do exposto, o que se observa é que as mulheres com idade superior a 69 anos estão excluídas e que muitas idosas do estudo com idade até 69 anos ainda não realizaram o exame uma única vez, mesmo considerando o ano de implementação do plano, evidenciando a falta de inclusão do grupo pesquisado nas metas estabelecidas, que envolve o aperfeiçoamento do *rastreamento dos cânceres do colo do útero e da mama*, o qual inclui o autoexame das mamas (palpação das mamas), exame clínico das mamas e mamografia.

É oportuno salientar que mulheres com idade inferior a 50 anos, também estão excluídas deste plano no tocante a realização da mamografia, salvo as com risco elevado, entretanto é válido ressaltar que a 50,9% das mulheres do estudo afirmaram ter casos de câncer na família, entre eles câncer de mama e de colo uterino e a maioria com grau de parentesco de primeiro grau.

Todavia, apesar da Lei 11.664 de 29 de abril de 2008<sup>98</sup>, que dispõe sobre a atenção integral à saúde da mulher, assegurando a realização de exames mamográficos pelo SUS, a todas as mulheres a partir dos 40 anos, há interpretações divergentes, atribuindo a realização do referido exame apenas para o grupo de risco, nesta faixa etária, sendo recomendado a mamografia para rastreamento para mulheres entre 50 e 69 anos<sup>18,99</sup>.

Isto posto, diverge com a orientação da FEBRASGO, em concordância com o CFM, bem como a Sociedade Brasileira e Sociedade Latino-Americana de Mastologia, como mencionado anteriormente, justificando a importância da iniciação da mamografia aos 40 anos anualmente, a fim de detectar precocemente a neoplasia mamária, pois tumores nesta faixa etária, tendem a ser agressivos<sup>44</sup>.

Entretanto, a partir dos dados obtidos, há que se concordar com a afirmativa realizada em estudo semelhante, de que estes indicam a necessidade de mudanças nas condutas favorecedoras da prevenção secundária do câncer de mama<sup>45</sup>.

Considerando que a maioria das idosas do estudo encontra-se na faixa etária entre 60 e 69 anos e que cerca de 50% da amostra do estudo não tinham realizado a mamografia, alerta-se para o não seguimento da recomendação do INCA de mamografia bianual para as mulheres de 50 a 69 anos, embora a *US Preventive Services Task Force* (USPSTF) tenha expandido a recomendação de rastreamento para as mulheres até 74 anos<sup>18</sup>.

Quanto à associação entre as variáveis conhecimento e atitude com a prática do autoexame das mamas, o presente estudo revelou significância para a atitude, observando-se que a grande maioria das idosas que possuem atitude adequada, também possui prática adequada para o referido exame. Ademais, resalta-se que a atitude refere-se ao pensar e ter opiniões sobre algo; a prática, por sua vez, faz referência à tomada de decisão para executar a

ação. Pode-se, a partir deste resultado, concluir que atitude adequada contribuiu para a prática do AEM no grupo pesquisado, o mesmo não podendo ser afirmado para o conhecimento, embora para este observe-se que para as idosas que apresentaram conhecimento adequado, maior foi a proporção de prática adequada.

Em relação à associação entre as variáveis conhecimento e atitude com a prática do exame clínico das mamas e da mamografia não houve significância. Entretanto, observa-se que a maioria das idosas do estudo possui conhecimento e prática inadequados para o exame clínico das mamas. Já para a mamografia, entre aquelas que possuem conhecimento adequado verifica-se maior ocorrência de prática inadequada, o mesmo acontecendo com a atitude.

A não realização de práticas, em busca de detecção precoce do câncer de mama, não é característica peculiar à fase idosa. Estudo aponta relatos que, na juventude, algumas mulheres não utilizavam medidas de precaução como: *“nunca fiz exames nenhum”*; *“No tempo de nova, não tinha essas coisas, nem estória de prevenção, de exame de mama...”*<sup>100</sup>. Porém, entre as idosas, essas práticas se mostram ainda menos frequentes, sobretudo se considerarmos as recomendações do Ministério da Saúde, que não inclui as idosas acima de 69 anos, abrangendo assim a cada ano um contingente maior de mulheres excluídas desse rastreamento, tendo em vista a característica atual da população brasileira no que se refere à longevidade, que atualmente se situa em 78,5 anos para o sexo feminino. De acordo com o IBGE, as mulheres continuarão vivendo mais do que os homens, em 2060, a expectativa de vida delas será de 84,4 anos, contra 78,03 dos homens<sup>101</sup>.

Diante do contexto, ressalta-se a importância da equipe saúde da família nesse processo, pois é salutar que os membros dessa equipe tenham como premissa ações na busca ativa das mulheres para a realização dos métodos de rastreamento do câncer de mama, sem discriminação de faixa etária, pois a prevenção secundária ainda constitui-se importante ferramenta no rastreamento do câncer de mama.

Desse modo, fortalece-se a convicção da necessidade de ações educativas e práticas a fim de proporcionar às idosas conhecimento, atitude e prática frente aos métodos de rastreamento do câncer de mama, reforçando a relevância de ações desta natureza, evidenciando como medidas conhecidas para o controle de câncer de mama a orientação com relação aos riscos, importância das palestras educativas, incentivando a amamentação exclusiva e pré-natal (no caso de mulheres em fase reprodutiva) e o autoexame das mamas especialmente durante a coleta citológica e visita domiciliar, fazendo parte da rotina da mulher para que possa conhecer melhor suas mamas e perceber alteração, caso encontre<sup>102</sup>.

Na atualidade uma das maiores demandas assistenciais identificadas nos serviços de saúde referem-se ao atendimento da população idosa, com destaque do grupo feminino, na busca de cuidados para si próprias e para a família. No entanto, o que se observa é um atendimento dicotomizado, centrado em doenças crônicas, tais como hipertensão e diabetes, com caráter curativo, sendo negligenciada a assistência integral e holística.

Diante desse atendimento pontual, destaca-se a desatenção à prevenção do câncer de mama, identificado no contexto da problemática de vários determinantes, dentre os quais: definição das prioridades no nível central dos programas, estabelecimento de metas assistenciais acima da capacidade operacional e dos recursos humanos disponíveis e, ainda, os determinantes culturais e de gênero presentes desde a formação dos profissionais até no inconsciente da coletividade. Assim, torna-se necessária a adequação dos serviços de saúde, dos profissionais, bem como de suas ações de saúde frente ao perfil epidemiológico da população por eles atendida.

Os dados analisados demonstram que as idosas, cadastradas nas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa, em sua maioria, possuem 60 e 69 anos, têm conhecimento, atitude e prática acerca do autoexame das mamas, porém apresentam necessidades de fortalecimento para conhecimento e prática do exame clínico das mamas e para prática da mamografia. Assim, a adoção de medidas de prevenção, como fator de proteção contra a referida patologia, mostra-se essencial considerando que este é um problema de saúde pública que nos remete à dialética de pessoas com vivências e experiências de vida, com trajetória de cuidados, sendo esses cuidados resultantes da inserção social, política, cultural e de gênero enquanto atores sociais da sua própria história.

CONCLUSÃO

## 8 CONCLUSÃO

O câncer de mama, por se constituir grave problema de saúde pública, com complexas implicações psicológicas e físicas para o indivíduo, com influência na família e também com possíveis repercussões financeiras para a família e sociedade, remete à necessidade de pesquisas, a fim de propor estratégias que envolvam a prevenção e a detecção precoce.

A aplicação do inquérito CAP, sobre os métodos de rastreamento do câncer de mama entre idosas, permitiu identificar que a maioria apresenta conhecimento, atitude e prática adequados para o autoexame das mamas; exame para o qual intervenções educativas vêm sendo mais difundidas ao longo do tempo e que necessitam do total comprometimento pessoal da mulher para a sua prática, além do desenvolvimento de habilidade para aplicação da técnica.

Para o exame clínico da mama somente a atitude se mostrou adequada para a maioria das idosas, e conhecimento e atitude adequados para a mamografia, evidenciando a necessidade de intervenções em saúde que reforcem conhecimento, atitude e prática em diferentes intensidades para estes métodos de rastreamento do câncer de mama.

A análise da relação entre os dados sociodemográficos e as variáveis CAP permitiu revelar a influência da idade e da escolaridade especialmente para o conhecimento, atitude e prática da mamografia, método complementar de rastreamento do câncer de mama, ainda não disponível suficientemente para atender à demanda das usuárias que dele necessitam. Isto posto, pode-se concluir que variáveis que caracterizam determinados grupos de pessoas com menores níveis socioeconômicos, também podem influenciar em menores chances de conhecer e adotar práticas promotoras da saúde para as quais não têm acesso ou facilidade de acesso.

A associação entre as variáveis conhecimento, atitude e prática ainda permitiu identificar a influência que as primeiras exercem sobre a última. Assim, o estudo revelou que a grande maioria das idosas que possuem atitude adequada para o autoexame das mamas, também possui prática adequada para o referido exame. Adicionalmente, não houve significância em relação à associação entre as variáveis conhecimento e atitude com a prática do exame clínico das mamas e da mamografia, importando ressaltar que foram identificadas maiores frequências de inadequabilidade das práticas para estes exames.

Os resultados permitem refletir que as equipes de saúde das Unidades de Saúde Família necessitam incrementar a busca ativa de idosas para o rastreamento da doença. Faz-se mister, ainda, a sensibilização dos órgãos competentes no sentido de incluir nos programas

nacionais de controle e combate do câncer de mama idosas a partir dos 70 anos, tendo em vista se tratar de grave problema que imprime grande sofrimento para as mulheres em todas as fases da vida e, de modo particular, a pessoa idosa, que requer cuidados especiais, uma vez que a fragilidade natural nesse ciclo de vida gera preocupação diante dos enfrentamentos decorrentes do tratamento dessa neoplasia.

Assim, ficam expressas nos achados informações de substancial relevância para o planejamento de intervenções que incrementem conhecimento, atitude e prática das idosas frente aos métodos de rastreamento do câncer de mama, especialmente para exame clínico e mamografia, sendo para este premente a ampliação da oferta às usuárias que apresentem características clínicas que justifiquem sua realização.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do estudo trouxe grandes contribuições pessoais e que servirão para enriquecer as ações implementadas no projeto de extensão “Prevenindo o Câncer de Mama e Colo Uterino em Unidade de Saúde da Família”, da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal da Paraíba, que vem sendo realizado desde 2002 em uma das unidades pesquisadas, também podendo subsidiar as atividades das outras envolvidas.

É válido destacar que, como ocorre em outras pesquisas, no período da coleta de dados foram encontradas algumas dificuldades, requerendo que fossem adotadas estratégias, as quais passamos a descrever:

- no momento do contato para o início das atividades, algumas Unidades de Saúde da Família selecionadas passaram a ser integradas; sendo assim, a coleta fora realizada na USF integrada a qual as USFs selecionadas passaram a pertencer;
- para o não comparecimento da idosa no dia agendado para a entrevista fora realizado novo agendamento;
- para os casos de não envolvimento de Agentes Comunitários de Saúde no acompanhamento das entrevistadoras, foi realizada apresentação da pesquisa e da sua importância, bem como enfatizadas as atribuições do ACS no Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama, sendo em uma das unidades realizada capacitação com os ACS, objetivando fortalecer sua importância no programa.
- para a não adesão das idosas à pesquisa quando a coleta ocorria ao final da reunião do grupo de idosos, as entrevistadoras chegavam ao local antes do início da atividade com o grupo. Adicionalmente, em um USF, para solucionar esta dificuldade, foi realizado o exame clínico das mamas após a entrevista, atendendo à solicitação das idosas e da facilitadora da unidade;
- nos casos em que não houve adesão das idosas à pesquisa quando a coleta ocorria após o atendimento no Programa HIPERDIA, realizava-se novo agendamento.

Os resultados evidenciaram a imperiosa preocupação que os diferentes segmentos, que lidam com a saúde devem ter com a prevenção do câncer de mama em mulheres idosas, frente ao conhecimento, atitude e prática dos métodos de rastreamento do câncer de mama por elas mencionados. Sendo assim, sugere-se:

Proposição de ações educativas em saúde, teóricas e práticas, voltadas à prevenção e detecção precoce do câncer de mama, visando o fortalecimento da adequabilidade do

conhecimento e da prática dos métodos de rastreamento do câncer mama em mulheres idosas, destacando-se o exame clínico das mamas e a mamografia;

Prática mais efetiva do exame clínico das mamas por profissionais da saúde, enfermeiro ou médico, priorizando sempre que possível, os profissionais do sexo feminino, a fim de minimizar o constrangimento das idosas e favorecer a maior adesão ao exame;

Estímulo à pesquisa e extensão acerca da temática, especialmente na população idosa;

Intensificação das campanhas de prevenção sobre câncer de mama, a fim de atingir toda a população feminina;

Sensibilização dos órgãos competentes a fim de incluir no programa nacional de controle e combate do câncer de mama, idosas a partir dos 70 anos.

Importa ainda considerar que a ação educativa com respeito mútuo cliente-profissional de saúde é um importante passo para que a mulher compreenda a importância do exame preventivo e sinta-se motivada a realizá-lo. Esse relacionamento interpessoal, por meio de uma comunicação efetiva, é primordial para que a mulher tenha confiança no profissional de saúde e supere as eventuais dificuldades.

Enfim, espera-se que outras pesquisas possam ser realizadas com fins de preencher e complementar as lacunas que ficaram nesta investigação, para que o pensamento retratado a seguir possa ser materializado:

*O sonho conquistado*

*Neste mundo desgastante,  
De desamor, miséria e fome,  
Já vivenciamos bastante,  
A doença insana a aplacar.*

*O câncer de mama,  
Insidioso acompanha o destino,  
Das mulheres em busca de vida,  
Um marco de sua história a contar.*

*Parece até ilusão,  
Um sonho, um caminho a percorrer,  
Na estrada que só Deus sabe ser,  
O guia acolhedor de poder...*

*Concretizar o sonho de um dia  
Não existir câncer de mama  
A prevenção fazer seus dias findo  
A sua ausência podermos conquistar.  
(Maria Emília R. M. Henriques)*

## REFERÊNCIAS

1. Godinho ER, Koch HA. Rastreamento do câncer de mama: aspectos relacionados ao médico. *RevBras Radiol.* 2004 mar/abr; 37(2): 91-99
2. Novaes, CO. Não realização de mamografia e consumo de serviços de saúde em uma população de idosos de Juiz de Fora, Minas Gerais. [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2010.
3. Papaléo NM, Borgonovi N. Biologia e teorias do envelhecimento. In: Papaléo NM. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.* São Paulo: Atheneu; 2002. p. 44-49.
4. Paschaol SMP. Epidemiologia do envelhecimento. In: Papaléo NM. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.* São Paulo: Atheneu; 2002, p. 26-43.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações programáticas e estratégicas. *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento.* Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
6. Brasil. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portal da Legislação. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>
7. World Health Organization. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde.* Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.
8. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Diretoria de pesquisa. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira.* Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2012.
9. Cabral NM. Práticas terapêuticas em idosos com osteoporose: um campo para educação em saúde. *Texto & contexto enferm.* 2003 jan./mar;12(2): 174-81.
10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Projetos Especiais da Saúde. *Programa de atenção do idoso.* Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
11. Hansen D, Veigas J, Vollbrecht B, Frasson A. Câncer de mama em mulheres idosas. In: Schwanke CHA, Gomes I, Pedro REL, Schneider RH, Lindoso ZCL. *Atualização em geriatria e gerontologia II: abordagens multidimensional e interdisciplinares.* Porto Alegre: EDIP; 2009. p 47-54.
12. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil.* Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2000. [capturado em 2010 Abr. 27]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf>.

13. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo 2010. [capturado em 2012 abr 10]. Disponível em [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br).
14. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Organização Mundial de Saúde. Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
15. Santos AS, Kozasa EH, Bonilha EA, Souza R, Silva AL, Oliveira RMJ, Marchiori MFR. Nutrição e qualidade de vida de idosos na região centro-oeste da cidade de São Paulo. Nursing (São Paulo). 2012 ago; 15(171):438-44.
16. Carvalho CMRG, Brito CMS, Nery IS, Figueiredo MLF. RevBrasEnferm. 2009 jul-ago; 62(4):579-82.
17. Oliveira TC, Araújo TL, Moreira TMM. Avaliação de fatores de risco para alterações cardiovasculares e de alterações oculares em grupo de idosos. Nursing (São Paulo). 2003; Jan; 56(6):15-21.
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2<sup>a</sup>. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
19. Malcom MB, Mônica M. The woman at increase drisk for breast cancer: evaluation and management strategies. CA Cancer J Clin. 1995 Sep-Oct;45(5):263-78.
20. Guyton AC, Hall JC. Fisiologia humana e mecanismos das doenças. 6.<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
21. Robbins SL, Cotran RS, Kumar V, Collins T. Fundamentos de patologia estrutural e funcional. 6ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
22. Montenegro MR, Franco M. Patologia: processos gerais. 4. ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2004.
23. World Health Organization, International Agency for research on cancer. World cancer report. Lyon, 2008.
24. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer, Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Atlas da mortalidade. Brasília, INCA, 2013 [capturado em 2011 Fev. 10]; Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade>.
25. Silva RCFS, Hortale VA. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: quem, como e por quê? Rev Bras Cancerol. 2012; 58(1):67-1.
26. Boyle P, Levin B. World cancer report. Lyon: IARC Press; 2008.
27. Vainio H, Bianchini F. Breast cancer screening. Lyon: IARC Press; 2002. v. 7.

28. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer, Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2008. [capturado em 2009 Out. 24] Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/index.asp?link=tabelaestados.asp&UF=PB>.
29. OMS alerta para aumento no número de casos de câncer no mundo. 2013. [capturado em em 2014 jan 20]. Disponível em <http://info.abril.com.br/noticias/ciencia/2013/12/oms-alerta-para-aumento-no-numero-d...>
30. OMS alerta para o aumento dos casos de câncer. 2013. [capturado em: 2014 jan 21]. Disponível em: <http://blogdocancer.com.br/oms-alerta-para-aumento-dos-casos-de-cancer>.
31. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Outubro Rosa: INCA e sociedade unidos pelo controle de câncer de mama. Rio de Janeiro: INCA; 2013.
32. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
33. Câncer de mama faz 680 vítimas na Paraíba. Jornal da Paraíba. 2013 out:6.
34. Pereira ALSF, Faray HEFG, Noronha FMF, Farias FBB. A incidência de câncer de mama em mulheres na terceira idade em um hospital público de São Luís /MA. Rev. Invest. biomedUniceuma, 2009; 1:73-2.
35. Monteiro APS, Arraes EPP, Pontes LB. Campos MSS, Ribeiro RT, Gonçalves REB. Autoexame das mamas: frequência do conhecimento, prática e fatores associados. Rev. Bras. Ginecol. 2003; 3(25):201-5
36. Batista PSS, Silva FMC, Santos EL, Lima EA. Autoexame das mamas: vivência de mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde. Nursing (São Paulo). 2005 dez; 91(8):583-87.
37. Bochichi R. Câncer de mama ainda é o mais lento entre as mulheres. Estadão. São Paulo; 2000 [capturado em 2011 set 30]; Disponível em: <http://www.estado.com.br/edição/mulher/saúde/mama.html>.
38. Freitas Junior R, Freitas NMA, Paulinelli RR, Sousa RM, Ferro JE, Silva MAC, Curado MP. Câncer de mama na terceira idade: tratamentos personalizados. Revista da UFG – Tema melhor idade 2003 dez;5(2): 1-5.
39. Henriques MERM, Santos IBC, Silva FMC. Fatores de risco para câncer de mama em mulheres mastectomizadas. Nursing (São Paulo). 2001 maio; 36(4):24-9.
40. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

41. Diogo MJDE, Toledo EHR. Idosos com afecções onco-hematológicas: dificuldades para o autocuidado frente aos efeitos colaterais do tratamento. *Nursing* (São Paulo). 2003 abr; 59(6):28-3.
42. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer, Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica, Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama. Versão revista ampliada do Programa Viva Mulher. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
43. Diretrizes básicas de prevenção de câncer de mama na rede de atenção primária à saúde de Campinas. Campina, SP; 2004. Documento de Consenso para Controle do Câncer de Mama.
44. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Orientação Mastologia. São Paulo: 2010.
45. Barbosa SD. Conhecimento, atitude e prática frente aos métodos de rastreamento do câncer de mama. [dissertação] Belo Horizonte: Programa de Pós-graduação em Patologia. Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.
46. Avelar JTC, Silva HMS. Câncer de mama: orientações práticas para a paciente e a família. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.
47. Godinho ER, Koch HA. Fontes utilizadas pelas mulheres para a aquisição de conhecimentos sobre o câncer de mama. *Rev Bras Radiol*. 2005 maio/jun; 38(3):169-73.
48. Marinho LAB, Gurgel MSC, Cecatti JG, Osis MJD. Conhecimento, atitude e prática do autoexame das mamas em centro de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2003 out; 37(5):576-82.
49. Ludwick R. Breast examination in the older adult. *Cancer Nurs*. 1988 Apr; 11(2):99-102.
50. Filipak RMA, Rodrigues MB, Back RVW. Câncer de mama: diagnóstico precoce. [S.l.]: Femina; 2003.
51. Menke, H. Rotinas em Mastologia. Porto Alegre: Artmed; 2000.
52. Ministério da Educação (BR), Instituto Nacional do Desenvolvimento da Educação. Manual do aplicador do estudo CAP. Brasília: Ministério da Educação; 2002.
53. Marinho LAB. Conhecimento, atitude e prática do autoexame da mama e do exame de mamografia em usuárias dos Centros de Saúde do Município de Campinas. [tese]. Campinas: Universidade de Campinas; 2001.
54. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância à Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos, 2004. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
55. Kaliyaperumal K. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. *AECS Illumination*. 2004; 4(1):7-9.

56. Jacomé EM, Silva RM, Gonçalves MLC, Collares PMC, Barbosa IL. Detecção do câncer de mama: conhecimento, atitude e prática dos médicos e enfermeiros da estratégia saúde da família de Mossoró, RN, Brasil. *RevBrasCancerol.* 2011; 57(2): 189-98.
57. Vasconcelos CTM, Pinheiro AKB, Castelo ARP, Costa LQ, Oliveira RG. Conhecimento, atitude e prática relacionada ao exame colpocitológico entre usuárias de uma unidade básica de saúde. *Rev. latino-am. enfermagem.* 2011 jan-fev;19(1):97-105.
58. Cirino FMSB, Nichiata LYI, Borges ALV. Conhecimento, atitude e práticas na prevenção do câncer de colo uterino e hpv em adolescentes. *Esc. Anna Nery: rev. enferm.* 2010 jan-mar; 14 (1):126-34.
59. Paiva EP, Motta MCS, Griep RH. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(1):88-3.
60. Santos SL, Cabral ACSP, Augusto LGS. Conhecimento, atitude e prática sobre dengue, seu vetor e ações de controle em uma comunidade urbana do Nordeste. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(1Suppl):1319-330.
61. Nicolau AIO, Dantas RC, Gadelha APP, Pinheiro KBP. Conhecimento, atitude e prática de mulheres residentes no meio rural acerca dos métodos contraceptivos. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* [Internet]. 2012 jan/mar;14(1):164-70. [citado em 2014 jan 25]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a19.htm>.
62. Alves AS, Lopes MHBM. Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. *RevBrasEnferm.* 2008; jan-fev; 61(1): 1-7.
63. Nicolau AIO. Conhecimento, atitude e prática de presidiárias quanto ao uso do preservativo masculino e feminino. [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2010.
64. Costa, CC Conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação. [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem; 2012.
65. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância à Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 64 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
66. Carneiro BL, Lelis YF. Conhecimento, atitude e prática com relação à prevenção da influenza a (H1N1) em estudantes universitários. [trabalho de conclusão de curso]. Belém: Universidade da Amazônia, Centro de Ciências Biológica e da Saúde, Curso Fisioterapia; 2010.
67. Borba JS, Martins LM, Silva RMM, Furtado Junior ER. A definição dos conhecimentos, habilidades e atitudes na formação de administradores na percepção de gestores, acadêmicos e legal. VIII Convibra Administração – Congresso Virtual Brasileiro de Administração; 2011.

68. Andrade SSC. Mulheres solteiras e casadas e o uso do preservativo: o que sabem, pensam e praticam. [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2014.
69. Campbell D, Stanley J. Delineamentos experimentais e quase-experimentais da pesquisa. São Paulo: EDUSP; 1979.
70. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mentalstate". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975 Nov;12(3):189-98.
71. Lourenço RA, Veras RP. Mini exame do estado mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev. Saúde Pública.* 2006 ago;40(4):712-19.
72. Morris JC, Heyman A, Mohs RC, Hughes JP, Van Belle G, Fillenbaum G, et al. The consortium to establish a registry for Alzheimer's disease (CERAD) - part I: clinical and neuropsychological assessment for Alzheimer's disease. *Neurology.* 1989 Sept; 39(9):1159-165.
73. Roth M, Huppert FA, Montjoy CQ, Tym E. CAMDEXR: the Cambridge examination for mental disorders of the elderly. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
74. Zaudig M, Mittelhammer J, Hiller W, Pauls A, Thora C, Morinigo A, et al. SIDAM: a structured interview for the diagnosis of dementia of the Alzheimer's type, multi-infarct dementia and dementias of the other etiology according to ICD-10 and DSM-III-R. *Psychol Med.* 1991 Feb;21(1):225-36.
75. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos: Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
76. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Assistência à Saúde, Secretaria Municipal de Saúde. Sistema de Informação de Atenção Básica, ano 2011. João Pessoa: Ministério da Saúde; 2012.
77. Araújo LAO, Bachion MM. Diagnóstico de Enfermagem do padrão mover em idosos de uma comunidade atendida pelo Programa de Saúde da Família. *Rev. Esc. Enferm. USP,* 2005; 39(1):53-1.
78. Silvestre JA, Costa Neto MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad. Saúde Pública* 2003 jun;19(3):104-110.
79. Silva CCS, Oliveira NMC. Perfil epidemiológico do grupo de idosos da USF Cristo Rei – João Pessoa, PB. *Rev. Bras. Ciênc. Saúde,* 2009; 13(3):77-84.
80. Santos GD, Chubaci RYS. O conhecimento sobre câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centro de convivência em São Paulo (SP, Brasil). *Ciênc. e Saúde Colet.* 2011 maio; 16(5): 2533-540.

81. Patto MHS. A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia. São Paulo: Casa do psicólogo, 1999.
82. Soares Neto JJ, Jesus GR, Karino CA, Andrade DF. Uma escala para medir a infraestrutura escolar. *Est. Aval. Educ.* 2013 jan./abr; 24(54):78-99.
83. Cai número de matrículas nas escolas públicas da Paraíba. PB Agora: Jornal da Paraíba. 2014 01 jan; [capturado em 2014 jun 22]. Disponível em: <http://www.pbagora.com.br/conteudo.php?id=20140101143619&cat=educacao&keys=cai-numero-matriculas-escolas-publicas-pb>
84. Garcia ESS, Saintrain MVL. Perfil epidemiológico de uma população idosa atendida pelo Programa Saúde da Família. *RevEnferm. UERJ*, 2009, jan/mar; 17(1):18-3.
85. Sabbi AR. Salvando a sua mama: informações para as mulheres. Rio de Janeiro: Revinter; 2002.
86. Leite FMC, Bubach S, Amorim MHC, Castro DS, Primo, CC. Mulheres com diagnóstico de câncer de mama em tratamento com tamoxifeno: perfil sociodemográfico e clínico. *Rev Bras Cancerol.* 2011 jan/mar;57(1):15-21.
87. Araújo Junior GF, Davim RMB. Breast self-examination practiced by nursing professionals in family health units. *Journal of Nursing UFPE on line [Internet]*. 2012 Apr [cited 2012 Nov 13];6(4):759-65. Available from: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2321/pdf\\_1122](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2321/pdf_1122)
88. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer, Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2010.
89. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Controle do Câncer de Mama – Documento de Consenso do Câncer de Mama. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
90. Oliveira SHS, Barroso MGT, Soares MJGO. Campanhas de comunicação de massa e sua interface com as políticas públicas de prevenção à AIDS em adolescentes. *DST – J Bras Doenças Sex Transm.* 2006;18(3):178-184.
91. Oliveira SHS, Silva MIT, Dias MR. Intenções de uso do preservativo entre adolescentes. João Pessoa: Editora Universitária; 2004.
92. Brito LMO, Chein MBC, Brito LGO, Amorim AMM, Marana HRC. Conhecimento, prática e atitude sobre o autoexame das mamas de mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010 maio;32(5):241-46.
93. Black ME, Stein KF, Loveland-Cherry CJ. Older women and mammography screening behavior: do possible selves contribute? *Health EducBehav.* 2001 Apr;28(2):200-16.

94. Müller MA, Frasson AL, Kieling C, Hoffmann FS, Fleck P, Zogbi H, et al. A prática do auto-exame das mamas em mulheres de uma comunidade universitária. *Psico-USF*. 2005 jul.dez;10(2):185-90.
95. Molina L, Dalben I, De Luca LA. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. *Rev. Assoc. Méd. Bras*. 2003 jun; 49(2):185-90.
96. Gomes ALRR, Gomes, CC, Chaves, IG. Lesões palpáveis da mama. *Rev. Bras. Mastol*. 2000;10(3):132-7.
97. Brasil. Portaria nº 1.473, de 24 de junho de 2011. Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. 2011. [capturado em 2014 jun 10]. Disponível em: <http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108559-1473.html>.
98. Brasil. Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2008.
99. Brasil. Projeto de Lei nº 6.759 de 2010. Altera a Lei nº 11.664 de abril de 2008. Inclui a realização de exames para identificação de biomarcadores entre as ações destinadas à detecção precoce das neoplasias malignas de mama. Brasília, 2010.
100. Brito CMS. Os saberes e as práticas de mulheres idosas na prevenção do câncer de mama. [dissertação]. Teresina: Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem; 2009.
101. Número de idosos no Brasil vai quadruplicar até 2060, diz IBGE. 2013 ago [capturado em 2014 jun 10]. Disponível em:<[http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2013/08/130829\\_demografia\\_ibge\\_populacao\\_brasil\\_lgb.shtml](http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2013/08/130829_demografia_ibge_populacao_brasil_lgb.shtml)>.
102. Brito CM, Bezerra FM, Nery IS. Conhecimento e prática do auto-exame de mamas por enfermeiras. *Rev. Bras. Enf*. 2004 mar./abr; 57(2):161-4.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



A Senhora está sendo convidada a participar de uma pesquisa intitulada **MÉTODOS DE RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA: conhecimento, atitude e prática de mulheres idosas**. Esta pesquisa é para saber se as idosas realizam a detecção precoce para o câncer de mama e está sendo desenvolvida pela pesquisadora *Fernanda Maria Chianca da Silva*, sob a orientação do Professor *Dr. Antônio Luiz Frasson* e coorientação da Professora *Dra. Simone Helena dos Santos Oliveira*.

O estudo tem como objetivo geral avaliar o conhecimento, a atitude e a prática sobre os métodos de rastreamento do câncer de mama entre idosas do Município de João Pessoa.

Solicitamos a sua colaboração para participar de uma entrevista, respondendo perguntas sobre seus conhecimentos, atitudes e práticas acerca das medidas para identificar precocemente o câncer de mama. A senhora irá responder a essas perguntas em apenas um encontro, com duração aproximada de 30 minutos.

Informamos que essa pesquisa não oferece riscos previsíveis para a sua saúde. Esclarecemos que a sua participação no estudo é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não autorizar sua participação no estudo, ou resolver a qualquer momento retirar seu consentimento, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo da Unidade de Saúde da Família que frequenta. Esclarecemos que os resultados desta pesquisa serão apresentados em eventos científicos na área de saúde e /ou publicações em revistas científicas e que, por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo.

