

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ
CENTRO DE EDUCAÇÃO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA

DANIELI FABRÍCIA PEREIRA
JINANA SAIS

**DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE:
UMA ABORDAGEM DA FISIOTERAPIA**

Itajaí (SC)
2013

DANIELI FABRÍCIA PEREIRA
JINANA SAIS

**DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE:
UMA ABORDAGEM DA FISIOTERAPIA**

Monografia apresentada como
requisito parcial para obtenção do
título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof.^a Dr^a. Luciana de
Oliveira Gonçalves.

Itajaí (SC)
2013

AGRADECIMENTOS

A Deus, o que seria de mim sem a fé que eu tenho nele.

Aos meus pais, irmãos, meu esposo David Casimiro de Oliveira Jr, minha filha Anna Eliza de Oliveira e a toda minha família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegassem até esta etapa de minha vida. (Danieli Fabrícia Pereira).

Agradeço principalmente ao meu pai e ao meu namorado Manoel Netto, que sempre estiveram ao meu lado mesmo nos momentos mais difíceis, me apoiando para seguir sempre em frente. Agradeço minha mãe e minha irmã que apesar da distância e desavenças acreditam em mim. (Jinana Sais).

Somos muito gratas as secretárias Dulcinéia Faqueti Pereira Pacífico e Rosângela Vieira por sempre estarem dispostas a nos ajudar em todos os momentos, não apenas durante a coleta de dados.

À professora, orientadora e Dra Luciana de Oliveira Gonçalves por seu apoio e inspiração no amadurecimento dos nossos conhecimentos e conceitos; pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão deste Trabalho de Iniciação Científica.

PEREIRA, Danieli Fabrícia; SAIS, Jinana; GONÇALVES, Luciana de Oliveira. **Detecção precoce do câncer de mama e educação em saúde: uma abordagem da fisioterapia**, 2013. Trabalho de Iniciação Científica – Curso de Fisioterapia, Universidade do Vale do Itajaí.

Resumo

Introdução: o câncer de mama é uma patologia evolutiva que consiste na multiplicação anormal das células que invadem tecidos e órgãos, podendo ocorrer tanto em homens como em mulheres, sendo a frequência maior em mulheres. A incidência para o câncer de mama tem aumentado devido a mudanças graduais de fatores de riscos já estabelecidos e estudo de novos. **Objetivo:** Analisar o conhecimento e a prática na detecção precoce do câncer de mama das mulheres que frequentam a Clínica de Fisioterapia da UNIVALI - Itajaí. Especificamente buscou-se avaliar o conhecimento e a prática autoreferida relacionada à detecção precoce, ao autoexame e a relação ao que é patológico ou não. **Metodologia:** Este estudo comprehende uma pesquisa descritiva exploratória quantitativa, tipo inquérito – conhecimento, atitude e prática – para o autoexame das mamas. **Conclusão:** As 20 participantes do estudo eram mulheres entre 20 e 50 anos, são donas de casa, casadas e que frequentam a Clínica de Fisioterapia da UNIVALI por necessidade própria ou que acompanham algum familiar. Com relação à atitude 30% delas realizam o autoexame a cada seis meses, 45% escolhem um dia aleatoriamente e 15% afirmam não realizar. Quanto ao conhecimento sobre o autoexame das mamas 95% afirmaram ter esse conhecimento, porém durante a abordagem da pesquisa foi possível observar que a informação que essas mulheres receberam é limita e insuficiente para realizar e interpretar o autoexame das mamas, de tal forma que 45% das participantes fazem confusão entre mamografia e autoexame.

Palavras-chave: Câncer de mama, promoção em saúde, fisioterapia.

PEREIRA, Danieli Fabrícia; SAIS Jinana; Goncalves, Luciana de Oliveira.
Early detection of breast cancer and health education: an approach to therapy, 2013. Undergraduate research - Department of Physical Therapy, University of Vale do Itajaí.

Abstract

Introduction: Breast cancer is a disease that is progressive in abnormal multiplication of cells that invade tissues and organs and can occur in both men and women, with a higher frequency in women . The incidence for breast cancer has increased due to gradual changes in risk factors and established new study . **Objective:** To assess the knowledge and practice in the early detection of breast cancer for women who attend the Physiotherapy Clinic of UNIVALI - Itajaí . Specifically we sought to evaluate the self-reported knowledge and practice related to early detection , self-examination and to respect what is pathological or not . **Methodology:** This study comprises a descriptive exploratory quantitative survey type - Knowledge , attitude and practice - for the breast self-examination . **Conclusion :** The 20 study participants were women between 20 and 50 years , are housewives , married and attending Physiotherapy Clinic UNIVALI by necessity itself or accompanying a family member . With the attitude 30 % of them perform self-examination every six months , 45 % choose randomly one day and 15 % say they do not perform . Regarding knowledge about breast self-examination 95 % said they had this knowledge , but during the research approach was possible to observe that the information these women received is limited and insufficient to perform and interpret the breast self-examination , so that 45 % the participants make confusion between mammography and self-examination .

Key Words: Breast cancer, health promotion, physiotherapy .

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
2.1 CÂNCER DE MAMA	10
2.1.1 Definição.....	10
2.1.2 ETIOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA	11
2.1.3 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA	15
2.1.4 MANIFESTAÇÕES E COMPLICAÇÕES DO CÂNCER DE MAMA	16
2.1.5 CLASSIFICAÇÃO E TRATAMENTO	19
2.1.6 EXAMES COMPLEMENTARES.....	23
2.1.7 AUTOEXAME DE MAMA	26
2.1.8 PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA COMO PAPEL DO FISIOTERAPEUTA.....	31
3 METODOLOGIA	35
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	35
3.2 LOCAL DE PESQUISA	35
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	35
3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	36
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	38
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	38
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	39
5 CONCLUSÃO	48
6 REFERÊNCIAS.....	50
7 APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.	55
8 APÊNDICE II - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	57
9 APÊNDICE III - FOLHA DE APROVAÇÃO DE TRABALHOS ACADÊMICO-CIENTÍFICOS	61
ANEXO	62

1 INTRODUÇÃO

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo (INCA, 2010).

Segundo o INCA (2011) o câncer de mama é uma doença que consiste na multiplicação anormal das células da mama, e entre os diversos tipos de neoplasias, vem sendo um dos que mais tem merecido a atenção de pesquisadores. Apesar disso, não se encontrou uma causa que possa ser considerada como um fator primário para seu início.

Parece que a gênese do câncer deve derivar de fatores intrínsecos da célula, melhor dizendo, dos genes celulares normais. A idéia da relevância das alterações genéticas se baseia em certas evidências, como a predisposição familiar a certos tumores, a observação da presença de alterações cromossomiais em células tumorais e a existência de ação oncogênica de muitas substâncias com potencial mutagênico (SILVA *et al*, 2009).

Epidemiologistas e geneticistas sugerem ser o câncer de mama uma doença heterogênea, tendo vários fatores ambientais e genéticos envolvidos. O risco para o câncer de mama tem aumentado devido, em grande parte, a mudanças graduais de fatores de riscos já estabelecidos como exemplo: o aumento do intervalo entre a menarca (primeira menstruação) e o primeiro filho, mudanças nos fatores ambientais (dieta, exposição a substâncias cancerígenas, agrotóxicos, dioxinas, entre outros) e os fatores psicológicos, estes ainda menos confirmados. Os hormônios indiscutivelmente participam da carcinogênese como um fator promotor e não como fator iniciador (CHAGAS, 2000).

Em 2012, no Brasil, houve a estimativa de 52.680 novos casos de câncer de mama, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres, ainda não confirmados. A cada ano, cerca de 22% novos casos de câncer em mulheres são de mama, sendo o segundo tipo de câncer mais comum no

mundo entre mulheres. O câncer de mama possui uma alta frequência, sendo muito agressivo principalmente às mulheres, pois a mama é considerada um símbolo da sexualidade feminina. Uma alteração nas mamas trás fortes efeitos psicológicos, pois afeta a própria imagem pessoal (BRASIL, 2006).

Tem-se como uma ação de prevenção primária diminuir o consumo de álcool, não fumar e evitar locais com concentração de fumaça de cigarro, evitar agentes químicos tóxicos, praticar exercícios físicos para diminuir o nível de estresse, alimentação saudável e minimizar exposição à radiação, além do autoconhecimento do corpo, realizado através do autoexame das mamas (BRASIL, 2011).

O objetivo do autoexame fazer com que a mulher conheça detalhadamente as suas mamas, o que facilita a percepção de quaisquer alterações. O autoexame um exame mensal que a mulher pode fazer e si mesma para verificar a presença de alterações nos seios. Durante a realização do autoexame a mama, a mulher deve procurar por protuberâncias, ondulações, checar a espessura dos seios e liberação de líquidos pelo mamilo (SÃO PAULO, 2013).

A maioria dos casos de câncer de mama são descobertos através do autoexame. Quando o câncer de mama é descoberto cedo e tratado corretamente, as chances de cura são maiores (SÃO PAULO, 2013).

Independente do nível de atenção, tipo de patologia, idade, sexo ou classe social, a prevenção e a promoção da saúde precisam estar presentes nas ações dos fisioterapeutas que, além de reabilitar, proporcionam qualidade de vida ao sujeito, propiciando a relação entre o pensar, o saber e o agir, superando o paradigma reabilitador em detrimento de uma práxis transformadora (LEITE e FARANY, 2003).

São importantes novas pesquisas na área da promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como, mudanças na educação formal da população e no ensino específico dos profissionais da área de saúde, uma vez que, estes podem proporcionar uma maior adesão aos programas de promoção da saúde e prevenção do câncer pelos indivíduos (ZAGO e CESTARI, 2005).

O fisioterapeuta vem ao longo da história da profissão ampliando suas áreas de atuação e consolidando seu papel nas áreas de promoção da saúde e prevenção de doenças entendendo sua atuação de forma ampliada. Neste

sentido, é importante a participação do fisioterapeuta no apoio e trabalho junto aos programas de promoção da saúde, prevenção e detecção precoce do câncer de mama, sendo para isso necessário instrumentalizar-se e reconhecer a relevância de suas ações.

Sendo assim, este estudo tem como objetivo geral analisar o conhecimento e a prática na detecção precoce do câncer de mama das mulheres atendidas na Clínica de Fisioterapia da UNIVALI, localizada no Campus de Itajaí. Especificamente se buscou avaliar o conhecimento e a prática autoreferida relacionada à detecção precoce, ao autoexame e a relação do que é patológico ou não. A partir dos dados encontrados se realizou a devolutiva da pesquisa após a entrevista às mulheres, com a demonstração no protótipo de mama e educação em saúde, conscientizando a população acerca das contribuições do estudo e sua relevância social.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Câncer de mama

2.1.1 Definição

Trata-se de uma patologia crônico-degenerativa, a qual apresenta um crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos, ou seja, quando as células começam a se dividir e multiplicar de maneira desordenada. Pode ocorrer tanto em homens como em mulheres, sendo a frequência muito maior em mulheres (FREITAS, TERRA e MERCÊS, 2011).

O genoma humano contém um repertório de genes que regulam o crescimento das células, suscetíveis a danos mutacionais, que desregulariam o crescimento, podendo levar à transformação maligna (CHAGAS, 2000).

Ao nível molecular, chama a atenção um grupo de genes, denominados oncogenes, importantes para diferenciação e replicação celular, e para determinados polipeptídeos e fatores de crescimento, que regulam a proliferação celular. Se a transformação maligna necessitar de alterações nestes pontos, temos um dos mais promissores enfoques para se entender a causa do câncer. Como no caso da mama, de incidência familiar perceptível, identificam-se casos hereditários e esporádicos, sendo então necessária a elaboração de programas de controle para identificação de mulheres com predisposição genética (CHAGAS, 2000).

A Organização Mundial da Saúde estima que, por ano, ocorram mais de 1.050.000 casos novos de câncer de mama em todo o mundo, o que o torna o câncer mais comum entre as mulheres. No Brasil, não tem sido diferente. Informações processadas pelos Registros de Câncer de Base Populacional, disponíveis para 16 cidades brasileiras, mostram que na década de 90, este foi o câncer mais frequente no país (BRASIL, 2004).

No caso do Brasil, o aumento da incidência tem sido acompanhado do aumento da mortalidade, o que pode ser atribuído, principalmente, a um

retardamento no diagnóstico e na instituição de terapêutica adequada (BRASIL, 2004).

Frente às limitações práticas para a implementação, junto à população, de estratégias efetivas para a prevenção do câncer de mama, as intervenções, segundo Madeira (2009), do ponto de vista da Saúde Pública, passam a ser direcionados a sua detecção precoce, com a garantia de recursos diagnósticos adequados e tratamento oportuno.

O câncer de mama é provavelmente o mais temido pelas mulheres, devido a sua alta frequência e, sobretudo, pelos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal. Ele é relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente (INCA, 2011a).

Sendo o câncer de mama o mais comum entre as mulheres, é o segundo tipo mais frequente no mundo. No Brasil, ainda há uma taxa elevada de mortalidade, presume-se que seja porque a patologia muitas vezes é diagnosticada quando já se encontra em estágio avançado (INCA, 2011a).

De acordo com a Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil para 2012/2013, o câncer de mama é o terceiro mais incidente, com 53 mil novos casos. Em 2010 o número de mortes foi de 12.852, sendo 147 homens e 12.705 mulheres.

Para agravar ainda mais a situação, a maioria dos casos de câncer de mama em nosso país é diagnosticada em estágios avançados (III e IV), diminuindo as chances de sobrevida das pacientes e comprometendo os resultados do tratamento (INCA, 2011a).