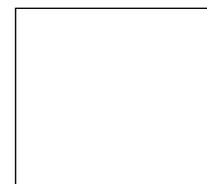
Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Pretende-se com esta pesquisa adotar novas estratégias de ação voltadas a saúde da mulher idosa, relacionada à prevenção e detecção precoce do câncer de mama.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecida e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados e estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

João Pessoa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa



Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora *Fernanda Maria Chianca da Silva*. Escola Técnica de Saúde/CCS/UFPB. Fone: 083-3216-7400. A Senhora também pode ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS: (51)-3320-3345.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora responsável

**APÊNDICE B - Formulário de Entrevista**



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Entrevistadora: \_\_\_\_\_ Código Nº \_\_\_\_\_

**DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

- 1 Estratégia Saúde da Família que frequenta: \_\_\_\_\_
- 2 Distrito Sanitário de Saúde a que a ESF pertence:  
(1) DSS I    (2) DSS II    (3) DSS III    (4) DSS IV    (5) DSS V
- 3 Idade:  
(1) 60 – 69 anos                      (2) 70 a 79 anos                      (3) 80 anos e mais
- 4 Procedência: \_\_\_\_\_
- 5 Estado civil:  
(1) Com companheiro    (2) Sem companheiro
- 6 Nível de escolaridade:  
(1) Analfabeta  
(2) Ensino fundamental incompleto  
(3) Ensino fundamental completo ou mais
- 7 Profissão: \_\_\_\_\_
- 8 Renda familiar:  
(1) Menos de um salário mínimo  
(2) Entre 1 e 3 salários mínimos  
(3) Maior que 3 salários mínimos e mais
- 9 Religião:  
(1) Católica    (2) Evangélica    (3) Outra    (4) Não tem
- 10 Tipo de moradia:  
(1) Casa de alvenaria    (2) Casa de taipa                      (3) Casa de palha
- 11 Moradia:  
(1) Própria                                      (2) Alugada
- 12 Tempo que reside na comunidade:  
(1) Menos de 1 ano                      (2) 1 a 5 anos                      (3) 6 a 10 anos                      (4) Mais de 10 anos

**HISTÓRIA CLÍNICA DA IDOSA**

13. A senhora menstruou (menarca) pela primeira vez com qual idade?  
(1) Menos de 12 anos                      (2) 12 anos                      (3) 13 anos  
(4) 14 anos                      (5) 15 anos                      (6) Mais de 15 anos
- 14 Número de filhos:  
(1) 1 a 2 filhos                      (2) 3 a 4 filhos                      (3) 5 a 6 filhos

- (4) Mais de 6 filhos                      (5) Não tem filhos
- 15 Como qual idade terminou sua menstruação (menopausa)?  
 (1) Menos de 40 anos                      (2) Entre 40 - 45 anos  
 (3) Entre 46 - 50 anos                      (4) Entre 51 – 55 anos  
 (5) Entre 56 – 60 anos                      (6) Mais de 60 anos
- 16 Há casos de câncer em sua família? Caso sim, responder as questões 17 e 18.  
 (1) Sim    (2) Não
- 17 Qual o tipo de câncer?  
 (1) Mama                      (2) Útero                      (3) Próstata  
 (4) Pâncreas                      (5) Pulmão                      (6) Outro \_\_\_\_\_
- 18 Qual o grau de parentesco?  
 (1) Pai                      (2) Mãe                      (3) Irmão (a)  
 (4) Avô (ó)                      (5) Tio (a)                      (6) Outro \_\_\_\_\_

### **CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA FRENTE AO AUTOEXAME DAS MAMAS**

- 19 A senhora já ouviu falar sobre o autoexame das mamas ou exame feito pela própria mulher, em que ela examina o próprio seio? Caso sim continue a responder a próxima questão. Caso não siga para a questão 24.  
 (1) Sim    (2) Não
- 20 Onde ou através de quem a senhora ouviu falar desse exame pela 1ª vez?  
 (1) Posto de Saúde                      (2) Rádio/Televisão                      (3) Trabalho  
 (4) Amigas ou parentes                      (5) Igreja ou associações comunitárias  
 (6) Escola    (7) Outros \_\_\_\_\_
- 21 Para que o autoexame das mamas deve ser realizado?  
 (1) Para procurar um “carrocinho” no seio.  
 (2) Para saber se a mulher tem algum problema no seio.  
 (3) Para evitar câncer na mama.  
 (4) Para descobrir se tem alguma doença.  
 (5) Para a mulher conhecer melhor suas mamas.  
 (6) Outra \_\_\_\_\_
- 22 Para as próximas frases que vou ler, gostaria que a Senhora respondesse se concorda, discorda ou não sabe a maneira como deve ser feito o exame das mamas pela mulher.  
**(Observação para a entrevistadora: à medida que for lendo as frases realize os movimentos como se estivesse fazendo o exame)**
- | O exame da mama feito pela própria mulher consiste em:  | Concorda | Discorda | Não sabe |
|---|----------|----------|----------|
| 22.1 Olhar as mamas em um espelho grande já é o suficiente para ver se há ou não algum “carroço” na mama.                     | (1)      | (2)      | (3)      |
| 22.2 Colocar a palma da mão aberta sobre o seio e apertar a mama para cima, para baixo e para os lados.                       | (1)      | (2)      | (3)      |
| 22.3 Usar apenas um dos dedos da mão e examinar o seio apertando o dedo contra a mama com força para poder achar o “carroço”. | (1)      | (2)      | (3)      |
| 22.4 Examinar a mama com as pontas dos dedos de maneira suave com movimentos circulares,                                      | (1)      | (2)      | (3)      |

- apalpando pequenas áreas de cada vez.
- 22.5 Após examinar os seios de maneira delicada, deve olhar as mamas em frente a um espelho e fazer movimentos, levantando e abaixando os braços para ver se nota algo diferente na superfície do seio. (1) (2) (3)
- 22.6 Apertar o mamilo ou bico do seio para ver se sai algum tipo de líquido. (1) (2) (3)
- 22.7 Apalpar as mamas, a região das axilas, a parte da frente do pescoço, espremendo os mamilos. (1) (2) (3)
- 23 O autoexame das mamas deve ser realizado com que frequência?
- (1) Uma vez na semana
- (2) Uma vez ao mês
- (3) Sempre que achar necessário
- (4) Quando sentir algum incômodo
- (5) Para as mulheres que menstruam, após a menstruação
- (6) Para as mulheres que não menstruam escolher um dia do mês para examinar as mamas.
- (7) Outro \_\_\_\_\_
- 24 Quais são fatores de risco que contribuem para a mulher ter câncer de mama?
- (1) Familiares com história de câncer
- (2) Menarca e menopausa precoce
- (3) Sedentarismo
- (4) Consumo de álcool excessivo
- (5) Terapia hormonal
- (6) Não amamentação
- (7) Obesidade
- (8) Fumo
- (9) Outro \_\_\_\_\_
- 25 A senhora acha que fazer o autoexame das mamas é:
- (1) Muito necessário (2) Necessário
- (3) Pouco necessário (4) Desnecessário
- 26 Por que a Senhora acha \_\_\_\_\_ (ver a resposta 25) fazer o autoexame das mamas.
- Obs. para a entrevistadora: Não leia as alternativas, espere que a entrevistada opine.**
- (1) Porque o câncer de mama é muito grave.
- (2) Porque a chance de cura é maior se a doença está no início.
- (3) Porque é bom a mulher saber se tem algum problema na mama.
- (4) Porque ultimamente têm acontecido muitos casos de câncer de mama.
- (5) Esse exame só é importante para quem já teve caso de câncer de mama na família.
- (6) Esse exame só é útil para mulheres na menopausa.
- (7) Acho que a mulher não consegue fazer o exame sozinha, só o médico ou enfermeira sabe examinar de maneira correta.
- (8) Se a mulher fica apertando muito o seio, acaba ficando muito preocupada e vai procurar o médico toda hora com medo de câncer de mama.
- (9) Porque existem outros exames mais importantes.
- (10) Outra. \_\_\_\_\_
- 27 A senhora costuma examinar as suas mamas? Caso sim, responder as questões 28 e 29; caso não siga para a questão 30.
- (1) Sim (2) Não
- 28 Com qual frequência?

- (1) Todos os dias                      (2) 1 vez na semana                      (3) Todo mês  
 (4) A cada 4 meses                      (5) A cada 6 meses                      (6) Uma vez por ano  
 (7) Outra (especifique) \_\_\_\_\_
- 29 Em que local a senhora costuma examinar suas mamas?  
 (1) Deitada na cama                      (2) Deitada na rede  
 (3) De frente ao espelho                      (4) No banheiro durante o banho  
 (5) Outro (especifique) \_\_\_\_\_
- 30 Por que a senhora não realiza o autoexame das mamas.  
 (1) Esqueço de fazer  
 (2) Não sei fazer  
 (3) Acho que somente o médico ou a enfermeira sabe examinar a mama corretamente  
 (4) Ninguém me falou da importância desse exame  
 (5) Tenho vergonha de fazer o exame  
 (6) Outra \_\_\_\_\_
- 31 A senhora gostaria de obter esclarecimento sobre o autoexame das mamas? Caso sim, responder a questão 32.  
 (1) Sim    (2) Não
- 32 Quais os esclarecimentos que a senhora gostaria de obter?  
 (1) Conhecer melhor meu corpo.  
 (2) Saber como se adquiri o câncer de mama.  
 (3) Conhecer melhor minhas mamas.  
 (4) Saber como fazer corretamente o autoexame das mamas.  
 (5) Outra \_\_\_\_\_

**CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA FRENTEAO EXAME CLÍNICO DAS MAMAS**

33. A senhora relatou alguma vez motivos para que a enfermeira ou médico examinasse suas mamas? Caso sim, responda a questão 34.  
 (1) Sim    (2) Não
- 34 Quais motivos que a senhora relatou para que a enfermeira ou médico examinasse suas mamas?  
 (1) Senti uma dor na mama.  
 (2) Senti alguma coisa estranha nas mamas.  
 (3) Senti um caroço na mama.  
 (4) Senti vontade que um profissional da saúde examinasse minhas mamas.  
 (5) Outra \_\_\_\_\_
- 35 A Sra. acha que fazer o exame clínico das mamas é:  
 (1) Muito necessário  
 (2) Necessário  
 (3) Pouco necessário  
 (4) Desnecessário
- 36 Por que a Sra. acha que é \_\_\_\_\_ (ver resposta 35) fazer o exame clínico das mamas?
- Obs. para a entrevistadora: Não leia as alternativas, espere que a entrevistada opine.**  
 (1) Porque a enfermeira ou médico são pessoas preparadas para fazer esse exame.  
 (2) Para saber se a gente tem alguma doença na mama.  
 (3) Porque se achar um caroço no início pode ser tratado.  
 (4) Acho que a mamografia é melhor.  
 (5) Porque o câncer de mama é uma doença séria.

- (6) Acho que se a mulher não consegue fazer o exame das mamas sozinho, só o médico ou enfermeira sabe examinar de maneira correta.
- (7) Outra \_\_\_\_\_
- 37 A senhora costuma ir à Unidade de Saúde da Família para a enfermeira ou o médico examinar suas mamas? Caso sim, responda também a questão 38.
- (1) Sim (2) Não
- 38 Com qual frequência?
- (1) Todo mês  
(2) 1 vez ao ano  
(3) 2 vezes ao ano  
(4) Outra \_\_\_\_\_

### **CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA FRENTE A MAMOGRAFIA**

- 39 A Senhora já ouviu falar sobre o exame de mamografia? Caso não siga para questão 47.
- (1) Sim (2) Não
- 40 Onde ou através de quem ouviu falar da mamografia pela primeira vez?
- (1) Posto de Saúde (2) Rádio/Televisão (3) Trabalho  
(4) Amigas ou parentes (5) Igreja ou associações comunitárias  
(6) Escola (7) Outros \_\_\_\_\_
- 41 Vou ler algumas frases e gostaria que a Sra. respondesse se acha que estão certas, erradas ou não sabe.

**(Entrevistadora: reforçar que as frases abaixo são sobre o exame de mamografia).**

- | O exame de mamografia:   | Certo | Errado | Não sabe |
|--|-------|--------|----------|
| 41.1 é um tipo de radiografia para ver se existe algum “carocinho” na mama.          | (1)   | (2)    | (3)      |
| 41.2 serve para saber se há ou não alguma doença.                                    | (1)   | (2)    | (3)      |
| 41.3 deve ser realizado somente após o exame das mamas feito pelo médico.            | (1)   | (2)    | (3)      |
| 41.4 vai evitar o câncer de mama.  | (1)   | (2)    | (3)      |
| 41.5 é importante somente para mulheres com mais de 40 anos.                         | (1)   | (2)    | (3)      |
| 41.6 é importante somente para quem já teve algum caso de câncer de mama na família. | (1)   | (2)    | (3)      |
| 41.7 para complementar o exame realizado pelo médico e o feito pela própria mulher.  | (1)   | (2)    | (3)      |
- 42 A Sra. acha que fazer esse exame é:
- (1) Muito necessário  
(2) Necessário  
(3) Pouco necessário  
(4) Desnecessário
- 43 Por que a Sra. acha que é \_\_\_\_\_ (ver resposta 42) o exame de mamografia?

**Obs. para a entrevistadora: Não leia as alternativas, espere que a entrevistada opine.**

- (1) Porque o câncer de mama é muito grave.  
(2) Porque a chance de cura é maior se a doença está no início.  
(3) Porque é bom a mulher saber se tem algum problema na mama.  
(4) Porque ultimamente têm acontecido muitos casos de câncer de mama.

- (5) Esse exame só é importante para quem já teve caso de câncer de mama na família.
  - (6) Esse exame só é útil para mulheres que não amamentaram.
  - (7) Acho que esse exame consegue ver a mama por dentro, se tem alguma doença.
  - (8) É o exame mais seguro para saber se a mulher tem câncer de mama.
  - (9) Outra
- 44 O médico do PSF pediu o exame de mamografia ou chapa dos seios alguma vez para a senhora? Caso não siga para a questão 47.
- (1) Sim (2) Não
- 45 Quantas vezes a Senhora já fez esse exame?  
[ ][ ][ ] vezes
- 46 Quanto tempo faz que a Sra. fez esse exame pela última vez?  
[ ][ ][ ] meses [ ] não lembra
- 47 Por que a Sra. não fez o exame de mamografia até hoje?
- (1) Porque não acho necessário.
  - (2) Porque amamentei.
  - (3) Porque ninguém me orientou da importância desse exame.
  - (4) Porque é difícil fazer esse exame.
  - (5) Outra \_\_\_\_\_

ANEXOS

**ANEXO A –Quantidade de Idosos por Distrito Sanitário de Saúde  
no Município de João Pessoa - 2011**



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**

**Fonte:**

SECRETARIA DE ASSISTENCIA A SAUDE / DAB – DATASUS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE João Pessoa-PBVERSAO:6.5  
SIAB – SISTEMA DE INFORMACAO DE ATENCAO BASICA DATA:20/03/2012

-----  
CONSOLIDADO DAS FAMILIAS CADASTRADAS DO ANO DE 2011

**SIAB - SISTEMA DE INFORMACAO DE ATENCAO BASICA  
CONSOLIDADO DAS FAMILIAS CADASTRADAS DO ANO DE 2011**

**QUANTIDADE DE IDOSOS POR DISTRITO SANITÁRIO DE SAÚDE  
MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA - 2011**

**DISTRITO SANITÁRIO I  
ZONA URBANA**

**IDOSOS COM 60 ANOS E MAIS**

<b>Nº</b>	<b>UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA - USF</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMININO</b>	<b>TOTAL</b>
1	0006	129	148	277
2	0009 - USF JOAO PAULO II	118	170	288
3	0012 - PSF FUNCIONARIOS II JD GUAIBA	273	382	655
4	0015 -	171	178	349
5	0019 - PSF BAIRRO DOS NOVAIS II	224	349	573
6	0024 - PSF JARDIM VENEZA I	155	251	406
7	0025 - PSF JARDIM VENEZA II	169	205	374
8	0026 - USF CRUZ DAS ARMAS I	396	806	1.202
9	0027 - PSF CRUZ DAS ARMAS II	280	445	725
10	0028	42	59	101
11	0029 - PSF COSTA E SILVA I	216	286	502
12	0030 - PSF BAIRRO DOS NOVAIS I	131	199	330
13	0059 - USF ERNANI SATYRO	254	300	554
14	0065 - USF ALTO DO MATEUS I	138	219	357
15	0067 - USF ALTO DO MATEUS II	172	232	404
16	0070 - PSF BAIRRO DOS NOVAIS III	171	246	417
17	0071 - PSF JARDIM VENEZA III	219	257	476
18	0072 - PSF JARDIM VENEZA IV	156	203	359

19	0076 -	89	151	240
20	0077 - PSF BAIRRO DOS NOVAIS V	156	237	393
21	0078 - PSF JARDIM VENEZA V	134	209	343
22	0079 - PSF JARDIM PLANALTO I	143	213	356
23	0080 - PSF JARDIM PLANALTO II	142	179	321
24	0081 - USF BAIRRO DOS NOVAIS IV	208	325	533
25	0083 - USF MATINHA II	297	590	887
26	0087 - PSF FUNCIONARIOS I	212	341	553
27	0111 - USF PAULO AFONSO	197	374	571
28	0124 - PSF CRUZ DAS ARMAS III	219	336	555
29	0125 - PSF CRUZ DAS ARMAS IV	160	302	462
30	0126 - PSF CRUZ DAS ARMAS V	196	320	516
31	0127 - PSF CRUZ DAS ARMAS VI	219	350	569
32	0128 - PSF COSTA E SILVA II	171	199	370
33	0129 - PSF CRUZ DAS ARMAS VII	166	230	396
34	0130 - PSF CRUZ DAS ARMAS VIII	353	606	959
35	0131 - USF ALTO DO MATEUS III	147	229	376
36	0132 - PSF ALTO DO MATEUS IV	165	250	415
37	0133 - USF ALTO DO MATEUS V	136	186	322
38	0134 - USF ALTO DO MATEUS VI	171	266	437
39	0135 - PSF BAIRRO DAS INDÚSTRIAS I	153	207	360
40	0136 - PSF BAIRRO DAS INDÚSTRIAS II	144	191	335
41	0137 - USF PADRE IBIAPINA	150	206	356
42	0138 - PSF B. IND. III CID.VERDE I	87	127	214
43	0139 - PSF COSTA E SILVA III GAUCHINH	172	245	417
44	0141 - PSF CRUZ DAS ARMAS IX	131	166	297
45	0142	112	200	312
46	0143 - USF CRUZ DAS ARMAS X	376	633	1.009
47	0144 - USF JARDIM SEPOL	234	330	564
48	0145 - PSF FUNCIONARIOS I 2ª ETAPA	209	311	510
49	0146 - USF B. IND. III CID VERDE II	101	99	200
50	0147 - USF ESPLANADA II	120	205	325
51	0181 - PACS MATINHA I	19	21	40
	<b>TOTAL DE 51 USF</b>	<b>9.103</b>	<b>13.769</b>	<b>22.872</b>

**SIAB - SISTEMA DE INFORMACAO DE ATENCAO BASICA**  
**CONSOLIDADO DAS FAMILIAS CADASTRADAS DO ANO DE 2011**

**QUANTIDADE DE IDOSOS POR DISTRITO SANITÁRIO DE SAÚDE**  
**MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA - 2011**

**DISTRITO SANITÁRIO II**  
**ZONA URBANA**

**IDOSOS COM 60 ANOS E MAIS**

<b>Nº</b>	<b>UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA - USF</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMININO</b>	<b>TOTAL</b>
1	0001 - PSF GROTAO I	111	167	278
2	0002 - PSF GROTAO II	220	244	464
3	0003 - PSF PEDRA BRANCA I	93	125	218
4	0006 - USF MUDANCA DE VIDA I	133	171	304
5	0011 - PSF RIACHO DOCE MARCONARIA	199	248	447
6	0015 - USF MUDANCA DE VIDA III	88	106	194
7	0018 - PSF NOVA REPUBLICA	94	129	223
8	0020 - PSF MARIA DE NAZARE	103	131	234
9	0028 - USF CUIA	125	181	306
10	0031 - PSF RANGEL I	239	367	606
11	0032 - PSF RANGEL II	166	243	409
12	0033 - PSF RANGEL III	83	146	229
13	0034 - PSF BOM SAMARITANO	100	153	253
14	0035 - USF CITEX	67	79	146
15	0036 - PSF PEDRA BRANCA II	54	84	138
16	0060 - PSF BELA VISTA I	128	142	270
17	0073 - PSF RANGEL IV	128	192	320
18	0074 - PSF RANGEL V	110	198	308
19	0075 - PSF RANGEL VI	120	183	303
20	0076 - USF MUDANCA DE VIDA IV	65	69	134
21	0082 - PSF RANGEL VII	170	273	443
22	0083 -	298	592	890
23	0111 -	194	383	577
24	0112 - PSF FUNCIONARIOS II 1ª ETAPA	163	264	427
25	0113 - USF JOAO PAULO II	148	236	384
26	0114 - PSF PRESIDENTE MEDICE FUNC. IV	85	108	193
27	0115 - PSF GEISEL I	252	333	585
28	0116 - PSF GEISEL II	150	227	377
29	0117 - PSF JARDIM ITABAIANA I	230	354	584
30	0118 - PSF BELA VISTA II	60	111	171
31	0119 - PSF NOVO HORIZONTE	201	253	454
32	0142 - USF MUDANCA DE VIDA II	94	136	230
33	0148 - PSF VALE VERDE	155	210	365
34	0149 - PSF JARDIM ITABAIANA II	219	295	514
35	0150 - PSF CRISTO CONJUNTO	278	408	686
36	0151 - PSF GEISEL III	93	162	255
37	0152 - PSF GEISEL IV	235	370	605
38	0153 - PSF FUNCIONARIOS II 2ª ETAPA	155	208	363
39	0154 - USF GROTAO III	121	153	274
40	0155 - PSF FUNCIONARIOS III	123	192	315
41	0182 - PACS PORTAL DA COLINA	50	77	127
	<b>TOTAL 41 USF</b>	<b>5.900</b>	<b>8.703</b>	<b>14.603</b>

**SIAB - SISTEMA DE INFORMACAO DE ATENCAO BASICA  
CONSOLIDADO DAS FAMILIAS CADASTRADAS DO ANO DE 2011**

**QUANTIDADE DE IDOSOS POR DISTRITO SANITÁRIO DE SAÚDE  
MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA - 2011**

**DISTRITO SANITÁRIO III  
ZONA URBANA**

**IDOSOS COM 60 ANOS E MAIS**

<b>Nº</b>	<b>UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA - USF</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMININO</b>	<b>TOTAL</b>
1	0005- PSF MUSSUMAGO I	184	201	385
2	0007- PSF MUSSUMAGO II	111	163	274
3	0010- PSF ALDEIA SOS	172	218	390
4	0013- PSF MANGABEIRA VI 2ª ETAPA	97	204	301
5	0016- PSF NOVA ESPERANÇA	201	296	497
6	0037- PSF TIMBÓ I	179	272	451
7	0038-	30	47	77
8	0039- PSF MANGABEIRA IV AMBULANTES I	132	219	351
9	0040- PSF MANGABEIRA POR DENTRO	181	277	458
10	0041- PSF SANTA BÁRBARA	206	278	484
11	0042- PSF FEIRINHA	201	318	519
12	0058- PSF LARANJEIRAS	151	197	348
13	0069- PSF COLÉGIO INVADIDO	107	180	287
14	0084- PSF CRISTO REI	240	309	549
15	0085- PSF BOA ESPERANÇA	154	172	326
16	0088- PSF JOSÉ AMÉRICO CONJUNTO I	217	296	513
17	0092- USF BALCÃO	218	331	549
18	0093- PSF CIDADE VERDE I	99	129	228
19	0094- PSF CIDADE VERDE II	102	150	252
20	0095- USF PROSIND I	259	401	660
21	0096- PSF MANGABEIRA VI 1ª ETAPA	116	200	316
22	0097- PSF UNIÃO	183	258	441
23	0098- PSF PANORÂMICA	207	303	510
24	0099- PSF COQUEIRAL	216	329	545
25	0100- PSF TIJOLÃO	189	261	450
26	0101- PSF SONHO MEU	101	130	231
27	0102- PSF FREI DAMIÃO	135	191	326
28	0103- PSF DOCE MÃE DE DEUS	131	235	366
29	0104- PSF MONTE DAS OLIVEIRAS C. MARA	209	225	434
30	0105- PSF PARATIBE I	85	134	219
31	0106- PSF PARQUE DO SOL	76	94	170
32	0107- PSF TIMBÓ II	98	98	196
33	0108- PSF EUCALIPTO	162	223	385
34	0109- PSF COLIBRIS	177	259	436
35	0110- PSF JOSÉ AMÉRICO CONJUNTO II	141	206	347
36	0140- PSF ÁGUA FRIA	176	245	421
37	0156- PSF PROSIND II	254	385	639
38	0157-PSF PEDRO LINS	247	358	605
39	0158- PSF CIDADE VERDE III	56	119	175
40	0159 PSF CIDADE VERDE IV	122	173	295
41	0160 PSF CIDADE VERDE V	89	163	252
42	0161 PSF CIDADE VERDE VI	105	155	260

43	0162- PSF PROJETO MARIZ	76	138	214
44	0163- PSF MANGABEIRA VII A	70	86	156
45	0164- PSF MANGABEIRA VII B	86	108	194
46	0165- PSF MANGABEIRA VII C	74	103	177
47	0166- PSF VALENTINA I	212	319	531
48	0167 - PSF VALENTINA II	156	240	396
49	0168- PSF VALENTINA III	156	235	391
50	0169- PSF VALENTINA IV	114	157	271
51	0170- PSF PARATIBE II	100	154	254
52	0171- PSF GIRASSOL	148	205	353
53	0173- PSF JOSÉ AMÉRICO III	230	370	600
54	0174- PSF BANCÁRIOS	217	323	540
55	0185- PACS LITORAL SUL	26	22	48
	<b>TOTAL 55USF</b>	<b>8.181</b>	<b>11.862</b>	<b>20.043</b>

**SIAB - SISTEMA DE INFORMACAO DE ATENCAO BASICA  
CONSOLIDADO DAS FAMILIAS CADASTRADAS DO ANO DE 2011**

**QUANTIDADE DE IDOSOS POR DISTRITO SANITÁRIO DE SAÚDE  
MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA - 2011**

**DISTRITO SANITÁRIO IV  
ZONA URBANA**

**IDOSOS COM 60 ANOS E MAIS**

<b>Nº</b>	<b>UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA - USF</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMININO</b>	<b>TOTAL</b>
1	0008- PSF MANDACARU V	128	152	280
2	0017- PSF MANDACARU IV	138	215	353
3	0021- PSF MANDACARU III	126	216	342
4	0022- PSF ILHA DO BISPO II	113	233	346
5	0023- PSF CORDÃO ENCARNADO I	179	393	572
6	0043- PSF MANDACARU I	89	147	236
7	0044- PSF MANDACARU II	102	150	252
8	0045- PSF ROGER I	112	141	253
9	0046- PSF ROGER II	141	228	369
10	0047- PSF PADRE ZÉ I	142	203	345
11	0048- PSF JARDIM TREZE DE MAIO	128	241	369
12	0049- PSF ILHA DO BISPO I	102	163	265
13	0050- PSF DISTRITO MECÂNICO I	82	123	205
14	0051- PSF IPÊS	146	202	348
15	0056- PSF DISTRITO MECÂNICO II	143	191	334
16	0057- PSF VARADOURO I	167	258	425
17	0061- PSF MANDACARU VI	136	197	333
18	0062- PSF MANDACARU VII	141	260	401
19	0064- PSF PADRE ZÉ II	119	170	289
20	0066- PSF PADRE ZÉ III	92	177	269
21	0120- PSF CORDÃO ENCARNADO II	188	376	564
22	0121- PSF TAMBIA	158	299	457
23	0122- PSF MANDACARU VIII	135	222	357
24	0123- PSF RÓGER III	206	421	627
25	0175- PSF MANDACARU IX	181	267	448
26	0176- PSF VARADOURO II	182	247	429
	<b>TOTAL 26USF</b>	<b>3.576</b>	<b>5.892</b>	<b>9.468</b>

**SIAB - SISTEMA DE INFORMACAO DE ATENCAO BASICA  
CONSOLIDADO DAS FAMILIAS CADASTRADAS DO ANO DE 2011**

**QUANTIDADE DE IDOSOS POR DISTRITO SANITÁRIO DE SAÚDE  
MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA - 2011**

**DISTRITO SANITÁRIO V  
ZONA URBANA**

**IDOSOS COM 60 ANOS E MAIS**

<b>Nº</b>	<b>UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA - USF</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMININO</b>	<b>TOTAL</b>
1	0004- PSF COMENDADOR SANTOS COELHO	108	93	201
2	0014- PSF SANTA CLARA	154	259	413
3	0038-PSF SÃO RAFAEL	39	56	95
4	0052- PSF SÃO JOSÉ I	76	122	198
5	0053- PSF SÃO JOSÉ II	60	68	128
6	0054- PSF JARDIM MIRAMAR I	47	112	159
7	0055- PSF PADRE HILDON BANDEIRA	164	272	436
8	0063- PSF CIDADE RECREIO	64	58	122
9	0068- PSF CASTELO BRANCO I	203	381	584
10	0086- PSF SÃO JOSÉ III	48	77	125
11	0089- PSF SÃO JOSÉ IV	49	74	123
12	0090- PSF SÃO DOMINGOS – ALTIPLANO I	102	140	242
13	0091- PSF JARDIM MIRAMAR II	119	226	345
14	0172- PSF CASTELO BRANCO III	245	423	668
15	0177- PSF ALTIPLANO II	147	209	356
16	0178- PSF BESSA	67	82	149
17	0179- PSF TORRE I	77	136	213
18	0180-PSF TORRE II	164	336	500
	<b>TOTAL 18USF</b>	<b>1.933</b>	<b>3.124</b>	<b>5.057</b>

**SIAB - SISTEMA DE INFORMACAO DE ATENCAO BASICA**  
**CONSOLIDADO DAS FAMILIAS CADASTRADAS DO ANO DE 2011**

**QUANTIDADES DE IDOSOS POR DISTRITO SANITÁRIO**  
**MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA**

**CONSOLIDADO DOS CINCO DISTRITOS SANITÁRIO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE**  
**JOÃO PESSOA**

**ZONA URBANA**

IDOSOS COM 60 ANOS E MAIS

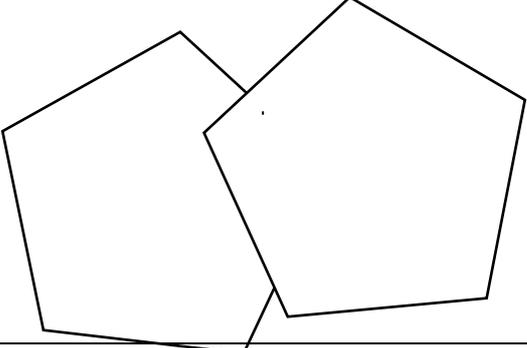
<b>Nº</b>	<b>DISTRITO SANITÁRIO DE SAÚDE</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMININO</b>	<b>TOTAL</b>
1	DISTRITO SANITÁRIO DE SAÚDE I	<b>9.103</b>	<b>13.769</b>	<b>22.872</b>
2	DISTRITO SANITÁRIO DE SAÚDE II	<b>5.900</b>	<b>8.703</b>	<b>14.603</b>
3	DISTRITO SANITÁRIO DE SAÚDE III	<b>8.181</b>	<b>11.862</b>	<b>20.043</b>
4	DISTRITO SANITÁRIO DE SAÚDE IV	<b>3.576</b>	<b>5.892</b>	<b>9.468</b>
5	DISTRITO SANITÁRIO DE SAÚDE V	<b>1.933</b>	<b>3.124</b>	<b>5.057</b>
	<b>TOTAL</b>	28.693	43.350	72.043

## ANEXO B - Miniexame do Estado Mental (MEEM)



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**

<b>2- Mini Exame do Estado Mental (MEEM)</b> <i>Atenção: questões não respondidas são consideradas como erros</i>				
<b>2.1 - Orientação temporal.</b> Marcar x somente nas respostas corretas.				
Em que ano nós estamos? ( )	Em que dia do mês nós estamos? ( )	Qual à hora aproximada*? ( )		
Em que mês nós estamos? ( )	Em que dia da semana nós estamos? ( )			
<i>*Considerar acerto variações de uma hora para mais ou para menos</i>				
<b>2.2- Orientação espacial.</b> Marcar x somente nas respostas corretas.				
Em que país nós estamos? ( )	Em que cidade nós estamos? ( )	Em que local (rua) nós estamos? ( )		
Em que estado nós estamos? ( )	Em que bairro nós estamos? ( )			
<b>2.3- Registro:</b>				
<i>Observação: pedir para o idoso prestar atenção pois terá que repetir mais tarde. “Repita as três palavras que vou lhe falar agora: PENTE, RUA, AZUL.” Pergunte pelas três palavras após tê-las nomeado. Repetir até que evoque corretamente e anotar o número de vezes que o entrevistador teve que repetir as palavras.</i>				
<b>2.3.1 - N° vezes:</b> ( )				
Repita as três palavras que vou lhe falar agora: PENTE, RUA, AZUL. Marcar x somente nas respostas corretas.				
( ) PENTE	( ) RUA	( ) AZUL		
<b>2.4- Atenção à cálculo</b> <i>(executar ambas as alternativas com o entrevistado, porém computar apenas a de melhor desempenho):</i>				
<u>Primeira alternativa:</u> peça para o idoso fazer, de cabeça, as seguintes contas de subtração (os resultados estão ao lado. Marcar x somente nas respostas corretas.				
( ) $100-7=(93)$	( ) $93-7=(86)$	( ) $86-7=(79)$	( ) $79-7=(72)$	( ) $72-7=(65)$
<u>Segunda alternativa:</u> peça para o idoso soletrar <b>MUNDO</b> ao contrário. Marcar x somente nas respostas corretas.				
( ) O	( ) D	( ) N	( ) U	( ) M
<b>2.5- Memória de evocação.</b> Quais as três palavras perguntadas anteriormente? Marcar x nas respostas corretas.				
( ) Pente	( ) Rua	( ) Azul		

<b>2.6- Mostrar e pedir para o idoso identificar (nomear) dois objetos.</b> Marcar x somente nas respostas corretas.		
<input type="checkbox"/> Caneta	<input type="checkbox"/> Relógio de pulso	
<b>2.7- Pedir para o idoso repetir: ‘NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ’.</b> Marcar x somente nas respostas corretas.		
<input type="checkbox"/> Acertou	<input type="checkbox"/> Errou	
<b>2.8- Comando de três estágios:</b> Peça para o idoso obedecer aos seguintes comandos (marcar x somente nas respostas corretas):		
<input type="checkbox"/> “Pegue esta folha de papel”	<input type="checkbox"/> “Dobre-a ao meio”	<input type="checkbox"/> “E coloque no chão”
<b>2.9- Peça para o idoso escrever uma frase completa</b> <i>(se não compreender o significado, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim, alguma coisa que aconteceu hoje, alguma coisa que queira dizer, porém não dê exemplos):</i>		
<input type="checkbox"/> Acertou	<input type="checkbox"/> Errou	
<b>2.10 - Peça para o idoso ler sozinho, em voz baixa, e executar o seguinte comando: “FECHE OS OLHOS”</b>		
<input type="checkbox"/> Acertou	<input type="checkbox"/> Errou	
<b>2.11 - Peça para o idoso copiar o desenho dos pentágonos sobrepostos:</b>		
<input type="checkbox"/> Acertou <input type="checkbox"/> Errou		
		
<b>TOTAL DE PONTOS NO MEEM</b> (considerar apenas os acertos):		

**ANEXO C - Parecer da Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia**



PUC

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA  
COMISSÃO CIENTÍFICA

Porto Alegre, 30 de novembro de 2012.