2.1.2 Etiologia do Câncer de Mama

A história familiar de câncer de mama pelo lado materno ou paterno aumenta o risco para as mulheres. Clinicamente a importância é maior em parentes de primeiro grau: mãe, irmã ou filha. O risco é duas vezes maior para mãe ou irmã. Contudo, em alguns tipos de parentesco o risco chega a ser desprezível. Outro aspecto interessante é que, nos casos de história familiar,

os pacientes costumam ser mais jovens na época do diagnóstico. Na pré-menopausa existe ainda, uma maior frequência de bilateralidade (CHAGAS, 2000).

A história familiar é um importante fator de risco para o câncer de mama, especialmente se um ou mais parentes de primeiro grau foram acometidas antes dos 50 anos de idade. Entretanto, o câncer de mama de caráter familiar corresponde a aproximadamente 10% do total de casos de cânceres de mama (BRASIL, 2007).

Segundo Henderson (1993 *apud* CHAGAS, 2000, p. 947) “existem dois tipos de herança: um que pode ser descrito como hereditário e outro, como uma agregação familiar”.

O critério para ser considerado do tipo hereditário é aquele com existência de dois ou três parentes próximos de primeiro e segundo grau com câncer de mama. O tipo por agregação familiar se caracteriza pelo aparecimento precoce, uma maior freqüência de bilateralidade, pela associação com outros tumores malignos e a transmissão da doença por gerações sucessivas de forma autossômica e dominante (CHAGAS, 2000).

A idade constitui outro importante fator de risco, havendo um aumento rápido da incidência com o aumento da idade. A menarca precoce (idade da primeira menstruação), a menopausa tardia (instalada após os 50 anos de idade), a ocorrência da primeira gravidez após os 30 anos e a nuliparidade (não ter tido filhos), constituem também fatores de risco para o câncer de mama (INCA, 2011b).

Não somente com relação ao câncer de mama, mas também às neoplasias de uma maneira geral, podemos fazer uma correlação entre uma maior incidência e o aumento da expectativa de vida. Com certeza, outros fatores influenciam no risco relativo, porém podemos verificar que a maior freqüência do câncer de mama no Brasil, vem acompanhada de uma maior longevidade (CHAGAS, 2000).

A redução das taxas de mortalidade e de natalidade indica o prolongamento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional, levando ao aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas, especialmente as cardiovasculares e o câncer. Com o recente envelhecimento da população, que projeta o crescimento exponencial de idosos, é possível

identificar um aumento expressivo na prevalência do câncer, o que demanda, dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), imenso esforço para a oferta de atenção adequada aos doentes (INCA, 2006).

Ainda segundo o Instituto Nacional de Câncer (2006), ocorreram modificações importantes entre as causas de morte no nosso país, em virtude, principalmente, de uma diminuição de mortes por doenças infecciosas. Com isso aumenta a taxa de envelhecimento com um maior contingente de pessoas que integram faixas etárias onde existe maior risco de aparecimento de neoplasias malignas.

Ser mulher é sem dúvida o principal fator de risco isolado para o câncer de mama, sendo essa relação de um caso masculino para cada cem femininos. Mulheres com menarca precoce e menopausa tardia têm o risco relativo aumentado para a doença (CHAGAS, 2000).

Precocidade da primeira gravidez a termo é fator de proteção. Dados como estes demonstram evidências da relação do câncer de mama com o aspecto hormonal do paciente, principalmente os esteróides sexuais estrôgeno e progesterona (CHAGAS, 2000).

Ainda é controvertida a associação do uso de contraceptivos orais e o aumento do risco para o câncer de mama, apontando para certos subgrupos de mulheres como as que usaram contraceptivos orais de dosagens elevadas de estrogênio, as que fizeram uso da medicação por longo período e as que usaram anticoncepcional em idade precoce, antes da primeira gravidez (INCA, 2011b).

Existem evidências que comprovam que a maior parte das neoplasias mamárias são hormônio dependentes. Mas existem tumores mamários que não possuem receptor de estrógeno nem de progesterona. Estes tumores que ocorrem, mais frequentemente, em pacientes jovens, são de pior prognóstico e podem explicar porque alguns tipos de câncer de mama não são tão afetados pelas alterações hormonais, podendo inclusive explicar porque a gestação e o uso de anticoncepcionais hormonais não aumentam o risco do surgimento de câncer de mama (SCHUNEMANN JÚNIOR, SOUZA e DÓRIA, 2011).

Outra discussão, ainda não consensual, é se o hormônio seria causador ou promotor do câncer. Caso seja promotor o seu uso apenas estimulará o aparecimento mais precoce da neoplasia. Quanto à ausência de maior risco

com uso de anticoncepção hormonal, nos estudos mais recentes, a explicação mais plausível talvez seja a grande mudança na dosagem e formulação dos anticoncepcionais (SCHUNEMANN JÚNIOR, SOUZA e DÓRIA, 2011).

Há provas suficientes que comprovam que grande parte dos cânceres de mama é hormônio dependente, mas existem aqueles indiferenciados, em pacientes jovens, com história familiar que não são tão dependentes de hormônio e podem justificar algumas controvérsias existentes. O grupo de maior risco para anticoncepção e câncer de mama é o que inicia seu uso com baixa idade, por tempo prolongado e antes da primeira gestação (SCHUNEMANN JÚNIOR, SOUZA e DÓRIA, 2011).

Outros fatores de risco são a exposição a radiações ionizantes em idade inferior a 35 anos, bem como o uso de bebidas alcoólicas, mesmo que em quantidade moderada (INCA, 2011b).

A introdução de mutações no genoma de uma célula é considerada indispensável para a indução de um câncer por ação das radiações. No entanto, mutações radioinduzidas não evoluem obrigatoriamente para câncer. O que se observa é que a probabilidade de cancerização a partir de células irradiadas é superior à probabilidade de ocorrência deste processo a partir de células não irradiadas (CNEN, 2012).

Mutações seria o primeiro passo do processo de cancerização. Diversos outros parecem contribuir para o processo, o que faz com que o período entre o momento em que ocorrem mutações no genoma de uma célula e a eventual manifestação do câncer possa ser de vários anos, senão de décadas. Quanto maior a quantidade de energia absorvida por um indivíduo (dose absorvida), maior a probabilidade de que venha a desenvolver a doença (CNEN, 2012).

O álcool pode exercer ação carcinogênica por vários mecanismos, como interferência do metabolismo hepático, estímulo à secreção de prolactina, alteração das membranas celulares, e circulação de produtos protéicos citotóxicos oriundos do metabolismo do álcool (CHAGAS, 2000).

A obesidade e o sedentarismo são fatores de risco assim como o tabagismo e exposição ao sol antes dos 35 anos. Portanto, uma dieta equilibrada e prática regular de exercícios é uma recomendação básica de prevenção (FREITAS, TERRA e MERCÊS, 2011).

Um aumento crônico do tecido adiposo, com elevação do número de adipócitos, que não costuma aumentar após a puberdade, estaria relacionado a um aumento da produção de estrogênio. Deste modo, é aconselhável, em uma tentativa de prevenção, a manutenção de um peso corporal baixo. Alguns autores sugerem, ainda, que o risco é maior quando a relação cintura/quadril for alta, principalmente, se associada à baixa paridade, gravidez tardia e história familiar de câncer de mama (CHAGAS, 2000).

2.1.3 Epidemiologia do Câncer de Mama

Segundo tipo mais frequente no mundo, o câncer de mama é o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. Se diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom (INCA, 2012).

No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61% (INCA, 2012).

Relativamente raro antes dos 35 anos, acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. Estatísticas indicam aumento de sua incidência tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nas décadas de 60 e 70 registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes. Há uma estimativa de 52.680 novos casos para o ano de 2012, e no ano de 2010 foram constatadas 12.852 mortes provenientes do câncer de mama, sendo 147 homens e 12.705 mulheres (INCA, 2012).

O câncer de mama é o mais incidente em mulheres, representando 23% do total de casos de câncer no mundo em 2008, com aproximadamente 1,4 milhão de casos novos naquele ano. É a quinta causa de morte por câncer em geral (458.000 óbitos) e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres (INCA, 2012).

No Brasil, 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. Para o ano de 2012 foram estimados 52.680 casos novos, que representam uma taxa de incidência de 52,5 casos por 100.000 mulheres (INCA, 2012).

A taxa de mortalidade por câncer de mama ajustada pela população mundial apresenta uma curva ascendente e representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira, com 11,3 óbitos/100.000 mulheres em 2009. As regiões Sudeste e Sul são as que apresentam as maiores taxas, com 12,7 e 12,6 óbitos/100.000 mulheres em 2009, respectivamente (INCA, 2009a).

As variações regionais na incidência do câncer decorrem de perfis heterogêneos de exposição a fatores de risco, que se associam ao aparecimento de diferentes tipos de câncer. As informações sobre incidência também são afetadas por diferenças na capacidade diagnóstica dos serviços de saúde, o que pode levar a uma subestimação da incidência real em algumas regiões (INCA, 2006).

2.1.4 Manifestações e complicações do câncer de mama

Os sintomas do câncer de mama palpável são o nódulo ou tumor no seio, acompanhado ou não de dor mamária. Podem surgir alterações na pele que recobre a mama, como abaulamentos ou retracções ou um aspecto semelhante à casca de uma laranja. Podem também surgir nódulos palpáveis na axila (INCA, 2011b).

O câncer de mama apresenta sinais e sintomas que quando detectados precocemente, aumentam as chances de cura da doença (ZAGO e CESTARI, 2005). Os sintomas mais comuns são: nódulo mamário ou um espessamento de parte da mama que a deixe diferente do tecido em volta; secreção de sangue ou algum outro líquido pelo mamilo; mudança no formato ou tamanho da mama; mudança na pele da mama, como aparecimento de ondulações ou covas; inversão do mamilo para dentro da mama; descamação da pele dos

mamilos; vermelhidão ou corrosão da pele da mama, semelhante à casca de uma laranja; mudanças de cor, reentrâncias ou enrugamentos em uma determinada área da mama; presença de um ou mais nódulos nas axilas; sensação de calor, rubor ou inchaço na mama.

É importante ressaltar que nem todo nódulo mamário é um câncer de mama. Cerca de 4 dentre 5 casos de nódulos mamários que são diagnosticados são benignos. Os sintomas de câncer de mama masculino são bem semelhantes (INCA, 2011b).

Os sintomas de maior frequência, em relação aos pacientes com câncer de mama avançado, envolvem a astenia sendo que seu manejo se dá através do tratamento das causas reversíveis (anemia, infecção, distúrbio hidroeletrolítico, entre outros) e auxílio no estabelecimento de prioridades; a síndrome anorexia / caquexia onde seu manejo tem como objetivo a manutenção da integridade física e não a melhora do estado nutricional do paciente; lesões tumorais de pele, ou seja, infiltração da pele pelo tumor primário ou metastático com consequente desenvolvimento de ulcerações ou lesões “fungóides”, causando muitas vezes isolamento social e prejuízo emocional. A terapêutica compreende o tratamento oncológico paliativo (radioterapia e quimioterapia) e tratamento sintomático, possibilitando a regressão da lesão, controle de sangramento, dor e de infecções secundárias.

A dor ocorre em 60% a 90% dos pacientes com câncer avançado. Sendo assim, torna-se mandatário o uso da “Escala Visual Analógica (EVA)” durante a avaliação da dor em paciente com câncer de mama avançado.

Entre as principais causas da dor encontram-se: complicações do próprio tratamento curativo (cirurgia, radioterapia e quimioterapia), metástases ósseas, linfedema e compressão radicular pela doença (BRASIL, 2004).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2011b), atualmente se dispõe de grande arsenal terapêutico incluindo tratamento medicamentoso, quando se segue a Escala Analgésica da OMS, guiando o uso sequencial de drogas, incluindo os opióides, radioterapia, procedimentos invasivos como cateteres, alcoolização de plexo, Drez que se caracteriza pela destruição do corno posterior da Medula, sendo classicamente indicada para tratamento da avulsão do plexo braquial, mas pode ser utilizada no tratamento de dor por amputação de membros, lesão por radioterapia dos plexos e neuralgia

herpética, além de acupuntura, psicoterapia e fisioterapia (MENDONÇA *et al*, 2008).

A dispneia ocorre em 70% dos pacientes em cuidados paliativos, sendo que em 24% dos casos não há causas identificáveis. Algumas causas estão relacionadas ao câncer, como a restrição por invasão da parede torácica, metástases pulmonares, derrame pleural neoplásico, linfangite carcinomatosa.

Já entre as causas relacionadas ao tratamento está a fibrose pulmonar por drogas ou radioterapia, comorbidades como doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca congestiva, infecções, tromboembolia pulmonar. Como medidas de tratamento há a fisioterapia e o tratamento medicamentoso específico.

Uma avaliação inicial das pacientes com câncer de mama avançado e alteração cognitiva inclui exame físico completo e exames laboratoriais. Não esquecendo que desidratação é a causa mais comum de confusão mental e alteração de comportamento. A realização de exames de imagem é importante quando existe a suspeita de progressão de doença para Sistema Nervoso Central ou a necessidade de exclusão de outras possíveis etiologias dos sintomas. A radioterapia deve ser realizada na possibilidade de benefício.

Os quadros de depressão maior, presente em 20% dos pacientes em cuidados paliativos e de ansiedade generalizada, devem ser tratados com terapia medicamentosa, psicoterapia, estímulo à atividade física e terapia comportamental.

O delírio é uma manifestação neuropsiquiátrica encontrada com freqüência em pacientes com câncer avançado sendo inclusive descrito na literatura médica mundial como uma das principais indicações de sedação.

Entre as possíveis causas destacamos a progressão da doença, incluindo metástases, associação medicamentosa, alterações metabólicas, comorbidades descompensadas. A abordagem deve ser feita visando também o cuidador, que na maioria dos casos encontra-se angustiado e impotente diante da situação (MADEIRA, 2009).