Senhor (a) Pesquisador (a) Fernanda Maria Chianca da Silva,

A Comissão Científica do IGG apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa intitulado: "MÉTODOS DE RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA: CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE MULHERES IDOSAS "

Solicitamos que providencie os documentos necessários para o encaminhamento do protocolo de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.

Salientamos que somente após a aprovação deste Comitê o projeto deverá ser iniciado.

Atenciosamente,

*Angelo Bós*  
Prof. Angelo Bós

Coordenador Adjunto da CC/IGG

PUC

Campus Central  
Av. Ipiranga, 6690 - P. 60 - CEP: 90.610-000  
Fone: (51) 3336-8153 - Fax (51) 3320 3862  
E-mail: [igg@pucrs.br](mailto:igg@pucrs.br)  
[www.pucrs.br/igg](http://www.pucrs.br/igg)

## ANEXO D–Termo de anuência da Secretaria Municipal de Saúde



Secretaria Municipal de Saúde  
Diretoria de Atenção à Saúde  
Gerência de Educação na Saúde - GES



João Pessoa, 18 de dezembro de 2012

Processo: 23.041/2012

#### TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada “**MÉTODOS DE RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA: conhecimento, atitude e prática de mulheres idosas**” a ser desenvolvida pela pesquisadora **FERNANDA MARIA CHIANCA DA SILVA** está autorizada para ser realizada junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a esta rede e seus serviços, fica condicionada a apresentação à Gerência de Educação na Saúde (GES), a Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP.

Sem mais,

Atenciosamente,

*Rosângela Gomes Sabir*  
Téc. da Gerência de  
Educação na Saúde  
Gerência de Educação na Saúde  
Colegiado Gestor



## ANEXO E- Parecer consubstanciado do CEP - PUCRS



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** MÉTODOS DE RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA: conhecimento, atitude e prática de mulheres idosas

**Pesquisador:** ANTONIO LUIZ FRASSON

**Área Temática:**

**Versão:** 5

**CAAE:** 12147813.0.0000.5336

**Instituição Proponente:** UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 290.083

**Data da Relatoria:** 17/05/2013

#### **Apresentação do Projeto:**

Idem ao parecer anterior.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Idem ao parecer anterior.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Idem ao parecer anterior.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

As solicitações de revisão do cronograma, orçamento, variáveis em investigação e TCLE foram atendidas.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos documentos foram devidamente apresentados

#### **Recomendações:**

Nenhuma

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto aprovado

**Endereço:** Av. Ipiranga, 6681

**Bairro:**

**CEP:** 90.619-900

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)320-3345

**Fax:** (51)320-3345

**E-mail:** cep@pucrs.br

## ANEXO E - Parecer consubstanciado do CEP - PUCRS



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 290.083

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

PORTO ALEGRE, 01 de Junho de 2013

---

Assinador por:  
caio coelho marques  
(Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681

Bairro:

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (513)320-3345

Fax: (513)320-3345

E-mail: cep@puhrs.br

## ANEXO F - Produção Científica

### TRABALHOS APRESENTADOS EM EVENTOS NO PERÍODO DE 2010 -2014

II COLÓQUIO LUSO BRASILEIRO SAÚDE, EDUCAÇÃO E REPRESENTAÇÃO SOCIAL

**Sexualidade em idosas: um estudo bibliográfico**

LOCAL: João Pessoa, 2010

II COLÓQUIO LUSO BRASILEIRO SAÚDE, EDUCAÇÃO E REPRESENTAÇÃO SOCIAL

**Mulheres idosas frente ao seu papel na sociedade**

LOCAL: João Pessoa, 2010

II COLÓQUIO LUSO BRASILEIRO SAÚDE, EDUCAÇÃO E REPRESENTAÇÃO SOCIAL

**A mulher frente ao climatério: sob o olhar de autores**

LOCAL: João Pessoa, 2010

XIII Encontro de Extensão, promovido pela Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários/UFPB

**PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO: VIVÊNCIA DE MULHERES**

Local: João Pessoa, 2011

III Congresso Internacional de Envelhecimento Humano

***Perfil das idosas com câncer de mama atendidas em serviço de referência na Paraíba***

Local: Campina Grande, 2013

III Congresso Internacional de Envelhecimento Humano

**CURSO DE CAPACITAÇÃO PARA CUIDADORES DE IDOSOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.**

Local: Campina Grande, 2013

XV Simpósio Internacional de Geriatria e Gerontologia

**AUTOEXAME DAS MAMAS: vivência de idosas usuárias de uma unidade de saúde da família**

Local: Porto Alegre, 2013

### ARTIGOS PUBLICADOS EM PERIÓDICOS

**O saber de mulheres sobre o autoexame das mamas em uma unidade de saúde da família na cidade de João Pessoa (PB)**

Autores: Sayane M. Silva L. Montenegro; Eliete A. da Silva; Fernanda M. C. da Silva; Zilda M. C. Montenegro

**Periódico:** Revista Ciência etPraxis - v. 4, n. 7, (2011)

**Prevention of vulvovaginitis: using the women's speeches for developing health care guidelines**

**Prevenção de vulvovaginite: utilizando as falas das mulheres para elaboração de orientações em saúde**

**Prevención de vulvovaginitis: utilizando lashablas de lasmujeres para elaboración de orientacionesensalud**

Autores: Smalyanna Sgren da Costa Andrade, Fernanda Maria Chianca da Silva, Maria do Socorro Sousa e Silva, Simone Helena dos Santos Oliveira, Sayane Marlla Silva Leite Montenegro

**Periódico:** The Journal of Nursing UFPE Online [JNUOL]/A Revista de Enfermagem UFPE On Line [REUOL] REUOL - **2012** Feb;6(2):339-45

ISSN: 1981-8963

DOI: 10.5205/reuol.2052-14823-1-LE.0602201212

**Vulvovaginites evidenciadas no Papanicolau em Unidade de Saúde da Família no Município de João Pessoa**

**Autores:** Smalyanna Sgren da Costa Andrade, Bruna Lopes da Silva, Fernanda Maria Chianca da Silva, Andréa da Silva Pereira, Geilza Barbosa Gomes, Flávia Alessandra de Melo

**Periódico:** Revista Nursing, **2012**; 15(171): 445-450

**Compreensão de usuárias de uma unidade de saúde da família sobre o exame Papanicolaou.**

The understanding of users of a family health unit about the pap smear test

Autores: Smalyanna Sgren da Costa Andrade; Fernanda Maria Chianca da Silva; Maria do Socorro Sousa e Silva; Simone Helena dos Santos Oliveira; Kamila Nethielly Souza Leite e Merifane Januário de Sousa

**Periódico:** Revista Ciência & Saúde Coletiva, 18(8):2301-2310, **2013**

REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA edição de agosto de 2013

**MICROBIOLOGICAL AGENTS OF VULVOVAGINITES IDENTIFIED BY PAP SMEAR**

**AGENTES MICROBIOLÓGICOS DE VULVOVAGINITES IDENTIFICADOS PELO PAPANICOLAU**

**AGENTES MICROBIOLÓGICOS DE VULVOVAGINITES IDENTIFICADOS POR PAPANICOLAU**

Autores: Smalyanna Sgren da Costa Andrade, Fernanda Maria Chianca da Silva, Simone Helena dos Santos Oliveira, Kamila Nethielly Souza Leite, Tatiana Ferreira da Costa, Ana Aline Lacet Zaccara

**Periódico:** The Journal of Nursing UFPE Online [JNUOL]/A Revista de Enfermagem UFPE On Line J Nurs UFPE on line., Recife, 8(2):338-45, Feb., **2014**

ISSN: 1981-8963

DOI: 10.5205/reuol.4688-38583-1-RV.0802201414

**ANEXO G - Artigos Encaminhados para Publicação****Artigo enviado a Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia****PERFIL DE IDOSAS COM CÂNCER DE MAMA ATENDIDAS EM SERVIÇO DE  
REFERÊNCIA NA PARAÍBA****PROFILE OF ELDERLY WOMEN WITH BREAST CANCER GIVEN ATTENTION  
IN REFERENCE SERVICE IN PARAÍBA**

**Fernanda Maria Chianca da Silva.** Enfermeira. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do PPGEnf/CCS/UFPB. Doutoranda em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Professora da Escola Técnica de Saúde, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba/CCS/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. e-mail: fernandamchianca@yahoo.com.br

**Gildecil Alves de Lira.** Bióloga. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos/CCS/UFPB. Doutoranda em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Professora da Escola Técnica de Saúde, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba/CCS/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. e-mail: gillira@bol.com.br.

**Zilda Maria Coelho Montenegro.** Psicóloga. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Educação CE/UFPB. Doutoranda em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Professora da Escola Técnica de Saúde, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba/CCS/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. e-mail: zilda@ets.ufpb.br

**Irênio Gomes da Silva Filho.** Médico. Pós-Doutor Hôpital de Bicêtre em Paris. Docente da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre (RS), Brasil. e-mail: irenio.filho@puers.br

**Geraldo Attilio De Carli.** Farmacêutico. Doutor em Farmácia e Bioquímica pela UFRGS. Docente da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre (RS), Brasil. e-mail: gdecarli@portoweb.com.br

**Jéssica Aparecida Rolim Pontes.** Acadêmica do Curso de Enfermagem na Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa (PB), Brasil. e-mail: jesk\_rolim@hotmail.com

**Antonio Luiz Frasson.** Médico. Pós-Doutor pelo Instituto Europeodi Oncologia. Docente da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre (RS), Brasil. e-mail: alfrasson@hotmail.com

Autor responsável pela troca de correspondência:

Fernanda Maria Chianca da Silva

Universidade Federal da Paraíba, Escola Técnica de Saúde - CCS.

Cidade Universitária

Castelo Branco

58051970 - João Pessoa, PB – Brasil

Telefone: (83) 3216 7400 – (83) 8738 8769

## RESUMO

**Objetivo:** descrever as características clínicas, socioeconômicas e o tratamento de idosas com câncer de mama, numa instituição da Paraíba no ano de 2010. **Método:** trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, onde foram analisados 64 prontuários de idosas com câncer de mama. **Resultados:** foi possível observar que essas idosas apresentaram história de câncer de mama na família, e foram tratadas de acordo com o estágio do câncer, tendo sido submetidas à mastectomia, quimioterapia, radioterapia e/ou hormônioterapia. **Conclusão:** de acordo com a maioria dos prontuários estudados, as idosas referiram não realizar o autoexame das mamas e houve um número significativo de mastectomias, o que pode indicar que as idosas pesquisadas não foram estimuladas a buscar prevenção e detecção precoce do câncer de mama. **Descritores:** idosas; câncer; mama.

## ABSTRACT

**Objective:** the study aimed at describing the clinical, socioeconomic characteristics and the treatment of elderly women with breast cancer, in an institution in Paraíba, in 2010. **Method:** it a cross-sectional, retrospective study in which the total of 64 patients' records of elderly women with breast cancer was analyzed. **Results:** it was possible to notice that these elderly women presented history of breast cancer in their families, they were treated in accordance with their cancer phase and they could have been submitted to mastectomy, chemotherapy, radiotherapy and/or hormone therapy. **Conclusions:** it was concluded that in the majority of the studied records, the elderly women mentioned not having fulfilled the breast self-examination, and that a large number of data relevant to the research were underreported, leading to misinterpretation of the analysis. **Descriptors:** elderlywomen; cancer; breast.

## INTRODUÇÃO

Os avanços científicos são os principais responsáveis pela mudança do quadro populacional mundial, no que diz respeito à sua distribuição etária. No Brasil, o aumento expressivo do número de idosos favoreceu a mudança epidemiológica, caracterizada pelas alterações nos padrões de morbimortalidade, que apresentam diminuição da mortalidade geral e predomínio das morbidades crônico-degenerativas, principalmente entre o grupo de idade mais avançada<sup>1</sup>.

As principais causas de mortes entre idosos no Brasil têm sido as doenças do aparelho circulatório (37,7%), e as que aparecem em segundo lugar são as neoplasias (16,7%)<sup>2</sup>. Entre essas últimas, o câncer de mama, comum em todo o mundo, é responsável, no Brasil, por 15% das mortes de mulheres e as taxas de incidência têm índices elevados com o avançar da idade. Nas décadas de 1960 e 1970, foi observado um aumento 10 vezes maior nas taxas de incidência ajustadas por idade nos registros de câncer de base populacional em diversos continentes<sup>3,4</sup>.

O câncer de mama pode ser detectado precocemente, através do exame clínico das mamas e do autoexame das mamas, bem como da mamografia e ultrassonografia mamária. Apesar disso, as mulheres com mais de 70 anos têm um diagnóstico tardio, na maioria das vezes. Isso ocorre, em parte, pelo maior intervalo decorrido desde que o nódulo é notado pela mulher até sua ida a um serviço especializado. Assim, há a detecção tardia dos tumores e ocorrência frequente de metástase<sup>5,6</sup>.

Os resultados dessa investigação podem servir de referência para que os programas de prevenção criem estratégias mais adequadas para que as mulheres idosas também consigam ter detecção precoce de tumores malignos nas mamas. Além da possibilidade de melhorar a assistência, essa pesquisa pode estimular novos estudos acerca do câncer de mama em idosas.

A complexidade do câncer de mama em mulheres idosas determinou a pertinência e a necessidade dessa pesquisa, cujo alvo é descrever as características clínicas, socioeconômicas e o tratamento de idosas com câncer de mama, numa instituição de referência do Estado da Paraíba no ano de 2010.

## **MÉTODO**

O estudo foi retrospectivo, transversal. A população foi composta de idosas diagnosticadas com câncer de mama no Hospital Napoleão Laureano, no período de janeiro a dezembro de 2010. Para coletar os dados, foram analisados 64 prontuários e preenchido um questionário fechado contendo dados demográficos e clínicos, no período de agosto a setembro de 2011.

Os dados foram digitados numa planilha Excel e analisados utilizando-se o programa estatístico SPSS. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências e Saúde da Universidade Federal da Paraíba, com protocolo nº 0112/11.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Durante os meses de janeiro a dezembro de 2010, foram internadas, no hospital de referência para tratamento de câncer, do Estado da Paraíba, 92 pacientes idosas com diagnóstico de câncer de mama, porém, para este estudo, só foi possível ter acesso a 64 prontuários. A faixa etária predominante foi de 60 a 69 anos totalizando 48,4%. A cor parda prevaleceu sobre as demais, porém detectou-se um índice baixo de ocorrência entre a população branca, com 12,7%, apesar de estudos apontarem que as mulheres brancas

apresentam um índice global maior de incidência de câncer de mama que as mulheres negras, sendo esta diferença significativa somente após a menopausa<sup>7</sup>.

No tocante ao estado civil, 45,3% ( $p=0,493$ ) das idosas eram solteiras, sendo este um dado significativo para o estudo. Este dado contradiz os estudos que revelaram frequência maior de detecção de câncer de mama em mulheres casadas. Isto pode estar relacionado à crença ainda em voga de que apenas as mulheres com vida sexual ativa, necessitam de atendimento na área da saúde da mulher, o que as levou a procurar o serviço tardiamente.

Outro aspecto observado foi a subnotificação dos dados nos prontuários destas mulheres, principalmente sobre os fatores de risco como etilismo, tabagismo, atividade física entre outros. Essa sub notificação dificultam um estudo mais qualificado, por deixar lacunas que impossibilitam respostas a algumas questões.

Tabela 1. Caracterização geral das mulheres com diagnóstico de câncer de mama assistidas no hospital de referência da Paraíba no ano de 2010.

VARIÁVEL	N (%)	Grau		
		I/II	III/IV	P
<b>Faixa etária</b>				
60-69	31 (48,4)	5 (83,3)	7 (53,8)	0,333*
70-79	27 (42,2)	1 (16,7)	6 (46,2)	
80 ou mais	6 (9,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	
<b>Cor</b>				
Branca	8(12,7)	1 (16,7)	2 (15,4)	1,000
Parda	52(82,5)	5 (83,3)	11 (84,3)	
Negra	3(4,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	
<b>Procedência</b>				
Capital	21 (32,8)	3(50,0)	4(30,8)	0,510
Grande JP	7 (10,9)	1(16,7)	1(7,7)	
Interior	36 (56,3)	2(33,3)	8(61,5)	
<b>Estado civil</b>				
Casada	17 (26,6)	1(16,7)	4(30,8)	0,493
Solteira	29 (45,3)	2(33,3)	6(46,2)	
Viúva	16 (25,0)	3(50,0)	3(23,1)	
Divorciada	2 (3,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	
<b>Escolaridade</b>				
Analfabeta	13 (21,3)	1(20,0)	2(16,7)	0,379
Alfabetizada	26 (42,6)	4(80,0)	5(41,7)	
Ensino fundamental incompleto	13 (21,3)	0 (0,0)	3(25,0)	
Ensino fundamental completo ou mais	9 (14,8)	0 (0,0)	2(16,7)	
<b>Profissão</b>				
Aposentada	25 (43,1)	2(40,0)	7(58,3)	0,379
Do lar	16 (27,6)	1(20,0)	2(16,7)	

Agricultora	10 (17,2)	0 (0,0)	2(16,7)	
Outras	7 (12,1)	2(40,0)	1(8,3)	
<b>Renda familiar</b>				
1 salário mínimo	3 (50,0)	2(100)	0 (0,0)	0,333
2 salários mínimos	2 (33,3)	0 (0,0)	1(100)	
4 salários mínimos	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	
<b>Religião</b>				
Católica	31 (86,6)	2(66,7)	7(100)	0,300
Evangélica	3 (8,3)	1(33,3)	0 (0,0)	
Espírita	2 (5,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	
<b>Localização da moradia</b>				
Zona urbana	48 (77,4)	6(100)	10(76,9)	0,517*
Zona rural	14 (22,6)	0 (0,0)	3(23,1)	
<b>Número de filhos</b>				
não tem filhos	4 (20,0)	0 (0,0)	2(66,7)	0,082
1 a 4 filhos	8 (40,0)	2(100,0)	0 (0,0)	
5 filhos ou mais	8 (40,0)	0 (0,0)	1(33,3)	

Quanto à escolaridade, percebe-se, na Tabela 1, que a população de baixa ou nenhuma escolaridade prevalece, com 63,9% ( $p=0,379$ ), demonstrando que é um dado significativo para o estudo. Em relação à procedência, foi observado que 67,2% ( $p=0,510$ ) são oriundas de municípios do interior do Estado, não tendo correlação significativa com a pesquisa. No tocante à renda, 83,3% das mulheres têm renda familiar de até dois salários mínimos ( $p=0,333$ ). No que se refere à localização da moradia, 77,4% vivem na zona urbana, 43,1% são aposentadas e 86,6% professam a religião católica.

Diante do exposto, pode haver uma relação entre a baixa renda familiar, a baixa escolaridade, e o câncer de mama. Pois estes dois fatores dificultam o acesso às informações sobre prevenção e tratamento, reduzindo a procura aos serviços de saúde. A baixa renda, especificamente, limita ainda mais o acesso aos serviços de saúde e tratamento medicamentoso. Autores relatam que em mulheres analfabetas, o risco de mortalidade por câncer de mama é 7,40 vezes maior do que em mulheres com nível superior e para aquelas com o ensino fundamental incompleto, o risco é 3,76 vezes maior, pois a escolaridade elevada amplia a chance de a mulher ser submetida ao exame clínico das mamas, bem como realizar a mamografia<sup>8</sup>.

No que diz respeito à religiosidade ( $p=0,300$ ), trata-se de um traço cultural nordestino muito forte, principalmente entre as mulheres, o que pode auxiliar no processo de tratamento, pois pesquisas afirmam que o momento crítico representado pelo câncer aproxima as pacientes de Deus, auxiliando a aceitação da doença<sup>8</sup>.

A Tabela 2 refere-se aos dados clínicos dos prontuários e representa o cruzamento do grau da neoplasia com as variáveis: lado da mama, idade da menarca, idade da menopausa, realização do autoexame das mamas, etilismo, grau de parentesco com câncer, tipo de câncer na família, ano do diagnóstico e o tipo de cirurgia.

Tabela 2. Caracterização clínica das mulheres com diagnóstico de câncer de mama assistidas no hospital de referência da Paraíba no ano de 2010.

VARIÁVEL	N (%)	Grau		P
		I/II	III/IV	
<b>Lado da mama</b>				
Mama direita	27 (45,8)	3(50,0)	4(30,8)	0,419
Mama esquerda	31 (52,5)	3(50,0)	9(69,2)	
Ambas as mamas	1 (1,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	
<b>Idade da menarca</b>				
Menos de 12		1(25,0)	0 (0,0)	0,646
12 a 15 anos		2(50,0)	2(66,7)	
Mais de 15 anos		1(25,0)	1(33,3)	
<b>Idade da menopausa</b>				
40 a 45 anos	5 (27,8)	1(20,0)	2(40,0)	4,133
46 a 50 anos	8 (44,4)	4(80,0)	1(20,0)	
51 anos ou mais	5 (27,8)	0 (0,0)	2(40,0)	
<b>Realização do autoexame das mamas</b>				
Não	11 (73,3)	1(50,0)	3(60,0)	0,058
Sim	4 (26,7)	1(50,0)	2(40,0)	
<b>Etilista</b>				
Não	14 (21,9)	2(66,7)	6(66,7)	0,000
Sim	14 (21,9)	1(33,3)	3(33,3)	
<b>Grau de parentesco com câncer</b>				
Pais	6 (46,2)	1(100,0)	2(66,7)	0,444
Outros	7 (56,8)	0 (0,0)	1(33,3)	
<b>Tipo de câncer na família</b>				
Câncer de mama	7 (53,8)	0 (0,0)	1(33,3)	0,4444
outros	6 (46,2)	1(100,0)	2(66,7)	
<b>Ano em que foi diagnosticado o câncer de mama</b>				
Até 2008	10 (15,8)	0 (0,0)	3(23,1)	0,359
2009	14 (22,2)	1(20,0)	4(30,8)	
2010	39 (61,9)	4(80,0)	6(46,2)	
<b>Tipo de cirurgia</b>				
Mastectomia com esvaziamento	37 (68,5)	6(100,0)	8(61,5)	3,132
Mastectomia sem esvaziamento	10 (18,5)	0 (0,0)	3(23,1)	
Quadrantectomia	7 (13,0)	0 (0,0)	2(15,4)	

No que concerne ao estadiamento da neoplasia em estudo, percebe-se que há uma frequência maior nos diagnósticos de câncer de mama no Brasil, quando já atingiram os graus

III e IV, necessitando de intervenções cirúrgicas radicais, aumentando significativamente a morbidade e a piora da qualidade de vida<sup>8</sup>. Dados estes que corroboram com o estudo em tela, pois se este tipo de neoplasia for detectado precocemente, poderá ter indicação de intervenção cirúrgica conservadora, reduzindo assim o efeito negativo na autoimagem e na imagem corporal das mulheres afetadas pela enfermidade.

Percebe-se, na Tabela 2, que 69,2% dos casos com grau III ou IV ocorreram nas pessoas que apresentaram neoplasia na mama esquerda ( $p=0,419$ ). Sugere-se aqui uma investigação acerca da lateralidade da mão e a detecção do tumor por parte da idosa que, por não utilizar muito o lado esquerdo, pode não perceber a alteração mamária.

Ao relacionar o grau do câncer à idade em que ocorreu a menopausa ( $p=4,133$ ), foi observado que, em 44,4% dos prontuários, as idosas estavam na faixa entre 46 e 50 anos, e que em 80% desses, as idosas apresentaram neoplasia nos graus I e II. Possivelmente, o fato de a mulher menopausada desconsiderar a necessidade de cuidados clínicos na área da saúde da mulher, em função do fim do período reprodutivo, tenha sido um dos fatores que contribuiu para o elevado número de neoplasia mamária nessa faixa etária.

Apesar da pouca notificação da realização de autoexame das mamas nos prontuários investigados, foi observado que entre as idosas que não realizaram o autoexame das mamas, 60% apresentaram graus III e IV ( $p=0,058$ ). Esse resultado pode indicar a relação do autoexame das mamas com a detecção precoce do câncer mamário. Ressalta-se que o Ministério da Saúde incentiva o exame Papanicolau para mulheres entre 25 e 60 anos<sup>9, 10</sup> excluindo, assim, as idosas. Ao não ser incentivada ao exame preventivo do câncer de cólon de útero, a população idosa dificilmente o fará. Consequentemente, não realizará o exame clínico das mamas e nem será orientada para fazer a palpação das mesmas. De acordo com a política de alerta à saúde das mamas, a palpação das mamas tem se mostrado mais eficaz do que o autoexame das mamas, pois a maioria das mulheres com câncer de mama identifica o câncer por meio da palpação ocasional em comparação com o autoexame<sup>11</sup>.

Nesse sentido, deve-se fortalecer a política de alerta à saúde das mamas, que tem como propósito a educação da mulher e dos profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas de câncer de mama. Essa estratégia é fundamental para evitar a detecção do câncer de mama em fase avançada, pois o estadiamento em fase inicial possibilita terapias mais efetivas e menos agressivas<sup>11</sup>.

Falar de prevenção, detecção precoce de câncer de mama é algo assustador para as mulheres e que cerca de 80% dos tumores são descobertos pela própria mulher, palpando suas mamas, e quando a nodulação é detectada, ou outra alteração, o sentimento de medo torna-se

presente, tornando-a consciente de dois aspectos simultâneos, pode não ser nada grave ou significar um câncer<sup>12</sup>.

No tocante ao grau de parentesco com pessoas com câncer, percebe-se na Tabela 2 que 66,7% (p=0,444) das idosas do estudo, com pais acometidos por câncer, apresentaram grau III e IV. O tipo de câncer que prevaleceu entre os pais foi o de mama, com 33,3%. Este dado revela, que mesmo as idosas apresentando histórico de câncer de mama na família, não realizaram a prevenção desta neoplasia. Estudos apontam que o risco de uma mulher desenvolver câncer de mama, aumenta consideravelmente se sua mãe, irmã ou filha tiveram câncer de mama<sup>7,13</sup>.

É possível perceber que as idosas pesquisadas nesse estudo tiveram seus diagnósticos realizados tardiamente, prevalecendo com grau III e IV em 46,2% no ano de 2010. Sabe-se que o rastreamento dessa neoplasia em mulheres assintomáticas tem a capacidade de minimizar a incidência de morte pela doença em 25 a 30%, iniciando pelo exame clínico das mamas, autoexame das mamas e mamografia de rotina. À medida que a idade avança, a incidência da neoplasia mamária aumenta, especialmente após 60 anos<sup>13</sup>.

No que concerne ao tipo de cirurgia realizada após diagnóstico, percebemos a forte indicação da mastectomia com esvaziamento, sem esvaziamento e quadrantectomia. A Tabela 2 apresenta a mastectomia com esvaziamento em 61,5% dos casos com grau III e IV da doença, seguida de 23,1% com os mesmos graus na mastectomia sem esvaziamento (p=3,132). Este dado indica uma possível relação entre o diagnóstico tardio e a não realização do autoexame das mamas, e entre estes e a realização da mastectomia com esvaziamento, para a qual um dos fatores pode ter sido o grau de estadiamento da doença. Estudos apontam que a escolha do tratamento, depende de inúmeros fatores relacionados, como: idade, presença de menopausa, tamanho e localização do tumor, estágio da doença, estadiamento e tamanho da mama, entre outros<sup>13</sup>.

Tabela 3 Caracterização das mulheres com diagnóstico de câncer de mama assistidas no hospital de referência da Paraíba no ano de 2010, concernente ao diagnóstico e tratamento.

VARIÁVEL	N (%)	Grau		P
		I/II	III/IV	
<b>Forma de diagnóstico</b>				
Clínico	48 (75,0)	4(66,7)	9(69,2)	0,012
Anatomopatológico	54 (84,4)	6(100,0)	11(84,6)	1,032
Mamografia	14 (21,9)	1(16,7)	3(23,1)	0,101
Ultrassonografia	15 (23,4)	0 (0,0)	3(23,1)	1,644
Ressonância magnética	1 (1,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	---
<b>Forma de tratamento</b>				

Cirurgia	56 (87,5)	5(83,3)	13(100,0)	2,287
Quimioterapia	44 (68,8)	6(100,)	11(84,6)	1,032
Hormônioterapia	27 (42,2)	3(50,0)	7(53,8)	0,024
Radioterapia	30 (46,9))	5(83,3)	10(76,9)	0,101

A Tabela 3 apresenta os exames que foram realizados para diagnosticar o câncer de mama nas mulheres do estudo. Percebe-se que o exame anatomopatológico predominou em 84,6%, seguido do exame clínico das mamas em 69,2%, mamografia em 23,1% e ultrassonografia em 23,1%, nos graus III e IV. Nos graus I e II predominou também o exame anatomopatológico 100 %, seguido do exame clínico das mamas (ECM) em 66,7% e mamografia com 16,7%. É válido destacar que o exame anatomopatológico pode ser realizado através de punção com agulha fina, biópsia com agulha, punção-biópsia convencional e/ou punção-biópsia por mamotomia<sup>13</sup>. Entretanto é válido salientar com estes dados, a importância do exame clínico das mamas, como método de rastreamento para o câncer de mama, uma vez que representou a segunda forma de diagnóstico para detecção desta neoplasia, neste estudo. Isto vem corroborar com estudos que demonstraram que a proporção de detecção de câncer de mama em casos suspeitos, na atenção primária, através do ECM é de cerca de 10%, sendo muitas vezes maior do que o número de detecções por mamografia<sup>14</sup>.

O ECM tem o propósito de realizar o diagnóstico diferencial entre alterações suspeitas de câncer e alterações benignas, a sua realização é uma oportunidade para o profissional de saúde informar a população feminina sobre o câncer da mama, sinais de alerta, fatores de risco, detecção precoce e a composição e variabilidade da mama normal<sup>11</sup>.

A forma de tratamento, depois de diagnosticado o câncer de mama, predominante na maioria foi a cirurgia, tanto nos graus I e II com 83,3%, como nos graus III e IV, com 100,0%, seguido da quimioterapia em 84,6%, radioterapia em 76,9% e hormônioterapia em 53,8% (p=0,024), nos graus III e IV, com as mesmas colocações nos graus I e II.

Possivelmente a cirurgia foi o tratamento de escolha, devido ao grau que o tumor se encontrava, pois consiste na remoção ou destruição do tumor com posterior realização da radioterapia. A quimioterapia e hormônioterapia consistem no tratamento sistêmico, sendo utilizadas para destruir ou controlar o câncer ao longo do corpo<sup>13</sup>.

Estudos têm demonstrado que o tratamento cirúrgico tem como objetivo controlar a doença, estadiar cirurgicamente para estabelecer os grupos de alto risco para recorrência local, orientar a terapia sistêmica, proporcionar maior sobrevida, identificar grupos de maior risco de metástase à distância e sempre que possível, evitar mutilação e oferecer à paciente o benefício da reconstrução mamária<sup>14</sup>.

Entretanto, diante do exposto, é notório, a representação do câncer de mama, expressa uma visão assustadora e temerosa, identificada pelas mulheres, demonstrando o temor que ele resignifica em suas vidas, pois o medo do desconhecido, do adoecer, do morrer, torna-se ameaçador, originando, assim reações emocionais que provocarão mudanças no âmbito biológico, mental e social<sup>15</sup>.

## **CONCLUSÃO**

Este estudo, sobre o perfil das idosas com câncer de mama atendidas em serviço de referência no Estado da Paraíba, demonstrou que as idosas pesquisadas não foram orientadas a buscar a prevenção e detecção precoce do câncer de mama, pois, de acordo com os prontuários examinados, a maioria das mulheres foi submetida a mastectomia radical.

É necessária a implementação imediata da Política de Alerta à Saúde das Mamas, do Ministério da Saúde, nos serviços de atenção primária à saúde, capacitando os profissionais de saúde para que os mesmos consigam disseminar a ideia da importância da detecção precoce do câncer de mama entre as mulheres de todas as idades; incentivar a palpação das mamas; orientar para que as mesmas realizem visitas rotineiras aos serviços de saúde, com o objetivo de realizar o exame clínico das mamas e quando necessário os exames complementares como a mamografia.