A qualidade de vida é um termo de difícil definição, pois engloba algumas condições que influenciam na percepção do indivíduo, em seus sentimentos e comportamentos relacionados ao seu funcionamento diário, incluindo a sua condição de saúde e intervenções médicas (HUGUET *et al*,

2008). “A oncologia é uma das áreas que mais tem avaliado a qualidade de vida, pois os tratamentos, por vezes agressivos, apesar de acrescentarem “anos à vida”, não acrescentam “vida aos anos” (HUGUET et al 2008, p.62).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a qualidade de vida envolve a percepção que o indivíduo tem de si mesmo, da sua posição na vida dentro do contexto de cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação às suas metas, expectativas e padrões sociais (LOTTI, 2008).

O diagnóstico de câncer de mama trás momentos de imensa angústia, sofrimento e ansiedade, fazendo com que durante o tratamento, a paciente vivencie perdas tanto físicas, sociais, financeiras, e sintomas adversos como a depressão e diminuição da autoestima, sendo necessárias grandes mudanças diante das adaptações físicas, psicológicas, sociais, familiares e emocionais ocorridas (LOTTI, 2008).

Os tratamentos cirúrgicos e adjuvantes provocam um maior impacto negativo na qualidade de vida das mulheres com câncer de mama, mesmo em longo prazo. Portanto as mulheres submetidas à mastectomia possuem maior probabilidade de pior qualidade de vida do que as submetidas a tratamento conservador da mama (TCM), independente da idade (LOTTI, 2008).

É inevitável que em um primeiro momento, o diagnóstico de câncer de mama cause efeito devasto na vida de uma mulher. O medo da morte é a principal questão, sendo a busca por um tratamento adequado e pela cura algo constante. Aos poucos e, sobretudo, após a fase aguda do tratamento, há uma tendência a se retornar à qualidade de vida de antes do diagnóstico, ou mesmo a ocorrerem mudanças positivas na qualidade de vida, com oportunidade de crescimento pessoal. O enfrentamento da doença leva, na maioria dos casos, a um maior sentido na vida e à reestruturação de prioridades (HUGUET et al, 2008).

2.1.5 Classificação e tratamento

Importantes avanços na abordagem do câncer de mama aconteceram nos últimos anos, principalmente no que diz respeito a cirurgias menos

mutilantes, assim como a busca da individualização do tratamento. O tratamento varia de acordo com o estadiamento da doença, suas características biológicas, bem como das condições da paciente como idade, status menopausal, comorbidades e preferências.

O prognóstico do câncer de mama depende da extensão da doença (estadiamento). Quando a doença é diagnosticada no início, o tratamento tem maior potencial curativo. Quando há evidências de metástases, o tratamento tem por objetivos principais prolongar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida (INCA, 2010).

O prognóstico varia entre estágios de 0 a IV de acordo com a gravidade e grau de invasão. Segundo Chagas (2000), quando no estágio 0 o câncer é ainda não é invasivo. No estágio I, com menos de 2 cm de diâmetro o tumor é invasivo, mas não se espalhando pelos linfonodos. Quando no estágio II os linfonodos podem estar envolvidos. Já no estágio III pode ou não ter se espalhado para linfonodos e tecidos próximos da mama, neste caso o tumor é localmente avançado. No último estágio, o mais grave, o câncer pode atingir outros órgãos do corpo, se tornado metastático.

Segundo Brasil (2004), as mulheres com indicação de mastectomia como tratamento primário, podem ser submetidas à quimioterapia neoadjuvante, seguida de tratamento cirúrgico conservador, complementado por radioterapia. Para aquelas que apresentarem receptores hormonais positivos, a hormonioterapia que tem como intuito melhorar as opções cirúrgicas na prática clínica, tem sido muito utilizado para mulheres pós-menopáusicas com tumores localmente avançados, com receptores hormonais fortemente positivos (MENDONÇA, 2012).

Estudos recentes indicam que a resposta do tumor nesta população pode prever o resultado em longo prazo de pacientes em terapia endócrina adjuvante, defendendo a sua ampla aplicação no tratamento da doença nas pacientes com receptores hormonais positivos. Nas pacientes na pré-menopausa, mais estudos são necessários para estabelecer o real benefício desta abordagem. Do ponto de vista de investigação, a hormonioterapia neoadjuvante pode proporcionar uma oportunidade única para os estudos preditores de resposta, além de proporcionar o desenvolvimento de novos

agentes terapêuticos.

Nos estágios I, II e III (operável) as pacientes consideradas com risco mínimo de recorrência devem ser submetidas a seguimento periódico. Para aquelas pacientes com risco baixo deve-se usar Tamoxifeno (TMX) utilizado para a prevenção da ginecomastia por cinco anos (BRASIL, 2004). Já naquelas com risco elevado, o tratamento será condicionado à avaliação dos seguintes fatores: responsividade aos hormônios, presença de menopausa e comprometimento nodal, como mostrado no quadro a seguir (Quadro 1).

Tratamento de pacientes nos estágios I, II e III (doença operável) conforme o risco de recorrência.		
Risco de Recorrência	Características	Recomendações
Mínimo	Idade superior a 35 anos e tumor menor que 1 cm e linfonodo axilar negativo ou tumor tubular ou mucinoso ou medular típico ou papilífero menor do que 3 cm e linfonodo negativo.	Seguimento periódico
Baixo	Idade superior a 35 anos e tumor entre 1 e 2 cm e grau I ou grau II e receptor hormonal (estrogênio e/ou progesterona) positivo e linfonodo negativo	TMX por cinco anos
Elevado	Idade inferior a 35 anos ou tumor maior que 2 cm ou grau III ou receptor hormonal (estrogênio e progesterona) negativo ou linfonodo positivo	TMX por 5 anos ou antracíclico (até 6 ciclos) seguido de TMX por 5 anos

Quadro 1: Tratamento de pacientes nos estágios I, II e III (doença operável) conforme o risco de recorrência. **Fonte:** BRASIL, 2004.

Existem poucos estudos que avaliam o impacto da quimioterapia adjuvante em mulheres com idade superior a 70 anos. A sua utilização nesta faixa etária deve ser feita de forma criteriosa e individualizada (BRASIL, 2004).

No estágio III, não-operável o tratamento neoadjuvante está recomendado o uso de antracíclico de até 6 ciclos na impossibilidade da administração de quimioterapia a hormonioterapia deve ser instituída.

Os antracíclicos são antibióticos antitumorais, drogas muito utilizadas nos esquemas de quimioterapia para doenças onco-hematológicas e tumores

sólidos, quando extravasados detém o maior poder de destruição tecidual. Tal fato ocorre pelo poder de ligação do fármaco ao DNA celular, inibindo a enzima mitótica topoisomerase II, provocando a morte celular. Conseqüentemente, são liberados complexos de radicais livres (ferro-antraciclinicos) que penetram nas células adjacentes por endocitose, levando-as também a apoptose. Assim, este processo de liberação de radicais livres para o meio extracelular provoca dano contínuo no local atingido pelo antraciclico, permanecendo nos tecidos por longo período de tempo. Como consequência, tem-se aumento do tamanho e profundidade das lesões decorrentes do extravasamento, associadas a dor constante (GOMES et al, 2009).

Ainda segundo Brasil (2004), recomenda-se o uso de Tamoxifeno (TMX) por um período de quatro a seis meses. Em caso de falha no uso de antraciclico, deve-se adotar a radioterapia, acrescida de hormonioterapia, se o tumor for receptor positivo. O tratamento adjuvante consiste no uso de Tamoxifeno, por cinco anos, em pacientes com tumores positivos para receptores hormonais.

A doença metastática deve ser confirmada cito ou histologicamente, sempre que possível. A indicação de hormonioterapia isolada deve ocorrer sempre que possível. Deve ser utilizada somente em tumores com receptor hormonal positivo. A quimioterapia está recomendada nos tumores negativos para receptores hormonais, nos casos de doença visceral sintomática ou extensa e quando há progressão após intervalo curto de manipulação hormonal prévia por quatro meses (BRASIL, 2004).

O estadiamento clínico e o tipo histológico do câncer de mama são de suma importância na indicação do tipo de cirurgia a ser realizada. A cirurgia pode ser conservadora de ressecção de um segmento da mama, a qual engloba a setorectomia, a tumorectomia alargada e a quadrantectomia, com retirada dos gânglios axilares ou linfonodo sentinela, ou então de forma não-conservadora, ou seja, a mastectomia (BRASIL, 2004).

A cirurgia de mastectomia engloba alguns tipos, podendo ter retirada da mama com pele e complexo aréolo-papilar, chamada de mastectomia total; ou com preservação de um ou dois músculos peitorais acompanhada de linfadenectomia axilar, conhecida como mastectomia radical modificada; ou com retirada total dos músculos peitorais sendo esta classificada como

mastectomia radical; além da mastectomia com reconstrução imediata e mastectomia poupadora de pele (BRASIL, 2004).

2.1.6 Exames complementares

O exame clínico da mama (ECM) é parte fundamental da propedêutica para o diagnóstico de câncer. Deve ser realizado como parte do exame físico e ginecológico, e constitui a base para a solicitação dos exames complementares. Como tal, deve contemplar os seguintes passos para sua adequada realização: inspeção estática e dinâmica, palpação das axilas e palpação da mama com a paciente em decúbito dorsal (BRASIL, 2004).

A mamografia é a radiografia da mama que permite a detecção precoce do câncer, por ser capaz de mostrar lesões em fase inicial, muito pequenas, de apenas alguns milímetros. Realiza-se por meio de um aparelho de raios-X apropriado, chamado mamógrafo. Durante o exame, a mama é comprimida de forma a fornecer melhores imagens. O desconforto provocado é discreto e suportável (INCA, 2010).

Estudos sobre a efetividade da mamografia sempre utilizam o exame clínico como exame adicional. Sua sensibilidade varia de 46% a 88% e depende de fatores tais como: tamanho e localização da lesão, densidade do tecido mamário (mulheres mais jovens apresentam mamas mais densas), qualidade dos recursos técnicos e habilidade de interpretação do radiologista. A especificidade varia entre 82%, e 99% e igualmente dependente da qualidade do exame (INCA, 2010).

É importante ressaltar que os resultados de ensaios clínicos randomizados que compararam a mortalidade em mulheres que se submeteram a rastreamento mamográfico com mulheres não submetidas a nenhuma intervenção são favoráveis ao uso da mamografia a como método de detecção precoce capaz de reduzir a mortalidade por câncer de mama (BRASIL, 2004).

As conclusões de estudos de meta-análise demonstram que os benefícios do uso da mamografia se referem, principalmente, a cerca de 30%

de diminuição da mortalidade em mulheres acima dos 50 anos, depois de sete a nove anos de implementação de ações organizadas de rastreamento (INCA, 2010).

A ultra-sonografia (USG) é o método de escolha para avaliação por imagem das lesões palpáveis, em mulheres com menos de 35 anos. Também pode ser utilizado para diferenciação de lesões sólidas e císticas, para um estudo da vascularização mamária, no caso da mama masculina, para estudo de gânglios axilares e como um complemento à mamografia (CHAGAS, 2000).

Nas mulheres com idade igual ou superior a 35 anos, a mamografia é o método de eleição (BRASIL, 2004). Ela pode ser complementada pela ultra-sonografia nas seguintes situações: nódulo sem expressão, porque a mama é densa ou porque está em zona cega na mamografia; nódulo regular ou levemente lobulado, que possa ser um cisto; densidade assimétrica difusa, que possa ser lesão sólida, cisto ou parênquima mamário.

Se houver lesões suspeitas deve-se buscar a confirmação do diagnóstico que pode ser citológico, por meio de punção aspirativa por agulha fina (PAAF), ou histológica, quando o material for obtido por punção, utilizando-se agulha grossa (PAG) ou biópsia cirúrgica convencional.

A PAAF é um procedimento ambulatorial de baixo custo, de fácil execução e raramente apresenta complicações, que permite o diagnóstico citológico das lesões. Esse procedimento dispensa o uso de anestesia (BRASIL, 2004).

Por ser um método tecnicamente muito simples e praticamente indolor, sua realização é possível em qualquer consultório médico. Realiza-se a assepsia da pele sobre a região a ser feita a punção e procede-se então à introdução da agulha nº 20 ou 22 na lesão, iniciando movimentos de vaivém em todas as direções. É importante manter a agulha o tempo todo no interior da lesão evitando retirá-la da pele durante os movimentos (CHAGAS, 2000).

Após a retirada da agulha da mama, ejeta-se o material aspirado sobre pelo menos três lâminas sem permitir que este conteúdo volte para o interior da seringa. São incomuns as complicações decorrentes da PAAF. A observação correta da técnica e a orientação prévia das pacientes diminuem os riscos de intercorrências (CHAGAS, 2000).

A PAG ou *core biopsy* é também um procedimento ambulatorial, realizado sob anestesia local, que fornece material para diagnóstico histopatológico por congelação, quando disponível, permitindo inclusive a dosagem de receptores hormonais (BRASIL, 2004).

Apesar de ser um procedimento ambulatorial, a anestesia local é necessária. Utiliza-se, de preferência, uma pistola automática de mola e uma agulha calibrosa 14 gauge. Inicialmente, faz-se uma assepsia local, em seguida um botão anestésico e um pequeno corte com bisturi. A agulha introduzida é acoplada à pistola e é direcionada para a lesão numa distância tal, que ao avançar, o corte da agulha seja feito no interior do nódulo. Em seguida a pistola é disparada (CHAGAS, 2000).

A precisão pode ser aprimorada com maior número de fragmentos obtidos e com maior experiência do cirurgião. Uma amostra com cinco fragmentos concede uma acurácia diagnóstica de 97% a 99% (CHAGAS, 2000).