## **REFERÊNCIAS**

1. Organização Pan Americana de Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidades: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: OMS, 2003.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento - Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010a.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle de Tabagismo - CONTAPP. Falando Sobre Câncer e Seus Fatores de Risco. Rio de Janeiro, 1996.
4. Bochichi R. Câncer de mama ainda é o mais lento entre as mulheres. São Paulo. Disponível em: URL: <http://www.estado.com.br/edição/mulher/saúde/mama.html>. 06 jun. 2000.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2010b.
6. Freitas Junior R, Freitas NMA, Paulinelli RR, Sousa ARM, Ferro JE, Silva MAC, Curado MP. Câncer de mama na terceira idade: tratamentos personalizados. Rev. da UFG –Tema melhor idade 2003 dez; 5(2): 1-5.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Conhecendo o Viva Mulher; Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. Rio de Janeiro: 2000.

8. Leite FMC, Bubach S, Amorim MHC, Castro DS, Primo CC. Mulheres com diagnóstico de câncer de mama em tratamento com tamoxifeno: perfil sociodemográfico e clínico. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2011;157(1): 15-21.
9. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Plano de Ação Para o Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama 2005 – 2007: Diretrizes Estratégicas. Brasília: 2005.
10. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle do Câncer de Colo de Útero e da Mama. Brasília: 20p, 2006a. (Caderno de Atenção Básica n.13; Série A, Normas e Manuais Técnicos).
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- 12 Beckjord E, Campas BE. Sexual quality of life in women with newly diagnosed breast cancer. *J PsychosocOncol* [Internet]. 2007 [cited 2012 Jan 28];25(2):19-36. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17613483>.
13. Frasson A, Zerwes F, Barbosa F, Novita G, Vollbrecht B. Câncer de mama. In: Schwanke CHA, Schneider RH. *Atualizações em geriatria e gerontologia : da pesquisa básica à prática clínica*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2008. Cap.10.
14. Harcourt, D.; Rumsey, N. Evaluation of a one-stop breast lump clinic: a randomized controlled trial. **The Breast**, [s.l.], v. 7, n. 6, p. 314-319, 1998.
15. Silva MB, Miranda FAN, Pessoa Júnior JM. Sentimentos e expectativas de mulheres com diagnóstico de câncer de mama: uma reflexão. *Rev. Enfermagem UFPE online*. 2012 Fev. 6(2):339-45. Disponível em: [www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../6773](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../6773)

AGRADECIMENTOS: A Enfermeira Rosana Salazar Borel, pela participação na coleta de dados da pesquisa intitulada: **Perfil das Idosas COM CÂNCER DE MAMA ATENDIDAS EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA NA PARAÍBA.**

#### CONTRIBUIÇÃO

*Na concepção e planejamento do projeto de pesquisa*, participaram Fernanda Maria Chianca da Silva, Gildeci Alves de Lira, Zilda Maria Coelho Montenegro e Jéssica Aparecida Rolim Pontes.

*Na metodologia, análise e interpretação dos dados*, participaram Fernanda Maria Chianca da Silva, Gildeci Alves de Lira, Zilda Maria Coelho Montenegro, Irênio Gomes Filho, Geraldo Attilio De Carli e Antonio Luiz Frasson

*Na redação e revisão crítica da pesquisa* participaram Fernanda Maria Chianca da Silva, Gildeci Alves de Lira, Zilda Maria Coelho Montenegro, Irênio Gomes Filho, Geraldo Attilio De Carli e Antonio Luiz Frasson

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a declarar

### COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DO ARTIGO

**De:** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia <revistabgg@gmail.com>

**Para:** Fernanda Chianca <fernandamchianca@yahoo.com.br>

**Enviadas:** Quarta-feira, 12 de Março de 2014 12:59

**Assunto:** Re: ARTIGO ENVIADO

### Fernanda Maria Chianca da Silva

Prezado Autor

Acusamos o recebimento do artigo "**PERFIL DE IDOSAS COM CÂNCER DE MAMA ATENDIDAS EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA NA PARAÍBA**", registrado sob o nº 14-046. Temos satisfação por seu interesse em publicar na Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, e informamos que a avaliação de artigos para publicação obedece às seguintes etapas:

#### 1ª Etapa – avaliação preliminar

(a) A avaliação preliminar visa considerar os objetivos editoriais, os aspectos formais do texto, bem como sua potencial contribuição ao campo da Geriatria e Gerontologia, pré-requisitos para seu encaminhamento às etapas seguintes;

#### 2ª Etapa – avaliação por pares

(b) Avaliação do mérito por meio de procedimentos de revisão externa por pares (*peerreview*);

#### 3ª Etapa – parecer final de avaliação

(c) Envio ao autor do Parecer Técnico de Avaliação. O anonimato do autor/consultor é garantido em todo o processo de avaliação.

O artigo enviado será encaminhado para avaliação preliminar. Retomaremos o contato após a conclusão do relatório técnico de avaliação.

Cordialmente,

Arturo Vilchez.

---

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
UnATI / CRDE / UERJ  
Rua São Francisco Xavier, 524 – 10º andar, bloco F  
20559-900 – Rio de Janeiro, RJ  
E-mails: [crderbgg@uerj.br](mailto:crderbgg@uerj.br) e [revistabgg@gmail.com](mailto:revistabgg@gmail.com)

Web: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=1809-9823&lng=es&nrm=1](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1809-9823&lng=es&nrm=1)

## Capítulo do livro encaminhado

### CÂNCER DE MAMA: prevenção e controle em idosas

<sup>1</sup>Fernanda Maria Chianca da Silva;<sup>2</sup>Simone Helena Oliveira dos Santos;<sup>3</sup>Betina Vollbrecht;

<sup>4</sup>Antonio Luiz Frasson

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestre, Docente da Escola Técnica de Saúde da UFPB, Doutoranda do Curso de Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS);

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Promoção da Saúde pela Universidade Federal do Ceará, Docente da Escola Técnica de Saúde da UFPB, Coorientadora.

<sup>3</sup>Médica. Mastologista, Doutoranda do Curso de Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

<sup>4</sup>Médico. Pós-Doutor pelo Instituto Europeodi Oncologia. Docente da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre (RS), Brasil. Orientador.

O aumento da expectativa de vida, embora se traduza em conquistas e avanços sociais, reflete preocupações há anos anunciadas por demógrafos, economistas, sociólogos, biólogos e gerontólogos, em face dos problemas de adaptação que a sociedade terá que enfrentar em função do aumento do contingente de pessoas idosas, como exemplo as doenças crônico-degenerativas, com índice de mortalidade em declínio e de morbidade cada vez maior (SCHWANKE, et al, 2009).

No tocante a feminização da velhice, particularmente no Brasil, percebe-se que as mulheres apresentam uma maior expectativa de vida, associada a fatores como: menor consumo de álcool e de tabaco; maior cuidado com a saúde; acúmulo de saberes e práticas de saúde vivenciadas nas suas experiências do cuidar, que facilitam a identificação precoce da sintomatologia de várias doenças, o que faz com que as mulheres representem a maior demanda dos serviços de saúde em diversas áreas (CARVALHO, et al, 2009).

A chegada da terceira idade exerce impacto sobre o sistema de saúde, visto que os idosos estão mais propensos a apresentar doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, obesidade, câncer e enfermidades respiratórias, representando cerca de 57 milhões de mortes por ano e 46% do total de doenças (BRASIL, 2005).

No concernente ao câncer, este tem despertado grande preocupação, pois há números elevados de pessoas idosas acometidas por diferentes tipos de neoplasias malignas. Entre as mulheres, estudos apontam que o câncer de mama está talvez dentre os tumores malignos mais

frequentes, causando receio pela sua incidência e, principalmente, pelas mudanças psicológicas significativas, que podem alterar a imagem corporal e a sexualidade feminina (HANSEN, 2008).

Este tipo de câncer pode surgir em qualquer idade, porém observa-se que a ocorrência aumenta proporcionalmente com o avançar da idade, sendo que a faixa etária dos 60 aos 70 anos apresenta índice elevado (HANSEN, 2008; FELIX, et al, 2011). Diante disso e com o aumento da expectativa de vida da população brasileira, cresceu o número de mulheres idosas predispostas a ter câncer de mama, especialmente nos países de baixa e média renda (SCHWANKE, et al, 2009; HANSEN, et al, 2009; SILVA, HORTALE, 2012).

### **Epidemiologia do Câncer de Mama**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta um elevado índice de morte por neoplasia, influenciada em parte pelo crescimento demográfico e envelhecimento da população mundial. A previsão é que ocorra uma evolução no número de casos novos e óbitos até 2025, salientando que no ano de 2012, mais da metade de todos os casos de câncer (56,8%) e dos óbitos (64,9%) foram registrados nas regiões menos desenvolvidas do mundo, sendo assim, evidenciando-se necessário o estabelecimento de estratégias de gestão e trabalhos voltados à prevenção (BRASIL, 2005; MELLO, 2013; OMS, 2013<sub>a</sub>).

O Centro Internacional de Pesquisa sobre o Câncer, agência especializada da OMS, com sede em Lyon, na França, apresentou dados sobre 28 tipos de câncer em mais de 180 países, e detectou um aumento significativo de 11% no número de novos casos de câncer de 2008 para 2012 e o número de óbitos pela enfermidade também elevou em 8%, significando um aumento de 14,1 milhões de casos novos de câncer no mundo, com 8,2 milhões de mortes (OMS, 2013<sub>a</sub>; OMS, 2013<sub>b</sub>).

Os tipos de cânceres diagnosticados com maior frequência mundialmente são os de pulmão (1,8 milhão, 13% do total), de mama (1,7 milhão, 11,9% do total) e de cólon (1,4 milhão, 9,7% do total). O câncer de pulmão é o que causa mais mortes (1,6 milhão, 19,4% do total), seguido do de fígado (800.000, 9,1% do total) e de estômago (700.000, 8,8% do total) (OMS, 2013<sub>a</sub>; OMS, 2013<sub>b</sub>).

No tocante ao câncer de mama, apesar das estratégias de ação em saúde serem implantadas, esta continua sendo a primeira causa de morte por neoplasia em mulheres no Brasil. A OMS afirma que este tipo de câncer aumentou em 20% desde 2008 e a mortalidade

creceu em 14% e que anualmente são diagnosticados 1,7 milhão de casos de câncer mamário nas mulheres (OMS, 2013<sub>b</sub>).

No ano de 2013, a estatística para o câncer de mama no Brasil revelou a ocorrência e 52.680 novos casos, com risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2013<sub>a</sub>). Para 2014, o Instituto Nacional do Câncer estima a ocorrência de 580 mil novos casos de câncer, sendo esperados 57 mil novos casos de câncer de mama (BRASIL, 2013<sub>b</sub>).

A idade é o principal fator de risco para essa neoplasia, já que após os 50 anos o número de casos tende a aumentar, havendo relação com o processo de urbanização da sociedade e evidenciando também maior risco de adoecimento na mulheres com elevado nível socioeconômico e em países em desenvolvimento (BRASIL, 2013<sub>b</sub>).

Apesar dos avanços tecnológicos para o tratamento de câncer, mulheres em faixa etária mais avançada são frequentemente excluídas de estudos clínicos e poucos dados prospectivos são analisados em relação ao câncer de mama nesta população (HANSEN, et al, 2009).

Estudos apontam a importância de pesquisas com mulheres idosas na prevenção do câncer de mama, sejam para propor reflexões acerca da prevenção do câncer de mama, para analisar a incidência do câncer de mama ou para investigar conhecimentos, práticas e fatores associados ao autoexame das mamas. Todavia, pesquisa realizada em um Centro de Saúde Escola na cidade de Belém, evidenciou-se que das 505 mulheres entrevistadas, a maioria entre 60 e 69 anos não realiza o autoexame das mamas devido ao desconhecimento da técnica (MONTEIRO, et al, 2003; CARVALHO, 2009; PERREIRA, et al 2009).

Na mesma linha de pesquisa, na Paraíba, no município de João Pessoa, através do projeto de extensão “Prevenindo o câncer de mama e de colo uterino em Unidade de Saúde da Família”, foi realizada pesquisa que investigou a vivência de mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde na realização do autoexame das mamas, concluindo-se haver dúvidas quanto à correta execução do autoexame, bem como a não realização do mesmo por parte de algumas mulheres (BATISTA, et al, 2005).

Pela sua magnitude, o carcinoma mamário tem se constituído uma preocupação mundial também pelas cifras que vem demandando para o custeio do tratamento nos países desenvolvidos e subdesenvolvidos.

O câncer não conhece fronteiras, devendo todos assumirem a responsabilidade para enfrentar essa doença, já que segundo estimativas do INCA, um terço de 8 milhões de mortes

mundialmente causadas pelo câncer poderia ser evitada com prevenção, detecção precoce e acesso aos tratamentos existentes (BRASIL, 2013<sub>b</sub>).

### **Diagnóstico precoce do câncer de mama em mulheres idosas**

Apesar de todos os avanços que vêm ocorrendo no diagnóstico cada vez mais precoce nos casos de câncer de mama, as mulheres com mais de 70 anos ainda apresentam com maior frequência diagnóstico tardio, quando comparadas com as mais jovens. Em parte, este fato pode ser explicado pelo maior intervalo decorrido desde que o nódulo é notado pela mulher até sua ida a um serviço especializado. A demora na procura pelos serviços de saúde tem determinado, em muitos casos, a detecção tardia dos tumores e ocorrência frequente de metástase (BOCHICHI, 2000; FREITAS JUNIOR, et al, 2003).

Embora constatados novos tratamentos direcionados para a cura do câncer mamário, as terapias de escolha geralmente ainda são cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia. As mastectomias trazem repercussões físicas e psicossociais importantes pelo trauma cirúrgico e, conseqüentemente, pela mutilação. O impacto visual pós-cirurgia, a expectativa de vida, o perfil da personalidade e autoimagem prejudicada constituem-se possíveis repercussões desta cirurgia (HENRIQUES, SANTOS, SILVA, 2001).

Diante da magnitude da problemática do câncer de mama, vários programas têm sido propostos pelo Ministério da Saúde com o objetivo de reduzir a sua incidência, a exemplo do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama (PNCCCUM), este último, “Viva Mulher”, já implantado em todo território nacional.

Embora ações de cunho preventivo, venham recebendo atenção especial pelos órgãos governamentais e não governamentais, ajustes e melhorias ainda são requeridas e, no que concerne as ações voltadas para minimizar os efeitos decorrentes do tratamento de câncer de mama, muito ainda necessita ser realizado.

Pesquisas apontam lacunas na integralidade da assistência à mulher idosa tanto no tocante a prevenção e detecção do câncer de mama, bem como nas necessidades advindas do tratamento, apesar do PAISM preconizar o atendimento holístico a mulher no seu ciclo vital (CARVALHO, et al, 2009).

Não se pode esquecer que as mulheres idosas são pessoas com vivências e experiências de vida, com trajetória de cuidados, estes resultantes da inserção social, política, cultural e de gênero (CARVALHO, et al, 2009). Enquanto atores sociais da sua própria história e em virtude do processo de envelhecimento necessitam de um olhar atento e diferenciado no atendimento às suas necessidades particulares de saúde.

Percebemos que o Programa Nacional de Saúde do Idoso está implantado, mas as diretrizes que norteiam esta política, como a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos especializados, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas, necessitam de fortalecimento (BRASIL, 2012<sub>a</sub>).

Verificamos em nosso cotidiano profissional que, quando detectadas alterações mamárias em idosas, estas são encaminhadas à serviços de referência e após o encaminhamento, a definição e implementação da abordagem terapêutica, parece haver uma descontinuidade ou um inadequado atendimento por parte das Equipes Saúde da Família, no que se refere, particularmente, à identificação e abordagem aos efeitos decorrentes do tratamento, com os quais as mulheres idosas convivem e para os quais devem desenvolver mecanismos de enfrentamento.

Evidências empíricas como esta, bem como outras decorrentes de pesquisas, somada ao envelhecimento populacional e, particularmente, feminino que implicará em possível aumento dessa demanda nos serviços de saúde, ratificam a premente necessidade de se pensar a saúde com um novo olhar, a prevenção de doenças crônicas, especialmente do câncer de mama em mulheres idosas.

### **Estratégias para prevenção, detecção e controle do câncer de mama em idosas**

A prevenção primária do câncer de mama está relacionada ao controle dos fatores de risco reconhecidos, relacionados ao estilo de vida, como: obesidade, pós-menopausa, sedentarismo, consumo excessivo de álcool, terapia hormonal, entre outros (BRASIL, 2011).