A *core biopsy* permite também fornecer resultados confiáveis quanto ao status de receptor hormonal do tumor. Além disso, o material é suficiente até mesmo para estudos de DNA. O achado de hiperplasia numa amostra de *core biopsy* é indicação para biópsia cirúrgica devido a alta prevalência de carcinoma ductal associado a essas lesões. Dados têm mostrado que a *core biopsy* é um método confiável e reproduzível, sendo, portanto, alternativo à biópsia cirúrgica (CHAGAS, 2000).

Temos como complemento para a detecção do câncer de mama o auto-exame, a mamografia, o ultra-som, a ressonância e a biópsia quando há uma suspeita maior. No Brasil mulheres a partir dos 40 anos têm direito a mamografia gratuita oferecida pelo Sistema Único de Saúde (INCA, 2011b).

Segundo as orientações do Consenso para o Controle do Câncer de Mama (2004) são recomendadas algumas ações para o rastreamento dessa neoplasia em mulheres assintomáticas, como o Exame Clínico da Mama (ECM) realizado anualmente, em todas as mulheres com idade superior a 40 anos. O ECM deve fazer parte, também do atendimento integral a mulher em todas as faixas etárias; a mamografia, para as mulheres com idade entre 50 a 69 anos, com o intervalo máximo de dois anos entre os exames; a mamografia anual, a

partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama.

São consideradas mulheres de risco elevado aquelas com: um ou mais parentes de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com câncer de mama antes dos 50 anos; um ou mais parentes de primeiro grau com câncer de mama bilateral ou câncer de ovário; história familiar de câncer de mama masculina; lesão mamária proliferativa com atipia comprovada em biopsia.

As mulheres submetidas ao rastreamento devem ter garantido o acesso aos exames de diagnóstico, ao tratamento e ao acompanhamento das alterações encontradas.

2.1.7 Autoexame de mama

A estratégia de diagnóstico precoce contribui para a redução do estágio de apresentação do câncer. Nesta estratégia, destaca-se a importância da educação da mulher e dos profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama (INCA, 2013).

O autoexame das mamas surgiu na década de 50, nos Estados Unidos, como uma estratégia para diminuir o diagnóstico de tumores de mama em fase avançada. No fim da década de 90, ensaios clínicos mostraram que o autoexame das mamas não reduzia a mortalidade pelo câncer de mama. A partir de então, diversos países passaram a adotar a estratégia de *breast awareness*, que significa estar alerta para a saúde das mamas (INCA, 2013).

A política de alerta à saúde das mamas destaca a importância do diagnóstico precoce e significa orientar a população feminina sobre as mudanças habituais das mamas em diferentes momentos do ciclo de vida e os principais sinais do câncer de mama (INCA, 2013).

A orientação 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), valorizando a descoberta casual de pequenas alterações mamárias. É necessário que a mulher seja estimulada a procurar esclarecimento médico científico sempre que houver dúvida em

relação aos achados da autopalpação das mamas e a participar das ações de detecção precoce do câncer de mama. O sistema de saúde precisa adequar-se para acolher, informar e realizar os exames diagnósticos adequados em resposta a esta demanda (INCA, 2013).

O INCA não estimula o autoexame das mamas como estratégia isolada de detecção precoce do câncer de mama. A recomendação é que o exame das mamas pela própria mulher faça parte das ações de educação para a saúde que contemplem o conhecimento do próprio corpo, não substituindo o exame físico realizado por profissional de saúde qualificado para essa atividade (INCA, 2010). A detecção precoce é a principal estratégia para controle do câncer de mama.

O autoexame de mama, feito pela própria mulher, como método de conhecer seu corpo e saber encontrar sinais patológicos ou não é uma medida de extrema importância, já que diagnosticar o câncer de mama em seu estado inicial trará métodos menos invasivos de tratamento (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde (MS) criou sucessivas campanhas de esclarecimento à população enfatizando os meios disponíveis para diagnóstico precoce: autoexame, exame clínico por profissional da saúde e a mamografia. Neste sentido, para atender aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde priorizou a família como elemento básico para a assistência. Assim, em 1994, definido pela Organização das Nações Unidas como ano internacional da família, surgiu o Programa Saúde da Família (PSF) e, em 2006, pela Portaria de Nº 648 passou a estratégia de abrangência nacional (JACOMÉ *et al*, 2011).

Os profissionais atuantes na ESF devem exercer suas competências em três pilares: conhecimento, habilidade e atitudes. A Atenção Primária a Saúde tem papel fundamental no rastreamento do câncer de mama e, entre os múltiplos desafios, destaca-se a permanente necessidade de qualificação e responsabilização dos diversos agentes para que se possa garantir a reflexão sobre as práticas e a identificação de falhas a serem corrigidas no processo (JACOMÉ *et al*, 2011).

Compete a todo profissional da saúde divulgar informações sobre os fatores de risco, ações de prevenção e detecção precoce, orientando a adoção de modelos comportamentais e hábitos saudáveis. Essas ações facilitam a

aquisição do conhecimento prévio das mulheres na detecção precoce do câncer de mama, proporciona autonomia para o autocuidado e desenvolve o potencial para promoção da saúde.

No caso do câncer de mama, conforme sabemos o autoexame não é um método de prevenção primária, no sentido de evitar a doença. No caso da neoplasia mamária, as práticas discursivas não oferecem nenhuma forma de evitar a doença, mas somente de detectá-la mais cedo (ELLERY, 2004).

O autoexame das mamas, a despeito de ser considerado por muitos especialistas como uma prática simples, fácil, na realidade, não o é. Trata-se de uma prática solitária, realizada pela própria mulher, sem o suporte profissional. É uma técnica na qual a mulher saudável depara-se com a possibilidade de encontrar algo indesejado, temido (ELLERY, 2004).

O exame clínico da mama (ECM) é parte fundamental da propedêutica para o diagnóstico de câncer. Deve ser realizado como parte do exame físico e ginecológico, e constitui a base para a solicitação dos exames complementares. Como tal, deve contemplar os seguintes passos para sua adequada realização: inspeção estática e dinâmica, palpação das axilas e palpação da mama com a paciente em decúbito dorsal (BRASIL, 2004).

Apesar do autoexame de mama parecer constrangedor em um primeiro momento, é de suma importância o autoconhecimento da própria mama, ou seja, examiná-la com as próprias mãos, se familiarizando assim com o tecido mamário e sentindo-se mais a vontade com ele. Saber reconhecer qual a aparência e o volume normal das próprias mamas, sendo capaz de perceber quaisquer alterações que possam ocorrer. Às vezes é normal encontrar nódulos nas mamas, desde que sejam estes seus próprios “nódulos” naturais, tendo a capacidade de saber quando algo está diferente (PIRES, 2012).

Perceber o tamanho e a forma de cada mama, bem como a posição de cada mamilo, pois, é normal que uma das mamas seja maior que a outra. A execução do autoexame deve ocorrer uma semana, ou seja, sete dias após o período menstrual (PIRES, 2012).

A realização do autoexame pode ocorrer com a pessoa deitada ou em pé. Quando deitada, colocar um travesseiro sob o ombro direito e colocar o braço direito atrás da cabeça. Em seguida, com as polpas dos três dedos intermediários da mão esquerda, procurar nódulos na mama direita. Pressionar

com firmeza para sentir o volume da mama, pois a presença de uma saliência firme na curva inferior de cada mama é normal. Se não souber qual é o nível de força que deve ser usado, conversar com um especialista para orientá-la (PIRES, 2012).

Os movimentos ao redor da mama podem ser de forma circular, em linhas verticais ou em ziguezague. Importante fazer os movimentos verificando toda a área da mama e, no mês seguinte, lembrar-se de como era o volume da mama (PIRES, 2012).

Repetir o exame na mama esquerda, usando as polpas dos dedos da mão direita, colocando desta vez o travesseiro sob o ombro esquerdo. Encontrando qualquer alteração, é importante se consultar com um profissional imediatamente (PIRES, 2012).

Repetir o exame das duas mamas na posição em pé, com um dos braços atrás da cabeça, pois a posição ereta facilita a verificação da parte superior e externa das mamas (na direção da axila). É neste local em que se encontra metade dos cânceres de mama. A parte do exame executada em pé pode ser feita no chuveiro. Algumas alterações na mama podem ser observadas com mais facilidade quando a pele está úmida e ensaboada (PIRES, 2012).

Ainda não se dispõe de nenhum método para a prevenção primária do câncer de mama e o diagnóstico precoce está fundamentado na avaliação clínica e no diagnóstico por imagem. Desta maneira, o diagnóstico precoce do câncer de mama está ligado, ao acesso à informação para as mulheres, conscientizando-as sobre a realização do autoexame (MARINHO, 2003).

O aumento da incidência do câncer de mama no Brasil pode estar associado à melhoria no diagnóstico e a qualidade das informações, porém altas taxas de mortalidade são atribuídas ao retardo no diagnóstico da doença.

O diagnóstico tardio pode estar relacionado à dificuldade de acesso da população aos serviços públicos de saúde, baixa capacitação dos profissionais envolvidos na atenção oncológica, incapacidade do sistema público na demanda ou na baixa capacidade dos gestores municipais e estaduais em definir o fluxo de casos suspeitos em diferentes níveis de atenção (MARINHO, 2003).

O câncer de mama é a principal causa de morte por câncer em mulheres nos países desenvolvidos, e a diminuição dessa mortalidade é alcançada por meio de programas de rastreamento e prevenção secundária, através da combinação do exame clínico das mamas e a mamografia (JACOMÉ et al, 2011).

Apesar de o fisioterapeuta ser reconhecido como profissional indispensável na área da saúde, este ainda é visto, muitas vezes, como tratador/reabilitador mascarando, com isso, uma de suas funções principais que é a atuação no campo preventivo e de promoção à saúde (TRELHA et al, 2007).

A própria origem da Fisioterapia direcionou as definições do campo profissional para atividades recuperativas/reabilitadoras. O surgimento desse profissional, como uma decorrência das grandes guerras, faz-se, fundamentalmente, para tratar de pessoas fisicamente lesadas (TRELHA et al, 2007).

No Brasil, a Fisioterapia implantou-se como “solução” para os altos índices de acidentes de trabalho existentes. Era preciso curar ou reabilitar as vítimas desses acidentes para integrá-las ao sistema produtivo ou, pelo menos, atenuar seu sofrimento quando não fosse possível reabilitá-las (TRELHA et al, 2007).

Atualmente, o fisioterapeuta vem ampliando sua área de atuação. Para se alcançar um trabalho delimitado pela integralidade é necessário agregar cinco diferentes pontos à prática profissional: a prevenção, a assistência, a recuperação, a pesquisa e a educação em saúde (TRELHA et al, 2007).

O fisioterapeuta vem adquirindo crescente importância nos serviços de atenção primária à saúde como é o caso do câncer de mama. Entretanto, sua inserção nesses serviços ainda é um processo em construção. E como profundo conhecedor das estruturas anatômicas envolvidas, da técnica apropriada e com uma ampla bagagem de conhecimento, o fisioterapeuta pode e deve contribuir e muito para programas de promoção à saúde, em particular à saúde da mulher.

2.1.8 Promoção, prevenção e detecção precoce do câncer de mama como papel do fisioterapeuta

A saúde é um dos direitos fundamentais do ser humano. Muito mais do que a ausência de doenças, ela pode ser definida como qualidade de vida. Nossa saúde depende de muitas coisas, como, por exemplo, das condições sociais, históricas, econômicas e ambientais em que vivemos, e de escolhas que fazemos no nosso dia-a-dia (ANVISA, 2012). Saúde em seu sentido mais abrangente é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (BRASIL, 1986).

No Brasil, segundo a Constituição Federal de 1988, artigo 196, saúde é um direito de todos e um dever do Estado. A Constituição também diz que as ações e serviços públicos de saúde são responsabilidade do Sistema Único de Saúde (ANVISA, 2012).

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Esse conceito sobre promoção da saúde foi escrito em 1986, na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. “Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem estar global” (INCA, 2011a).

Desta forma, o significado do termo Promoção da Saúde foi mudando ao longo do tempo e, atualmente, associa-se a valores como: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Além disso, está relacionado à ideia de “responsabilização múltipla”, uma vez que envolve as ações do Estado (políticas públicas saudáveis), dos indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias inter-setoriais (BRASIL, 2004).

A promoção à saúde ocorre através de ações que busquem eliminar ou controlar as causas de doenças e agravos, ou seja, o que determina e condiciona o aparecimento dos casos. Deve implicar em atividades tanto voltadas a grupos sociais quanto a indivíduos por meio de políticas públicas abrangentes (em relação ao ambiente físico, social, político, econômico e cultural) e do esforço comunitário, na busca de melhores condições de saúde. Para isto, são realizadas ações intersetoriais e o suporte social (SCHMIDT, 2005).

As ações preventivas, por sua vez, definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Para tanto, baseiam-se no conhecimento epidemiológico de doenças e de outros agravos específicos.

A prevenção orienta-se as ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco de enfermidades, sendo o foco a doença e os mecanismos para atacá-la (BRASIL, 2004).

Ações que atuem sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença e promovam qualidade de vida são fundamentais para a melhoria da saúde da população e o controle de doenças e agravos (BRASIL, 2006).

Para o controle do câncer de mama, destaca-se a importância de ações intersetoriais que promovam acesso à informação e ampliem oportunidades para controle do peso corporal e a prática regular de exercício físico. A redução das dificuldades de acesso aos serviços de saúde para o alcance da cobertura adequada da população-alvo no rastreamento é também componente estratégico que requer a qualificação contínua do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

O amplo acesso da população a informações claras, consistentes e culturalmente apropriadas deve ser uma iniciativa dos serviços de saúde em todos os níveis. O INCA desenvolve ações de informação e comunicação em saúde que servem de subsídio aos gestores para o planejamento das suas atividades. Nos últimos anos, a Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil tem intensificado a atuação na perspectiva de promoção da qualidade de vida e ampliação das oportunidades para práticas saudáveis (BRASIL, 2006).

A prevenção primária do câncer de mama está relacionada ao controle dos fatores de risco reconhecidos. É recomendado que alguns fatores de risco,

especialmente a obesidade e o tabagismo, sejam alvo de ações visando à promoção à saúde e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, em geral (BRASIL, 2007).

O desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças tem como objetivo a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos visto que grande parte das doenças que acomete a população é passível de prevenção (MARINHO 2003).

O fisioterapeuta deve objetivar a capacitação de um profissional capaz de atuar na saúde nos níveis de promoção, prevenção, preservação e recuperação da saúde do ser humano (RAGASSON *et al*, 2001).

É fundamental a participação da fisioterapia no apoio e trabalho junto aos programas de promoção da saúde e prevenção do câncer de mama sendo relevantes suas ações frente à sociedade (BRASIL, 2004).

Uma estratégia de prevenção importante é a educação em saúde, que consiste em informar a população sobre o problema e discutir as formas de lidar com o mesmo. O fisioterapeuta poderá orientar e participar da educação em saúde na unidade de saúde, nas visitas domiciliares ou no consultório clínico. Ressalta-se a importância da humanização em todo o acompanhamento do paciente.

A promoção da saúde propõe o desafio reorientar os serviços de saúde a superar a fragmentação do assistir a doença, em direção à perspectiva da atenção integral às pessoas em suas necessidades, numa relação de diálogo, do cuidar, de ser cuidado, do ensinar e do aprender. Traz os serviços à reflexão de que necessitam participar ativamente das soluções dos problemas de saúde levantados conjuntamente com as comunidades (MORENO, 2010).

Além das ações direcionadas aos portadores da doença, também é necessário organizar programas de incentivo a saúde da mulher, divulgando os benefícios do exame de rotina, mamografia e exame clínico, a importância do autoexame, detalhando a maneira correta de realizar o mesmo, e ainda, esclarecer como a doença começa a se desenvolver, e quando isso acontece quais as medidas corretas e imediatas devem ser adotadas.

As atividades educativas são de alta relevância, já que muitas mulheres, por seus valores e cultura, não reconhecem as medidas de prevenção e detecção precoce do câncer, estudos sobre a atitude das mulheres brasileiras

quanto à prevenção e o não atendimento aos programas de captação mostram que as principais causas da resistência estariam relacionadas às questões culturais, vergonha, medo, religião, desconhecimento do exame e de onde realizá-lo (MORENO, 2010).

Assim as ações de saúde voltadas na prevenção, promoção, proteção e reabilitação saúde dos indivíduos, com o estabelecimento de vínculo entre fisioterapeutas e pacientes reforçam a necessidade da integralidade da atenção a saúde.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Esta pesquisa é do tipo descritiva e exploratória com o intuito de analisar o conhecimento e a prática na detecção precoce do câncer de mama das mulheres que frequentam a Clínica de Fisioterapia, localizada no Centro de Ciências da Saúde- Itajaí. O delineamento descritivo é importante na medida em que estudará as características sócias demográficas do grupo de mulheres e de questões relacionadas à detecção precoce do câncer de mama. O estudo exploratório propõe-se a examinar as interações o conhecimento destas mulheres acerca da detecção precoce do câncer de mama e as ações realizadas neste sentido. Esta pesquisa será essencialmente de caráter quantitativo.

3.2 Local de pesquisa

A seleção do Centro de Ciências da Saúde e mais especificamente a Clínica de Fisioterapia foi escolhida para esta pesquisa devido ao aumento progressivo de mulheres que buscam o serviço para tratar disfunções relacionadas ao câncer de mama nos últimos anos, e por ser o local que possuía estrutura adequada para abordagem e entrevista das mulheres.

3.3 Participantes da pesquisa

A população foi composta por um grupo de 20 mulheres, escolhidas aleatoriamente, que buscam atendimento na Clínica de Fisioterapia da UNIVALI e que livre e espontaneamente aceitarem participar do estudo após ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I), no período entre março e junho de 2013.

O tamanho da amostra a ser estudada foi calculado tomando por base a estimativa de atendimento médio diário de mulheres na Clínica de Fisioterapia. Foram incluídas no estudo mulheres acima de 25 anos de idade com função cognitiva preservada e que desejasse participar da pesquisa após convite informal em sala de espera.

3.4 Procedimentos de coleta de dados

As participantes foram entrevistadas por meio da aplicação de uma entrevista semi-estruturada com questões estruturadas a partir das referências bibliográficas utilizadas, previamente avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVALI.

As mulheres foram convidadas pelas pesquisadoras á participarem da pesquisa enquanto aguardam atendimento na Clínica de Fisioterapia independente da área de atendimento.

Os dias e horários escolhidos para a pesquisa foram determinados a partir da demanda da agenda da clínica. Foram realizadas entrevistas durante todos os dias da semana em todos os horários aleatoriamente. As mulheres eram abordadas enquanto estavam na sala de espera da Clínica de Fisioterapia da UNIVALI a espera de atendimento, muitas chegavam com antecedência e então perguntávamos se esta gostaria de participar da nossa pesquisa, e que era a respeito do câncer de mama.

Primeiramente elas eram conduzidas até uma sala que já havia sido separada para a coleta, a sala era a de número 108 na mesma clínica onde o ambiente preparado continha apenas uma mesa e duas cadeiras, o questionário e o protótipo não ficava a mostra durante a realização da entrevista.

Em seguida lhes foi explicado os objetivos, metodologia e contribuições do estudo e da sua relevância social, além da garantia de confidencialidade, privacidade e proteção do nome das participantes, respeito aos valores culturais, sociais, morais e religiosos e garantia da possibilidade de afastamento voluntário e espontâneo das participantes.

Após aplicação da entrevista, as mulheres eram apresentadas ao protótipo de mama e orientadas através de explicação e palpação, diferenciando uma mama normal de uma mama que contém nódulos em estado inicial e mais grave. Foram instruídas sobre as respostas corretas da entrevista, principalmente quanto ao período adequado para realização do autoexame, como realizar e o que procurar e achar durante a palpação e visualização da mama.

A Entrevista (Apêndice II) foi composta por 20 perguntas, quase todas objetivas adaptadas do estudo de Marinho *et al* (2012). Por se tratar de adaptação o instrumento passou por processo de validação quanto à clareza e pertinência das questões segundo preconizam Santos e Moretti-Pires (2012).

O instrumento foi composto por partes, na primeira, constam perguntas direcionadas às características sócio-demográficas; na segunda parte, constavam três segmentos: no primeiro segmento, estão questões referentes ao conhecimento, fonte de conhecimento e adequação do conhecimento sobre o auto-exame das mamas; no segundo, questões relacionadas a atitudes das mulheres frente à realização do auto-exame das mamas e razões para dar importância ao mesmo; e, no terceiro, a prática e adequação do auto-exame das mamas e barreiras para a prática do procedimento.

Para auxiliar na análise dos dados as pesquisadoras no decorrer da pesquisa passaram também a realizar anotações acerca do comportamento e atitude das mulheres durante a entrevista e todo processo descrito anteriormente em relação ao esclarecimento sobre a detecção precoce do câncer de mama e realização do autoexame.

A devolutiva da pesquisa foi feita logo após a entrevista em forma de apresentação do protótipo de mama, através de palpação e visualização do protótipo, o qual apresenta quatro quadrantes, divididos por uma mama normal, uma mama na fase menstrual, uma com nódulos ainda em estado inicial e outra com nódulos aderidos ao tecido representando um estado mais avançado da patologia. Após a apresentação ao protótipo as entrevistadas eram esclarecidas sobre os questionamentos realizados na entrevista, sendo orientadas das maneiras corretas quanto ao período, a realização e a prática do auto exame de mamas.

3.5 Análise dos dados

Para a análise dos resultados foi utilizado o auxílio do aplicativo Microsoft Excel 2007® para registro dos dados, análise de médias e frequências simples e demais variáveis. Com apoio do aplicativo Microsoft Word 2007® foi registrada as anotações das pesquisadoras com as impressões de cada entrevista. Após este registro foi procedida análise simples do texto transscrito, seguida pela exploração do material e interpretação para verificação do comportamento e atitude das mulheres frente ao tema do estudo, assim como modificação destes ao final da abordagem.

3.6 Aspectos éticos

É dever do profissional da área da saúde na pesquisa com seres humanos, proteger a vida, a saúde, a intimidade e a dignidade do ser humano. A investigação na área da saúde só se justifica se existem possibilidades razoáveis de que a população, sobre a qual a investigação se realiza, poderá beneficiar-se de seus resultados.

Neste sentido a pesquisa obedeceu à resolução nº 196/96 e suas complementares do CNS/MS que dispõem sobre Diretrizes e Normas regulamentares na Pesquisa com Seres Humanos, especialmente no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido. Ainda como premissas para o desenvolvimento desta pesquisa, além do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido para participação dos sujeitos à pesquisa, este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Vale do Itajaí onde o estudo foi desenvolvido e só se deu início à coleta de dados após aprovação do presente projeto pelo Comitê conforme PARECER Nº 169.999 com data de relatoria em 07/12/2012 (ANEXO A).

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O câncer de mama é um dos tumores mais estudados no mundo inteiro, mas ainda existem muitas questões e controvérsias sobre os seus determinantes. Grande parte dos estudos analisa a questão das variáveis associadas em grupos que já desenvolveram a doença, e muito pouco se sabe sobre a prevalência destes fatores de risco em mulheres assintomáticas que formam a população-alvo de programas de detecção precoce.

Assim sendo, no período de março a junho de 2013 foram entrevistadas 20 mulheres que frequentaram a Clínica de Fisioterapia da UNIVALI, com o objetivo geral de analisar o conhecimento e a prática na detecção precoce do câncer de mama entre elas.

Os dados descritos abaixo apresentam as características socioeconômicas da população participante deste estudo; investigação dos fatores de risco; conhecimento sobre o autoexame das mamas; a atitude das mulheres frente à realização do autoexame das mamas e razões para dar importância ao mesmo; e a prática e adequação do autoexame das mamas e barreiras para a prática do procedimento.

Em conjunto, os dados apresentados neste estudo mostram um grupo composto em sua maioria de mulheres casadas, de baixa escolaridade e renda, pouco inseridas no mercado de trabalho e que frequentaram a Clínica de Fisioterapia da UNIVALI por problemas de saúde próprios ou de familiares.

O conhecimento e análise das características desta população são importantes para o fornecimento de subsídios para analisar e compreender melhor os dados apresentados e as dificuldades encontradas por esta população. Entre as características socioeconômicas apresentadas, a faixa etária do grupo de mulheres entre 40 a 49 anos de idade é de 35% das entrevistadas, assim como acima de 50 anos também 35% das entrevistadas, seguida da faixa entre 30 e 39 anos para 20% desta população, e apenas 10% com faixa entre 20 e 29 anos de idade.

Em relação à escolaridade das mulheres entrevistadas, encontramos 40% com ensino médio completo, seguidos de 30% com ensino fundamental

completo, 25% ensino fundamental incompleto e 5% ensino superior incompleto.

Quanto ao estado civil das participantes 60% são casadas, 15% solteiras, 15% separadas e 10% declaram-se amasiadas. Diante da situação profissional 65% não trabalham fora de casa enquanto 35% trabalham. Em relação à renda familiar destas mulheres 50% das mulheres incluindo as pessoas que integram a família ganham 1 salário mínimo, 40% ganham de 2 a 4 salários mínimos e apenas 10% ganham de 5 a 9 salários mínimos.

Alguns estudos afirmam que os fatores socioeconômicos podem estar associados a um maior risco de câncer de mama, mas essa afirmação ainda não tem comprovação científica. Com exceção da idade, outras variáveis sócio-demográficas não devem ser utilizadas como parâmetros para rastreamento da doença (LAMAS e PEREIRA, 1999).

As variáveis hormonais e reprodutivas são mais consideradas na etiologia do câncer de mama, e tem fundamentação biológica considerando a exposição a estrógenos, progestágenos e outros hormônios de potencial carcinogênico (CHAGAS, 2000).

O primeiro fator de risco a ser investigado foi quanto ao número de gestações, sendo possível constatar que 45% das mulheres tiveram 4 gestações ou mais, 20% tiveram 3 gestações, 15% 2 gestações, 15% apenas 1 gestação e 5% das entrevistadas não tiveram nenhuma gestação. A idade na qual tiveram as gestações varia de 15 a 49 anos, sendo que 47,05% das mulheres tiveram filhos entre 20 e 29 anos, 29,41% tiveram filhos entre 30 e 39 anos, 17,64% entre 15 e 20 anos, e 5,88% com idade entre 40 e 49 anos.

Segundo Pinho e Coutinho (2005), embora a primeira gestação tardia seja a que já tem o seu papel estabelecido na causalidade do câncer de mama, a idade na última gestação também está sendo investigada como um fator de risco.

Em um estudo retrospectivo de Reis *et al.* (1995) realizado em instituições hospitalares das cidades de Fortaleza, Recife, Curitiba, Rio de Janeiro e Campinas, entre 1992 e 1993 com 4.408 mulheres, estimou uma prevalência de 19% de abortamento provocado, valor que, na época, já foi considerado muito alto pelos autores. A interrupção da gestação em sua fase

inicial, quando o tecido mamário contém altas concentrações de estrogênios, pode favorecer a proliferação de células malignas.

Quanto ao fator amamentação 85% das entrevistadas confirmaram ter amamentado, enquanto 15% não amamentaram.

Em relação ao antecedente familiar de câncer de mama, 70% das mulheres não possuem antecedentes familiares e 30% possuem algum caso na família. A história familiar de câncer de mama está associada a um aumento de cerca de duas a três vezes no risco de desenvolver essa neoplasia. Alterações em alguns genes responsáveis pela regulação e pelo metabolismo hormonal e reparo de DNA, como por exemplo, BRCA1, BRCA2 e P53 aumentam o risco de desenvolver o câncer de mama (INCA, 2012).