Na prevenção secundária preconiza-se a detecção precoce, através do autoexame, do exame clínico das mamas, da mamografia, onde a ação estratégica, através do rastreamento,

busca o diagnóstico precoce, ou abordagem de mulheres com sinais e/ou sintomas do câncer de mama, pois como já mencionado, este tipo de câncer quando identificado em estágios iniciais, com lesões menores de dois centímetros de diâmetro, apresenta prognóstico favorável a cura (BRASIL, 2011).

Para se alcançar o diagnóstico precoce desse tipo de neoplasia, se faz necessário que a mulher seja bem informada e atenta às possíveis alterações nas mamas, em especial a idosa, pois já há um comprometimento fisiológico do seu corpo, da sua motricidade e sensibilidade.

Em 1950, nos Estados Unidos, o autoexame das mamas surgiu como estratégia para diminuir o diagnóstico de tumores em fase avançada, porém ao final da década de 1990, ensaios clínicos apontaram que apenas o autoexame não reduzia significativamente a mortalidade por câncer de mama, possivelmente, pelo motivo da mulher ser orientada a examinar suas mamas apenas uma vez ao mês, sendo assim, diversos países passaram a adotar a estratégia de *breast awareness*, que significa estar alerta para a saúde das mamas (BRASIL, 2011).

A orientação oriunda dessa estratégia é que a mulher realize a autopalpação das mamas sempre que se sentir confortável para tal (seja no banho, no momento da troca de roupa ou em outra situação do cotidiano), sem qualquer recomendação de técnica específica, valorizando-se a descoberta casual de pequenas alterações mamárias (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013c).

Todavia, apesar dessa orientação, o autoexame das mamas é uma ferramenta importante também para detecção precoce do câncer de mama, desde que não seja a única forma de tentar controlar e combater essa neoplasia, podendo-se contar ainda com o exame clínico das mamas, e a mamografia, como mencionado anteriormente.

Estudos apontam três componentes como medidas para detecção precoce do câncer de mama, onde **autoexame das mamas**, apesar de haver uma adesão a palpação das mamas sem estabelecer período, deve ser realizado por mulheres de qualquer faixa etária, mensalmente, no período pós-menstrual e para as mulheres que não menstruam mais, deve-se orientar a realização do exame uma vez ao mês, em dia escolhido pela mulher. Toda a equipe de saúde deve estar atenta para as oportunidades de orientação quanto a realização periódica do autoexame pelas usuárias (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011).

O **exame clínico das mamas** deve ser realizado pelo menos uma vez por ano pelo profissional de saúde, principalmente em mulheres com mais de 35 anos de idade. Frequentemente o exame é realizado pela enfermeira. Adicionalmente, a **mamografia** é indicada para rastreamento ou para diagnóstico de lesões suspeitas.(BRASIL, 2004; BRASIL, 2011).

A rotina de rastreamento preconizada pelo Ministério da Saúde, em articulação com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), recomenda a realização anual do Exame Clínico das Mamas (ECM) e a mamografia a cada dois anos, para as mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos. A mamografia nesta faixa etária, de periodicidade bienal, é a rotina adotada na maioria dos países que implantaram rastreamento organizado do câncer de mama e baseia-se na evidência científica do benefício desta estratégia na redução da mortalidade neste grupo, pois de acordo o impacto do rastreamento mamográfico na redução da mortalidade por câncer de mama pode chegar a 25% (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012<sub>b</sub>).

Para as mulheres de 40 a 49 anos, a recomendação é o exame clínico anual e a mamografia diagnóstica em caso de resultado alterado. Segundo a OMS, a inclusão desse grupo no rastreamento mamográfico tem hoje limitada evidência de redução da mortalidade. Uma das razões é a menor sensibilidade do exame de mamografia em mulheres na pré-menopausa pela maior densidade mamária (BRASIL, 2011). Todavia, a Sociedade Brasileira de Mastologia, reitera a recomendação de indicar a mamografia anual a partir dos 40 anos (BRASIL, 2012; AGUILLAR, 2012).

O Instituto Nacional de Câncer recomenda, para além desses grupos, o rastreamento de mulheres com risco elevado de câncer de mama, cuja rotina de exames deve se iniciar aos 35 anos, com exame clínico das mamas e mamografia anuais (BRASIL, 2011).

Ressalte-se que o risco elevado de câncer de mama inclui: história familiar de câncer de mama em parente de primeiro grau antes dos 50 anos ou de câncer bilateral ou de ovário em qualquer idade, história familiar de câncer de mama masculino e diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*(BRASIL, 2011).

Ainda reportando-se ao autoexame das mamas, esta é uma técnica de detecção precoce indolor, sem custo e de fácil realização, que pode detectar tumores na fase 1 da progressão da doença, com 1,5 cm de diâmetro. A detecção nessa fase torna o tratamento mais eficiente,

uma vez que, a invasão dos linfonodos axilares está diretamente relacionada com o tamanho tumoral (BRASIL, 2011; BARBOSA, 2007).

Pesquisas vêm corroborar com o pressuposto que campanhas educativas, que abordam a prevenção do câncer de mama, necessitam ser destinadas e adaptadas à realidade da população feminina de baixa renda e de baixo nível de escolaridade. Assim, o baixo nível de informação sobre os métodos utilizados para o rastreamento do câncer de mama, faz com que as mulheres procurem assistência em estágio avançado da doença, quando o tratamento acessível torna-se mais agressivo com prognóstico não favorável e de alto custo (AVETAR, SILVA, 2000; GODINHO, KOCH, 2005).

Uma linha de pesquisa que vêm crescendo nos últimos 30 anos, está relacionada à crítica do autoexame das mamas (AEM), exame clínico da mamas (ECM) e mamografia (MMG), já que estes apresentam resultados contraditórios quando se leva em consideração a redução nas taxas de mortalidade. O trabalho mais influente, dentre os mais de 30 estudos não-randomizados foi o realizado em Shangai. Apesar dos trabalhos não apresentarem uma conclusão definitiva, uma vez que as análises estatísticas mostram que a taxa de mortalidade entre os dois grupos estudados, mulheres que praticam o AEM periodicamente e o grupo-controle, apresentam resultados não significativos. O que justificou as diretrizes da OMS, uma vez que, para esta instituição, um procedimento, para ser considerado como método de rastreamento, tem que necessariamente levar a uma redução da mortalidade. Mas a argumentação proposta no estudo de Barbosa é a de que os benefícios clínicos do AEM residem no fato de que a detecção precoce leva a uma melhora da sobrevida das pacientes (BARBOSA, 2007).

Como é sabido o autoexame das mamas é uma das ferramentas importantes na detecção precoce para o câncer de mama. Estudo realizado com 663 mulheres apontou que apenas 7,4% da amostra apresentou conhecimento e prática adequada quanto a realização do autoexame, sendo o esquecimento desta prática a principal barreira para sua não realização em 58,1% das mulheres do estudo (MARINHO, et al, 2003).

Em outro estudo realizado com 505 mulheres atendidas em um Centro de Saúde Escola, no estado do Pará, apenas 21,8% das mulheres realizavam o AEM mensalmente e o motivo principal da não realização foi o desconhecimento da técnica, pois estudos apontam que a sobrevida tem sido de 75% entre as mulheres praticantes do AEM contra 57% entre as não praticantes com diagnóstico de câncer de mama (LUDWICK, 1988).

Estes dados corroboram com pesquisas realizadas com idosas com câncer de mama, onde revelaram que 70% das mulheres do estudo não realizaram o autoexame das mamas, seguido de 80% como fator mais prevalente o diagnóstico tardio. Entretanto o objetivo fundamental do autoexame das mamas é fazer com que a mulher conheça melhor suas mamas, o que facilita a percepção de quaisquer alterações tais como pequenos nódulos nas mamas e axilas, saída de secreção mamilar, mudança na cor da pele, retrações, entre outras, promovendo o diagnóstico precoce, com grandes perspectivas de cura (FILIPAK, RODRIGUES, BACK, 2003; PEREIRA, et al, 2009).

Com o intuito de garantir o compromisso prioritário estabelecido na Portaria MS/GM nº 1.473, foi lançado, em 2011, o Plano de Fortalecimento das Ações para Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, que tem entre seus objetivos reduzir a incidência e a mortalidade desses cânceres (BRASIL, 2013<sub>c</sub>).

No que se refere ao câncer de mama, o plano tem como eixos, a garantia do acesso das mulheres com lesões palpáveis ao imediato esclarecimento diagnóstico e tratamento (diagnóstico precoce e política de alerta), a ampliação do acesso à mamografia de rastreamento para mulheres de 50 a 69 anos e a expansão da rede de assistência oncológica (BRASIL, 2013<sub>c</sub>).

Em nível internacional, promover a consciência feminina sobre a detecção precoce desse câncer tem sido conhecido como “*breast awareness*”. Espera-se que a mulher tenha informações adequadas para reconhecer o que é normal em suas mamas, observar e palpá-las habitualmente no cotidiano e conhecer as alterações suspeitas, procurando imediatamente o serviço de saúde em caso de alterações suspeitas (BRASIL, 2012<sub>b</sub>).

No tocante a mulher idosa, os mecanismos utilizados devem favorecer suporte não apenas para a mulher frente à prevenção e detecção precoce do câncer de mama, mas também voltar-se aos familiares, que geralmente são os cuidadores dessas mulheres.

### **Considerações finais**

Dentre as recomendações estabelecidas pelos diversos órgãos, o acesso às informações para as mulheres é de fundamental importância, uma vez que permite o conhecimento sobre a

realização do autoexame das mamas, exame clínico das mamas e a mamografia, bem como sobre os métodos de tratamento.

Ante as necessidade peculiares ao idoso, coloca-se pois, a questão de pensar o envelhecimento ao longo da vida numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia, através do estímulo a prática de atividade física moderada e regular, alimentação saudável, não fumar, consumo moderado de álcool, promoção dos fatores de segurança e manutenção da participação social, como aspectos indissociáveis. Do mesmo modo, importa reduzir as incapacidades, numa atitude de recuperação global precoce e adequada às necessidades individuais e familiares, envolvendo a comunidade com responsabilidades partilhadas, potencializando os recursos existentes e dinamizando ações cada vez mais próximas dos cidadãos (OLIVEIRA, ARAÚJO, MOREIRA, 2003).

Ênfase deve ser dada à prevenção, que se constitui uma das melhores ferramentas no combate, controle e minimização do câncer de mama e repercute reflexões, pois a partir de discussão e da contextualização do fenômeno, constrói-se um marco temático crítico e reflexivo que poderá servir de subsídio para melhorar a assistência e estimular futuras investigações acerca da prevenção e detecção precoce do câncer de mama.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.

01. AGUILLAR, V. L. N. Rastreamento mamográfico em mulheres com idade entre 40 e 49 anos. **Sociedade Brasileira de Mastologia**. 2012 Disponível em <<http://www.sbmastologia.com.br/artigo/rastreamento-mamografico-em-mulheres-com-id....>> Acesso em: 20 jan. 2014.
02. AVELAT, J. T. C.; SILVA, H. M. S. **Câncer de mama: orientações práticas para a paciente e a família**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
03. BARBOSA, S.D. **Conhecimento, atitude e prática frente aos métodos de rastreamento do câncer de mama**. Belo Horizonte: UFMG, 2007. 59 p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais Belo Horizonte, 2007.
04. BATISTA, P. S. S. et al. Autoexame das mamas: vivência de mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde. **Revista Nursing**. São Paulo, v. 91, n. 8, p. 583-587, dez. 2005.
05. BOCHICHI, R. **Câncer de mama ainda é o mais lento entre as mulheres**. São Paulo, 2000. Disponível em: <<http://www.estado.com.br/edição/mulher/saúde/mama.html>>. Acesso em: 30 set. 2011.

06. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Básicas de Prevenção de câncer de mama na rede de atenção primária à saúde de Campinas. **Documento de Consenso para controle do câncer de mama**. Campinas, São Paulo, 2004.
07. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Organização Mundial de Saúde. **Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.
08. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama. **Revista ampliada do Programa Viva Mulher**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.
09. BRASIL. **Portaria 1395/GM – Política de Saúde do Idoso**. Brasília, DF, 2012<sub>a</sub>.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil-Balanco**. Rio de Janeiro: INCA, 2012<sub>b</sub>.
11. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Outubro Rosa: INCA e sociedade unidos pelo controle de câncer de mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2013<sub>a</sub>.
12. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2014 – incidência de câncer no Brasil**. 2013<sub>b</sub>. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 20 jan. 2014.
13. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo de útero e da mama**. 2.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013<sub>c</sub>. n. 13.
14. CARVALHO, C.M.R.G. et al. Prevenção de câncer de mama em mulheres idosas: uma revisão. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 62, n. 4, p. 579-582, jul./ago. 2009. Disponível em: <<http://www.artigos de mama tese, dissertação e artigos/Revista Brasileira de Enfermagem>>. Acesso em: 25 jun. 2012.
15. FELIX, J. D. et al. Tendência da mortalidade por câncer de mama em mulheres no estado do Espírito Santo, no período de 1980 a 2007. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, p. 159-166, 2011.
16. FILIPAK, R.M.A.; RODRIGUES, M.B.; BACK, R.V.W. **Câncer de mama: diagnóstico precoce**. Femina, 2003.
17. FREITAS JUNIOR, R. et al. Câncer de mama na terceira idade: tratamentos personalizados. **Revista da UFG – Tema melhor idade**. Góias, ano 5, n. 2, p. 1 – 5, dez. 2003.
18. GODINHO, E. R.; KOCH, H. A. Fontes utilizadas pelas mulheres para a aquisição de conhecimentos sobre o câncer de mama. **Revista Brasileira de Radiologia**. São Paulo, v. 38, n. 3, p. 169-173, maio/jun. 2005.
19. HANSEN, D. **Qualidade de vida de idosa após o tratamento cirúrgico de câncer de mama**. Porto Alegre: PUCRS, 2008. 63p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande, 2008.
20. HANSEN D. et al. **Câncer de mama em mulheres idosas**. In: SCHWANKE, C. H. A. et al. Atualização em geriatria e gerontologia II: abordagens multidimensional e interdisciplinares. Porto Alegre: EDIP, 2009. p. 47-54.
21. HENRIQUES, M. E. R. M., SANTOS I. B. C., SILVA, F. M. C. Fatores de risco para câncer de mama em mulheres mastectomizadas. **Revista Nursing**. São Paulo, v. 4, n. 36, p. 24-29, maio. 2001

22. LUDWICK, R. Breast examination in the older adult. **CancerNurs**.v. 11, p. 99-102,1988.
23. MARINHO, L. A. B. et al. Conhecimento, atitude e prática do autoexame das mamas em centro de saúde. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 37, n. 5, p. 576 – 582. 2003.
24. MELLO V. **No caminho certo para vencer o câncer: pesquisas desenvolvidas na universidade buscam tratamentos para diferentes tipos de tumores**. PUCRS informações,Porto Alegre, v. 15, n. 35, p. 6-11, 2013.
25. MONTEIRO, A. P. S. et al. Autoexame das mamas: frequência do conhecimento, prática e fatores associados. **Revista Brasileira de Ginecologia**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 25, p. 201-205,2003.
26. OLIVEIRA, T. C.; ARAÚJO, T. L.; MOREIRA, T. M. M. Avaliação de fatores de risco para alterações cardiovasculares e de alterações oculares em grupo de idosos. **Revista Nursing**. São Paulo, v. 56, n. 6, p. 15-21, jan. 2003.
27. **OMS alerta para aumento no número de casos de câncer no mundo**.2013<sub>a</sub>. Disponível em: <<http://info.abril.com.br/noticias/ciencia/2013/12/oms-alerta-para-aumento-no-numero-d...>>. Acesso em: 20 jan. 2014.
- 28**OMS alerta para o aumento dos casos de câncer**. 2013<sub>b</sub>. Disponível em: <<http://blogdocancer.com.br/oms-alerta-para-aumento-dos-casos-de-cancer>>. Acesso em: 21 jan. 2014.
29. PEREIRA, A. L. S. F. et al. A incidência de câncer de mama em mulheres na terceira idade em um hospital público de São Luís /MA. **Revista de Investigação Biomédica do Uniceuma**.Maranhão,n. 1, p. 73-82,2009.
30. SCHWANKE, C.H.A. et al. **Atualização em geriatria e gerontologia II**: abordagens multidimensional e interdisciplinares. Porto Alegre: EDIP, 2009.134p.
31. SILVA, R. C. F. S.; HORTALE, V.A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: quem, como e por quê? **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 58, n .1, p. 67-71. 2012. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_58/v01/pdf/10b\\_artigo\\_opiniao\\_rastreamento\\_cancer\\_mama\\_brasil\\_quem\\_como\\_por\\_que.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v01/pdf/10b_artigo_opiniao_rastreamento_cancer_mama_brasil_quem_como_por_que.pdf)>. Acesso em: 15 jul. 2013.