Outro fator investigado foi o uso de anticoncepcional oral, onde 70% não fazem uso do contraceptivo e 30% fazem. Presume-se que a maioria não faça uso do anticoncepcional, pois já se encontra em fase de menopausa ou em idade mais avançada.

Segundo o estudo de Schor *et al.*(2000), realizado em São Paulo com 1.157 mulheres entre 10 e 49 anos, foi encontrado uma prevalência de 35,3% para o uso de contraceptivos orais. A revisão de Malone *et al.*(1993) mostrou que o uso prolongado desses medicamentos aumenta o risco da doença em mulheres com menos de 45 anos. A explicação biológica para esse efeito é que os contraceptivos orais aumentam a proliferação de células epiteliais normais e também de células malignas já presentes no tecido mamário (CHAGAS, 2000).

Por isso, o uso de tais medicamentos por grande número de mulheres em algumas regiões do país merece uma vigilância mais adequada quanto a um possível aumento no risco, seja para o câncer da mama, seja para outras doenças.

O fator tabagismo foi confirmado em 25% das entrevistadas, enquanto 75% afirmaram não fazer uso de cigarro. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que um terço da população mundial adulta, isto é, 1 bilhão e 200 milhões de pessoas (entre as quais 200 milhões de mulheres), sejam fumantes. Pesquisas comprovam que aproximadamente 47% de toda população masculina e 12% da população feminina fumam. Enquanto nos países em desenvolvimento os fumantes constituem 48% da população masculina e 7% feminina, nos países desenvolvidos a participação das mulheres mais que

triplica - cerca de 42% dos homens e 24% das mulheres têm o hábito de fumar (BRASIL, 2013). Porém, como existe uma tendência de aumento da prevalência do hábito entre as mulheres, este deverá ser desencorajado em virtude de seu efeito danoso para a saúde.

A prática de atividade física foi relatada por 45% das mulheres, as quais na sua maioria consideram as idas a fisioterapia como uma atividade física, sendo esta praticada muitas vezes apenas uma vez na semana, enquanto 55% das mulheres confirmam ser sedentárias. A prática de exercícios físicos regulares pode reduzir o risco de câncer de mama e é um fator já estabelecido como protetor por alguns autores (PINHO e COUTINHO, 2005).

De acordo com a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL (2011) o indicador de prática de atividade física no tempo livre não estipula um número mínimo de dias na semana para a prática da atividade física. Porém considera como volume recomendado de atividade física no tempo livre a prática de, pelo menos, 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada ou de, pelo menos, 75 minutos de atividade física de intensidade vigorosa (BRASIL, 2012).

Portanto, pode-se considerar que o número de participantes da pesquisa consideradas sedentárias equivale ao número total da amostra, pois o volume de atividade semanal é insuficiente para se considerar o sujeito como ativo.

Na sequência foi investigado o conhecimento, a fonte de conhecimento e a adequação do conhecimento sobre o autoexame das mamas com as mulheres. Em relação ao conhecimento sobre o autoexame de mamas 95% das participantes diziam possuir conhecimento sobre o autoexame de mamas, enquanto 5% declararam não possuir. Quando perguntadas onde adquiriram esta fonte de conhecimento 41,66% apontam através de rádio ou televisão, 37,50% através da unidade de saúde, 4,16% através das escolas e, 16,66% dizem ter surgido de alguma outra fonte de conhecimento, sendo que nenhuma entrevistada indicou o trabalho, uma amiga ou a igreja como fonte de conhecimento.

Quando questionadas em relação à periodicidade que deve realizar o autoexame, 45% afirmam realizar todo mês, 30% afirmaram que deveria ser

realizados a cada seis meses, 15% não realizam e 10% delas acreditam que deve ser realizado a cada quatro meses.

O aumento da detecção tardia do câncer de mama é ocasionado possivelmente pela desmotivação diante do acúmulo dos afazeres domésticos, atividades sociais e profissionais, em mulheres jovens e em plena fase reprodutiva e produtiva (SILVA et al, 2009).

O autoexame das mamas, preconizado como forma de detecção precoce do nódulo mamário é um método eficaz e de baixo custo. No entanto, quando realizado esporadicamente, os resultados são possivelmente tão ineficientes quanto aos realizados de maneira incorreta (SILVA et al, 2009).

Quando questionadas sobre qual a utilidade do autoexame 65,21% escolheram a opção procurar um “carocinho” no seio e se encontrar procurar um médico, 30,43% apontam que se diagnosticar o câncer mais cedo tem mais chance de cura, e 4,34% serve somente para procurar alguma doença e, nenhuma participante escolheu a opção nenhuma utilidade.

Por ser um método prático que ajuda a mulher a familiarizar-se com o tamanho e forma da mama, o autoexame de mamas pode reconhecer o aspecto normal da pele, colaborando para a detecção de anormalidades e tomada de decisão em tempo hábil sobre algum tipo de tratamento. A mulher deve examinar a simetria, cor, forma, retração da pele ou do mamilo, abaulamentos, fissuras e demais alterações presentes. Uma das técnicas recomendadas para o autoexame das mamas é a palpação circular, iniciando pelo mamilo e vagarosamente se estendendo para a parte externa da mama e axila (SILVA et al, 2000).

Em seguida foi investigado quanto à adequação do conhecimento, sendo que 75% das mulheres consideram seu conhecimento a respeito do autoexame adequado, 15% inadequado e 10% assumiram desconhecimento da maneira correta de fazer o autoexame.

As próximas perguntas buscaram verificar a atitude das mulheres frente à realização do autoexame das mamas e razões para dar importância ao mesmo. Quando questionadas a respeito da importância de se fazer o autoexame, 100% das mulheres consideram importante realizar o autoexame. Porém quando questionadas a que se deve a importância do exame 5,48% consideram importante pelo aumento da chance de cura, 29,3% como medida

preventiva, 22,58% pela gravidade da doença, 12,90% pelo aumento dos casos de câncer de mama. Este resultado corrobora com a conclusão da pesquisa de que o assunto não está bem esclarecido para essas mulheres, já que não entendem a relação do autoexame como um método de detecção precoce e como estratégia de autocuidado.

Para finalizar a entrevista, as mulheres foram questionadas sobre a prática e adequação do autoexame: barreiras para a prática do procedimento. Neste aspecto 85% das mulheres afirmaram realizar o autoexame, enquanto 15% não o fazem. Ao questioná-las quando costumam fazer o autoexame 40% declaram ser num dia qualquer escolhido indiferente ao período menstrual, 25% na primeira semana após a menstruação, 20% como não menstrua mais, faz todos os meses em um dia determinado escolhido, 15% não faz e nenhuma mulher escolheu as opções no período menstrual e uma semana antes da menstruação.

Quando questionadas sobre as dificuldades pessoais para realização do autoexame, 45% afirmam não ter nenhuma dificuldade, 25% esquecimento, 15% desconhece a maneira correta, 10% acha que só o médico sabe examinar corretamente, 5% referem medo e nenhuma mulher assinalou a opção vergonha.

Foram questionadas se sabiam diferenciar uma mama normal e com alguma normalidade, onde 70% afirmaram que sim e 30% que não. Para finalizar a entrevista foi questionado o que deveriam fazer se encontrassem alguma anormalidade, sendo que 90% afirmaram que se deve procurar um profissional, 5% procurar uma unidade de saúde e 5% pedir mamografia.

Uma das questões solicitava à entrevistada relatar como realizava o autoexame das mamas. As mulheres não responderam esta questão, fato que se confirma quando demonstramos a forma correta usando o protótipo. Neste sentido, embora a pergunta tenha sido realizada, a mesma não obteve dados para análise.

O que nos parece claro com os resultados da pesquisa é que há controvérsia surgida na fala das participantes, pois ora respondem que conhecem, ora se contradizem. Isto reforça a falta de conhecimento planificado à respeito do assunto.

Após a entrevista foi mostrado o protótipo da mama (Mama Amiga) sendo às mulheres instruídas a palpar os diferentes quadrantes que este apresentava e que se diferenciavam em uma mama normal, uma mama no período menstrual, uma com pequenos nódulos ainda benignos e o último quadrante apresentava uma mama com nódulos mais aderidos e num estado mais avançado e grave de câncer de mama.

Durante a palpação as entrevistadas eram questionadas sobre o que estavam encontrando a palpação e o que achavam que aquilo significava. As respostas adequadas de cada questão eram discutidas após a apresentação do protótipo, esclarecendo neste momento a importância e diferenciação do autoexame das mamas.

Durante as entrevistas, as pesquisadoras registraram no verso da própria entrevista aplicada a percepção sobre cada entrevistada quando lhes era revelada as respostas corretas acerca dos questionamentos realizados. Foi possível constatar que muitas mulheres se surpreenderam com as respostas corretas e orientações dadas em conversa após a entrevista.

Percebeu-se entre as entrevistadas a incoerência entre o que haviam respondido com convicção em relação ao conhecimento sobre o tema e a informação verdadeira sobre o câncer de mama e o autoexame. Também se percebeu clara confusão entre o autoexame e a mamografia tratados pelas mulheres como sinônimos e não como formas de exame distintas. A crença em apontar o ideal do autoexame ser realizado a cada seis meses e que só o médico deveria realizá-lo corroboram com a confusão realizada entre o autoexame e a mamografia.

Foi notado pelas pesquisadoras a surpresa das mulheres participantes quando apresentadas ao protótipo da mama, onde o manuseavam com as orientações corretas sobre o autoexame e ao reconhecimento das diferenças entre normalidade e anormalidades possíveis de serem encontradas entre as mulheres e também homens em menor proporção. Neste momento ficou evidente para as participantes o quanto desconheciam sobre o tema e o autoexame em relação de como e quando executá-lo, e em relação às alterações e seus graus de gravidade. O que nota-se como aspecto positivo é que entre elas é clara a atitude da procura do médico quando percebidas anormalidades nas mamas ou axilas.

Entre as 20 mulheres entrevistadas apenas 4 delas de fato realizam o autoexame de mamas corretamente sendo que 2 tiveram câncer de mama e passaram por procedimento cirúrgico.

A conscientização da população sobre o câncer e o estímulo às mudanças de comportamento são ações fundamentais para a prevenção primária do câncer de mama (SILVA et al 2011).

As ações educativas em saúde podem preparar a população com a construção de novos conhecimentos, propiciando uma prática consciente de comportamentos preventivos. O conceito de saúde e doença perpassa a trajetória histórica das famílias, transmitindo conhecimentos de geração para geração, com mudanças visíveis ao longo do tempo (SILVA et al 2011).

Sendo assim, a conscientização da população sobre o câncer e o estímulo às mudanças de comportamento são ações fundamentais para a prevenção inicial do câncer, além disso, a detecção precoce é o meio mais utilizado para diagnosticar os pacientes o mais breve possível, para que o prognóstico possa ser positivo (SILVA et al 2011).

A pesquisa mostra que 95% das mulheres afirmam possuir conhecimento sobre o autoexame das mamas, onde 41,66% obtiveram essa informação através de fontes de rádio ou televisão. Porém essas mulheres desconhecem a maneira correta de realizar o toque, não tem certeza quanto a melhor data para realizar o exame e apresentam dúvidas sobre o que encontrar. Isso traz em questionamento a eficácia dos meios de informação, da mídia e até que ponto isso é realmente promoção da saúde.

Essas mulheres acreditam que o conhecimento que elas possuem é suficiente quando se fala em autoexame das mamas. Apesar das informações serem largamente divulgadas pela mídia essa ação não é suficiente para influenciar as mulheres para o autocuidado e para que tomem a atitude para realizar o exame.

Para que a estratégia da mídia seja eficaz como meio de promoção de saúde, a informação tem que fazer sentido para a pessoa, tem que fazer as pessoas pensarem a respeito, despertar o interesse em conhecer mais sobre o assunto e despertar a conscientização e o autocuidado.

Nosso objetivo é tornar as pessoas cada vez mais capazes de pensar. Uma mídia eficiente não pode tão somente exercer a função de informar, mais

também de educar, e servir de instrumento de fortalecimento na buscar uma saúde pública igualitária.

Diante da complexidade da temática *Educação em Saúde*, mas com compreensão da amplitude que abrange todas as questões que a envolvem, é que o profissional irá desenvolver ações emancipatórias de promoção da saúde que ultrapasse o modelo biomédico e atue de forma participativa para que a pessoa obtenha conhecimento necessário para tomar decisões conscientes no seu processo saúde-doença e de viver saudável.

Fato que compreenderia uma “nova perspectiva de promoção da saúde”, que visa alcançar um “novo processo de saúde-doença”, para que as pessoas saudáveis possam cuidar melhor de sua saúde, inserindo mais práticas saudáveis em seu dia-dia. Esta reflexão busca o rompimento do paradigma biomédico e busca um cuidar das pessoas saudáveis em seu processo de viver.

Para tanto, a partir desse material teórico apresentado, podem-se refletir possibilidades de ampliação de maneiras de cuidar e de atuar, embasadas na premissa de que todas as ações de saúde devem ser consideradas favoráveis a essas condições.

.

5 CONCLUSÃO

O câncer de mama é uma doença que consiste na multiplicação anormal das células da mama, e entre os diversos tipos de neoplasias, sendo um dos que mais tem merecido a atenção de pesquisadores. Apesar disso, não se encontrou uma causa que possa ser considerada como um fator primário para seu início. Existem muitas questões e controvérsias sobre os seus determinantes.

Grande parte dos estudos analisa a questão das variáveis associadas em grupos que já desenvolveram a doença, e muito pouco se sabe sobre a prevalência destes fatores de risco em mulheres assintomáticas que formam a população-alvo de programas de detecção precoce.

O perfil geral dos participantes deste estudo é de mulheres entre 20 e 50 anos, que não trabalham fora, e em sua maioria casadas, residentes na cidade de Itajaí e que freqüentam a Clínica de Fisioterapia da UNIVALI por necessidade própria ou que acompanham algum familiar.

Em relação aos fatores de risco, a maioria das mulheres teve 4 ou mais gestações, a média de idade dessas gestações foi entre 21 e 29 anos e 85% dessas mulheres amamentaram. A presença de pessoas na família com câncer de mama esteve presente em 30% dos casos. Em sua maioria (75%) as participantes não fazem uso de anticoncepcional oral, não fumam e não praticam exercício físico.

Com relação ao conhecimento sobre o autoexame das mamas 95% afirmaram ter esse conhecimento, porém durante a abordagem da pesquisa foi possível observar que 45% das participantes fazem confusão entre mamografia e autoexame. Relataram que a fonte dessas informações vem a partir de redes de televisão e rádio e 50% das entrevistadas afirmaram que o autoexame deve ser realizado a cada seis meses por um profissional.

A crença que o autoexame deve ser realizado a cada seis meses e que só o médico deveria realizá-lo corroboram com a confusão realizada entre o autoexame e a mamografia.

Todas concordaram com a importância de se fazer o autoexame, e 85% afirmam realizar o procedimento, porém a maioria delas não tem nenhum

critério para escolher o dia para realizar e 30% delas não sabem o que encontrar.

A devolutiva da pesquisa foi realizada no mesmo dia logo após a entrega do questionário. Após a entrevista foi mostrado o protótipo da mama (Mama Amiga) sendo às mulheres instruídas a palpar os diferentes quadrantes que este apresentava. Durante a palpação as entrevistadas eram questionadas e orientadas quanto à maneira correta de realizar o procedimento além de orientações quanto a escolha do dia e o que procurar nesse auto toque.

Neste momento ficou evidente para as participantes o quanto o seu conhecimento era limitado sobre o tema. O que nota-se como aspecto positivo é que entre elas é clara a atitude da procura ao médico quando percebidas anormalidades nas mamas.

Considera-se que a devolutiva foi positiva para as participantes, pois para a maioria delas este tinha sido o primeiro contato com um protótipo de mama. A princípio as mulheres se intimidavam pela situação, porém no decorrer das explicações das pesquisadoras, as participantes se sentiam mais a vontade e acabavam fazendo o toque no protótipo e em seguida tiravam suas dúvidas com relação ao procedimento.

Estimular mudanças de comportamento e conscientizar a população sobre o câncer de mama são ações educativas que propiciam uma prática consciente de comportamentos preventivos.

6 REFERÊNCIAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **O que é saúde.** Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.adocontb.org.br/index.php?codwebsite&codpagina=00020975>>. Acesso em: 24 de agosto de 2012.

BRASIL; Agência Nacional de Saúde Suplementar **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**: manual técnico / Agência Nacional de Saúde Suplementar.2. ed. – Rio de Janeiro: ANS, 2007. 168 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/promocao_saude_prevencao_riscos_doenças.pdf>. Acesso em: 07 de junho 2012.

BRASIL; **Controle do Câncer de mama:** documento de consenso. Abril, 2004. Disponível em:<<http://www.redesaude.org.br/portal/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/normas-tecnicas/012.pdf>>. Acesso em: 07 de junho 2012.

BRASIL; Ministério da Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência de Saúde.** Anais, Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
BRASIL; Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle de cânceres do colo de útero e da mama.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL- Ministério da Saúde. **Tabagismo dados e números.** Brasil 2013. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabcigismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=mundo.htm>>. Acesso em 25 de agosto de 2013.

BRASIL; **Instituto Nacional de Câncer.** Rio de Janeiro: INCA, 2011. 118p. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v04/pdf/13_resenha_estimativa2012_incidencia_de_cancer_no_brasil.pdf>. Acesso em: 07 junho de 2012.

BRASIL; Sociedade Brasileira de Mastologia. **Revista Brasileira de Mastologia.** Vol 21, n1, Jan/Mar 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde: **VIGITEL-Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico-** 2011. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília-DF, 2012.

CHAGAS, Carlos Ricardo. **Tratado de Ginecologia Febrasgo: Câncer de Mama: Etiologia, Fatores de Risco e Estadiamento.** Rio de Janeiro: Revinter Ltda, 2000.

CNEN- Comissão Nacional de Energia Nuclear. Apostila educativa: **Radiações Ionizantes e a vida.** Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.cnen.gov.br/ensino/apostilas/rad_ion.pdf. Acesso em: 30 de agosto de 2012.

FREITAS, C.R.P.; TERRA, K.L.; MERCÉS, N.N.A. Conhecimentos dos acadêmicos sobre prevenção do câncer de mama. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2011 dez;32(4):682-7.

GOMES, I. P., REIS, P. E. D., PEREIRA, J. F. L., XAVIER, T. G. M. Dexrazoxane um Aliado da Enfermagem no Extravasamento de Quimioterápicos: Revisão Integrativa. **Online Brazilian Journal of Nursing** Vol 8, No 2, 2009. Disponível em: <http://dc195.4shared.com/doc/h_2Crg0D/preview.html> Acesso em: 02 de setembro de 2012.

HUGUET, P.R.; MORAIS, S.S.; OSIS, M.J.D.; NETO, A.M.P.; GURGEL, Q.S.C. **Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama.** São Paulo:2008.

INCA - **Instituto Nacional de Câncer.** Rio de Janeiro: INCA, 2011a. 118p. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v04/pdf/13_resenha_estimativa2012_incidencia_de_cancer_no_brasil.pdf>. Acesso em: 07 junho de 2012.

INCA - Instituto Nacional do Câncer. **Tipos de câncer: mama.** Rio de Janeiro, 2010.. Disponível em:< <http://www.inca.gov.br/wps/connect/tiposdecancer/site/home/mama>> Acesso em 16 de abril de 2012.

INCA - Instituto Nacional do Câncer. **Prevenção e tratamento do câncer de colo de útero e de mama: um cuidado que vale a pena para toda vida.** Rio de Janeiro, 2011b. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/834075004823b8069c14bd63a415c32e/mama+2011MS.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=834075004823b8069c14bd63a415c32e>> Acesso em 16 de abril de 2012.

INCA - Instituto Nacional do Câncer. **Incidência de câncer no Brasil, estimativa 2012.** Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:<

<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5>. Acesso em 25 de agosto de 2013.

INCA – Instituto Nacional do Câncer. **Sistema de Informação do Câncer de Mama.** Rio de Janeiro, 2009a. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/deteccao_precioce>. Acesso em 20 de agosto de 2012.

INCA – Instituto Nacional do Câncer. **Sumário Executivo. Políticas e Ações para Prevenção do Câncer no Brasil. Alimentos, Nutrição e Atividade Física.** Rio de Janeiro: INCA, 2009b. 16p.

INCA – Instituto Nacional de Câncer. **A Situação do Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA 2006. p.119. Disponível em: http://www.cnen.gov.br/ensino/apostilas/rad_ion.pdf. Acesso em: 30 de agosto de 2012.

INCA – Instituto Nacional de Câncer. Programa Nacional de Controle de Câncer de Mama: Detecção Precoce. Rio de Janeiro: INCA 2013. Disponível em:<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/no_brasil/programa_controle_cancer_mama/deteccao_precioce> Acesso em: 09 de novembro de 2013.

JACOMÈ E. M., SILVA, R.M., GONÇALVES, M.L.C., COLLARES, C.P.M., BARBOSA, I.L.. Detecção do Câncer de Mama: Conhecimento, Atitude e Prática dos Médicos e Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Mossoró, RN. **Brasil Revista Brasileira de Cancerologia.** 2011; 57(2): 189-198.

LAMAS, J.M., PEREIRA, M.G.. Fatores de risco para o câncer de mama e para lesões pré-malignas em mulheres assintomáticas no Distrito Federal. **Revista Brasileira de Mastologia.** 9:108-14, 1999.

LEITE, F.A.; FARANY, M.I.S. O **fisioterapeuta na atenção primária: uma atuação nos bastidores?** FisioBrasil Atualização Científica, Rio de Janeiro, n. 61, p. 11-13, set./out. 2003.

LOTTI, R.C.B.; BARRA, A.A.; DIAS, R.C.; MAKLUF, A.S.D. **Impacto do tratamento do câncer na qualidade de vida.** Belo Horizonte: 2008. Disponível em: <

http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v04/pdf/367_372_Impacto_do_Tratamento_de_Cancer_de_Mama.pdf >. Acesso em: 31 de agosto de 2012.

MADEIRA, K.H. **Práticas do Trabalho Interdisciplinar na Saúde da Família:** um estudo de caso. 148f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – 2009 Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI- SC. Orientador: CUTOLO,L.R.

MALONE, K.E., DALING,J.R., WEISS, N.S.. Oral contraceptivesvin relation to breast cancer. **Revista de Epidemiologia.** 15:80-97, 1993.

MARINHO, L.A.B. et al. **Conhecimento, atitude e prática do autoexame das mamas em centros de saúde.** Revista Saúde Pública. São Paulo, 2003.

MENDONÇA, I.C.A., BRETAS, C.G., CARVALHO, L.M.A., AVELAR, S.O.S., KELLES, S.M.B.. **Tratamento da dor do paciente oncológico.** Parecer do Grupo de Avaliação de Tecnologias em Saúde. Minas Gerais :2008.

MORENO, M.L.**Papel do enfermeiro na abordagem do câncer de mama na Estratégia de Saúde da Família.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Uberaba-MG, 2010.

PINHO, V.F.S., COUTINHO, E.S.F.. Fatores de risco para câncer de mama: uma revisão sistemática de estudos com amostras de mulheres da população geral no Brasil. **Caderno de Saúde Pública.** vol.21, no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2005.

PIRES, D.M. **Auto exame das mamas:** detecção precoce. Belo Horizonte: 2012. Disponível em: <<http://mastologiabh.site.med.br/index.asp?PageName=auto-2Dexame>>. Acesso em: 05 de setembro de 2012.

RAGASSON, C. A. P.; ALMEIDA, D. C. S.; COMPARIN, K.; MISCHIATI, M. F.; GOMES, J.T. **Atribuições do Fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família:**Reflexões a partir da prática profissional. Paraná, 2001.

REIS, A.F.F., COSTA, C.F.F., MELLO, C.R., ALMEIDA, F.M.L., COSTA, H.L.F.F., GABIATTI, J.R.E., et al. Estudo epidemiológico do abortamento no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia.**17:453-61.1995.

SANTOS, S. G.; PIRES, R. O. M.; Métodos e técnicas de pesquisa quantitativa aplicada à Educação Física. 1ed. Florianópolis: Tribo da Ilha, 2012.

SÃO PAULO. A importância do autoexame de mamas. Estância turística de Pereira Barreto- SP 2013. Publicado em 29 Março 2012, São Paulo 2013. Disponível em:
<http://www.pereirabarreto.sp.gov.br/noticias/10-prefeitura/1210--a-importancia-do-auto-exame-da-mama.html> Acesso em 09 de novembro de 2013.

SCHMIDT, V.V. **História Cultural e Social das Famílias: saúde e doença.** Saúde da família: pós-graduação, 25-26 de jun. de 2005. 36 f.
SCHOR, N., FERREIRA, A.F., MACHADO, V.L., FRANÇA, A.P., PIROTTA, K.C.M., ALVARENGA, A.T., et al. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. **Caderno de Saúde Pública.** 16:377-84, 2000.

SCHUNEMANN JÚNIOR, E., SOUZA, R.T., DÓRIA, M.T. Anticoncepção hormonal e câncer de mama. Curitiba (PR). **Revista Femina.** Abril 2011, vol 39, nº 4.

SILVA, R.M.; RIBEIRO, N. L. R.; SANCHES, M. B.; CUNHA, F. M. A. M.; VIEIRA, L. J. E. S.; SOBREIRA, T. T.; Barreiras Para a Prática do Autoexame das Mamas Entre Acadêmicas da Área de Saúde. **Revista APS**, v. 12, n. 2, p. 131-139, abr./jun. 2009. Fortaleza, 2009.

SILVA, A.R.S, ALVES, E.R.P., BARROS, M.B.S.C., BUSHATSKY, M., SOUTO, C.M.M.R., FILHO, A.S.S.F. Educação em saúde para detecção precoce do câncer de mama. **Revista Rene**, Fortaleza, 2011;

SILVA, R.M., RODRIGUES, D.P., GURGEL, A.H., FARIA, L.M., Auto exame das mamas em mulheres jovens e a relação com o auto cuidado. **Revista Rene**. Fortaleza, v.1, n.1, p.9-13, jan/jul 2000..

TRELHA, C.S., SILVA, D.W., LIDA, L.M., FORTES, M.H., MENDES, T.S. O Fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família em Londrina (PR). **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.2, p.20-25, jun.2007.

ZAGO, M. M. F. e CESTARI M. E. W. ; A prevenção do câncer e a promoção da saúde: um desafio para o Século XXI. **Revista Brasileira de Enfermagem**. São Paulo, 2005.

7 APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistada e/ou participar na pesquisa de campo referente ao projeto de pesquisa intitulado DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA ABORDAGEM DA FISIOTERAPIA desenvolvida por Danieli Fabrícia Pereira e Jinana Sais. Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é coordenada e orientada pela professora MSc. Luciana de Oliveira Gonçalves, a quem poderei contatar e consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (47) 3341-7743 ou pelo e-mail lucianag@univali.br.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é analisar o conhecimento e a prática na detecção precoce do câncer de mama das mulheres atendidas na USFC (Unidade de Saúde Familiar Comunitária), localizada no Campus da Univali em Itajaí.

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista semi-estruturada, a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. Ao participar da pesquisa as participantes estarão correndo o risco quanto à preservação dos seus dados e respostas feitas ao questionário e risco de exposição. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelas pesquisadoras e/ou sua orientadora.

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____, RG _____, CPF _____ abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e data: _____

Nome: _____

Assinatura do Sujeito ou Responsável: _____

Telefone para contato: _____

Pesquisador Responsável: _____

Telefone para contato: _____

Pesquisadores Participantes: _____

Telefones para contato: _____

8 APÊNDICE II - Entrevista semi-estruturada

ENTREVISTA

Características sócio-demográficas

1 - Idade (anos): _____

2 - Escolaridade:

- Ensino Fundamental Completo.
- Ensino Fundamental Incompleto.
- Ensino Médio Completo.
- Ensino Médio Incompleto.
- Ensino Superior Completo.
- Ensino Superior Incompleto.
- Não estudou.

3 - Profissão : _____.

4 – Estado Civil:

- Casada
- Solteira
- Viúva
- Amasiada
- Separada

5 - Renda Familiar (em salários-mínimos):

- 1 salário
- 2-4 salários
- 5-9 salários
- >10 salários

Investigação dos Fatores de Risco

6 - Quantidade de gestações:

- Zero
- 1
- 2
- 3
- 4 ou mais

7 – Se teve gestações, foi com qual idade?

8 – Amamentou?

9 – Possui alguém na família que tem ou já teve Câncer de mama?

10 – Faz uso de anticoncepcional oral?

11 – Fuma ou já fumou?

12 – Pratica alguma atividade Física?

Conhecimento sobre o autoexame de mamas

13 – Tem conhecimento sobre o autoexame de mamas?

- Sim
- Não

14 – De onde surgiu a fonte de conhecimento:

- Centro de saúde
- Rádio/TV
- Trabalho
- Vizinhas/amigas
- Igrejas
- Escolas
- Outros

9 - De quanto em quanto tempo deve realizar o autoexame?

- Deve ser realizado toda semana pela mulher.
- Deve ser feito todos os meses pela mulher.
- Deve ser realizado a cada quatro meses.
- Deve ser realizado a cada seis meses por um profissional.

10 - Qual a utilidade do autoexame?

- Nenhuma utilidade.
- Serve somente para procurar alguma doença.
- Se diagnosticar o câncer mais cedo, têm mais chance de cura.
- O exame do seio feito pela própria mulher é para procurar um “carocinho” no seio, se achar o “carocinho” ela deve procurar logo o médico.

11 - Quanto à adequação do conhecimento, você considera?

- Adequado
- Inadequado
- Desconhecimento da maneira correta de fazer o auto-exame da mama.

Atitude das mulheres frente à realização do autoexame das mamas e razões para dar importância ao mesmo.

12 – Você considera importante fazer o auto-exame de mamas?

- Sim
- Não

13 – Por que considera importante?

- Gravidade da doença.
- Aumento da chance de cura.
- Como medida preventiva.
- Aumento dos casos de câncer de mama.
- Outros _____.

Prática e adequação do autoexame das mamas e barreiras para a prática do procedimento

14 - Você realiza o auto-exame?

- Sim
- Não
- Desconhecimento da maneira correta de fazer o auto-exame da mama

15 – Como você realiza o auto-exame?

16 - De quanto em quanto tempo costuma fazer esse exame?

- Todo mês
- A cada três ou quatro meses.
- A cada seis meses
- Como não menstrua mais, não tem data certa para realizar o auto-exame.

17 - Quando costuma fazer o exame do seio?

- Na primeira semana após a menstruação.
- Como não menstrua mais, faz todos os meses o exame em um dia escolhido.
- No período menstrual.
- Uma semana antes da menstruação.
- Sempre faz o exame num dia escolhido, indiferente do dia da menstruação.

18 - Quais as dificuldades pessoais para a realização do auto-exame?

- Esquecimento
- Medo
- Vergonha
- Acha que só o médico sabe examinar corretamente
- Desconhecimento da maneira correta de fazer o auto-exame da mama
- Outros _____.

19 – Sabe diferenciar uma mama normal e uma mama com alguma anormalidade?

20 - O que você acha que deve fazer quando encontra alguma anormalidade?

9 APÊNDICE III - Folha de aprovação de trabalhos acadêmico-científicos

DANIELI FABRÍCIA PEREIRA; JINANA SAIS

DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA ABORDAGEM DA FISIOTERAPIA

Esta Monografia foi julgada adequada para a obtenção do título de Bacharel e aprovada pelo Curso de Fisioterapia, da Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Ciências da Saúde.

Área de Concentração:
Fisioterapia

Itajaí, 03 de outubro de 2013.

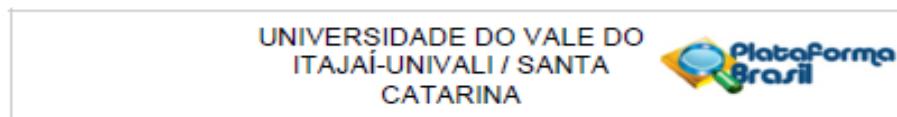
Profa. Dra. Luciana de Oliveira Gonçalves
UNIVALI – Centro de Ciências da Saúde.
Orientador

Profa. MSc. Aleksandra Marinho Dias
UNIVALI – Centro de Ciências da Saúde.
Membro

Profa. MSc. Simone Beatriz Pedrozo Viana
UNIVALI – Centro de Ciências da Saúde.
Membro

ANEXO

10- PARECER CONSUBSTANIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA- CEP



PARECER CONSUBSTANIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Detecção precoce do câncer de mama e educação em saúde: uma abordagem da fisioterapia.

Pesquisador: Luciana de Oliveira Gonçalves

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 06828412.5.0000.0120

Instituição Proponente: Universidade do Vale do Itajaí

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 169.999

Data da Relatoria: 07/12/2012

Apresentação do Projeto:

O projeto trata de uma pesquisa descritiva, exploratória, quantitativo tipo inquérito com o objetivo de analisar o conhecimento, atitude e prática do autoexame das mamas em mulheres que utilizam o ambulatório de ginecologia na Universidade do Vale do Itajaí. Buscam-se estas informações, pois o risco para o câncer de mama, que é uma patologia crônico-degenerativa tem aumentado devido, em grande parte, a mudanças graduais de fatores de riscos já estabelecidos como exemplo: o aumento do intervalo entre a menarca (primeira menstruação) e o primeiro filho, mudanças nos fatores ambientais (dieta, exposição a substâncias cancerígenas, agrotóxicos, dioxinas, etc.) e os fatores psicológicos, estes ainda menos confirmados e que portanto realizar o autoexame e assim detectar precocemente o câncer é fundamental para cura da patologia, mas para isso é necessário identificar o conhecimento das mulheres sobre o assunto (teoria e prática) e talvez ser necessário alterar a forma de abordagem para realizar a promoção à saúde. Assim o objetivo do estudo consiste em analisar o conhecimento e a prática na detecção precoce do câncer de mama das mulheres atendidas na USFC. A abordagem será realizada pela fisioterapia em um grupo de 15 mulheres, escolhidas aleatoriamente, com idade igual ou superior a 35 anos, com função cognitiva preservada e sem antecedentes pessoais de câncer de mama e que apresentam ficha clínica aberta. As mulheres serão entrevistadas com questionário estruturado enquanto aguardam atendimento na área de ginecologia. As entrevistas ocorrerão a cada mulher que se enquadre nos critérios de inclusão, até se completar o número esperado para a pesquisa. Nos casos em que a mulher a ser entrevistada

Endereço:	URUGUAI 402/99998	
Bairro:	CENTRO	CEP: 88.302-202
UF:	SC	Município: ITAJAÍ
Telefone:	(47)3341-7738	Fax: (47)3341-7744
		E-mail: etica@unival.br

não aceitar participar do estudo, passa-se para a seguinte e assim sucessivamente, até conseguir o número esperado de participantes. O questionário será composto por vinte perguntas, todas objetivas. O instrumento foi composto por partes, que constam de perguntas direcionadas às características sócio-demográficas; a fonte de conhecimento e adequação do conhecimento sobre o auto-exame das mamas; a atitudes das mulheres frente à realização do auto-exame das mamas e a prática e adequação do auto-exame das mamas e barreiras para a prática do procedimento. Para a análise dos resultados, consideram-se conhecimento adequado do auto-exame das mamas as afirmativas corretas referidas pelas entrevistadas quanto à utilidade do procedimento e à maneira de realizá-lo. A análise dos dados será realizada com o auxílio do aplicativo Microsoft Excel 2007® para análise de frequências simples e demais variáveis. Os benefícios se aplicam em pesquisas na área da promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como, mudanças na educação formal da população e no ensino específico dos profissionais da área de saúde, é o principal benefício uma vez que, estes podem proporcionar uma maior adesão aos programas de promoção da saúde e prevenção do câncer pelos indivíduos. A partir do conhecimento e da prática das mulheres na detecção precoce do câncer de mama a mesma receberá folder educativo e aprenderá a realizar o autoexame de mamas buscando reconhecer anormalidades.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o conhecimento e a prática na detecção precoce do câncer de mama das mulheres atendidas na USFC (Unidade de Saúde Familiar Comunitária), localizada no Campus da Univali em Itajaí.

Objetivo Secundário:

Avallar o conhecimento e a prática auto-referida relacionada a detecção precoce, ao auto-exame e a relação do que é patológico ou não. A partir dos dados encontrados fazer a devolutiva da pesquisa em forma de distribuição de folder educativo como forma de programa de educação em saúde ensinando a mulher o autoexame de mamas e como reconhecer anormalidades conscientizando a população acerca das contribuições do estudo e sua relevância social

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo traz como risco à preservação dos seus dados e respostas feitas ao questionário e risco de exposição. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelas pesquisadoras e/ou sua orientadora.

O estudo apresenta como benefício novas pesquisas na área da promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como, mudanças na educação formal da população e no ensino específico dos profissionais da área de saúde, é o principal benefício uma vez que, estes podem proporcionar uma maior adesão aos programas de promoção da saúde e prevenção do câncer pelos indivíduos.

Endereço: URUGUAI 402/99998

Bairro: CENTRO

CEP: 88.302-202

UF: SC

Município: ITAJAÍ

Telefone: (47)3341-7738

Fax: (47)3341-7744

E-mail: etca@univali.br

A partir do conhecimento e da prática das mulheres na detecção precoce do câncer de mama a mesma receberá folder educativo e aprenderá a realizar o autoexame de mamas buscando reconhecer anormalidades. Conscientização desta população acerca das contribuições do estudo e sua relevância social.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está claro e objetivo, apresenta fundamentação e adequação às normas do projeto. Está classificado adequadamente na grande área do conhecimento (Ciências da Saúde). O projeto apresenta a entrevista semi estruturada, com perguntas objetivas não constrangedoras. A pesquisa apresenta os riscos que seria de exposição das respostas minimizadas pelo acesso somente das pesquisadoras e orientadora, porém não comenta sobre o sigilo e a guarda da documentação com as respostas como garantia para evitar a perda dos resultados e exposição. A mesma informação falta no TCLE. A metodologia está adequada ao objetivo proposto. O projeto apresenta os benefícios da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta cronograma, após data da reunião (04/03/2012). Quanto ao orçamento o projeto informa que o financiamento é próprio e apresenta valor final, com detalhamento do gasto. O pesquisador apresentou o currículo do pesquisador e que é compatível com a responsabilidade que o protocolo exige. A folha de rosto está assinada pela diretora do Centro responsável pelo curso e pelo professor orientador. O projeto apresenta o termo de aceite da orientação, identificando que o pesquisador responsável é o professor orientador. O TCLE está na forma de convite. Não explica ao sujeito a necessidade de rubricar a via na qual não consta o local para a assinatura do sujeito, esclarece os objetivos da pesquisa; define qual é a participação do sujeito na pesquisa, não prevê devolutiva ao final da entrevista informado se está correta ou não a prática executada. Informa os riscos, mas não prevê o sigilo e guarda da documentação. Apresentam no TCLE os benefícios relacionados à realização da pesquisa; esclarece ao sujeito que não haverá nenhum tipo de compensação financeira por aceitar a participar do estudo; informa que manterá sigilo sobre os dados e anonimato dos envolvidos; esclarece que a participação é voluntária, que o sujeito tem o direito de sair do estudo a qualquer momento sem qualquer prejuízo e sem necessidade de exposição de motivos; deixa claro que o sujeito poderá indagar ou esclarecer dúvidas a qualquer momento e disponibiliza a forma de contato com o pesquisador responsável e dos demais pesquisadores envolvidos. Não apresenta o termo de utilização de dados, no qual os pesquisadores assinam e se comprometem em garantir o sigilo dos dados e anonimato dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

Recomendações:

Rever no TCLE frases do tipo "Fui informado, declaro que...."

Endereço: URUGUAI 402/99998	CEP: 88.302-202
Bairro: CENTRO	
UF: SC	Município: ITAJAÍ
Telefone: (47)3341-7738	Fax: (47)3341-7744
	E-mail: etica@unival.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO
ITAJAÍ-UNIVALI / SANTA
CATARINA



Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo está de acordo com os preceitos éticos previstos na Resolução CNS 196/96.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Recomenda-se manter o CEP informado, sempre que houver mudanças no protocolo, por meio de submissão para análise da Emenda de protocolo, bem como solicita-se apresentar o Relatório final até dezembro de 2013 - Conforme Resolução CNS 196/96 VII. 13 cabe ao CEP: d) acompanhar o desenvolvimento dos projetos através de relatórios anuais dos pesquisadores.

ITAJAÍ, 12 de Dezembro de 2012

Assinador por:
Michele Thiesen
(Coordenador)

Endereço: URUGUAI 402/99998
Bairro: CENTRO CEP: 88.302-202
UF: SC Município: ITAJAÍ
Telefone: (47)3341-7738 Fax: (47)3341-7744 E-mail: etica@univali.br