



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

**LARISSA NOGUEIRA DE SIQUEIRA BARBOSA**

**A ADESÃO AO EXAME CLÍNICO DAS MAMAS QUANTO OS FATORES  
SOCIOECONÔMICOS E O USO DE SERVIÇOS PÚBLICOS EM CAMPINA  
GRANDE**

**CAMPINA GRANDE  
2022**

**LARISSA NOGUEIRA DE SIQUEIRA BARBOSA**

**A ADESÃO AO EXAME CLÍNICO DAS MAMAS QUANTO OS FATORES  
SOCIOECONÔMICOS E O USO DE SERVIÇOS PÚBLICOS EM CAMPINA  
GRANDE**

Dissertação apresentada à Universidade  
Estadual da Paraíba – UEPB, em  
cumprimento dos requisitos necessários  
para a obtenção do título de Mestre em  
Saúde Pública

**Área de concentração:** Saúde Pública.

**CAMPINA GRANDE  
2022**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

B238a Barbosa, Larissa Nogueira de Siqueira.

A adesão ao exame clínico das mamas quanto os fatores socioeconômicos e o uso de serviços públicos em Campina Grande [manuscrito] / Larissa Nogueira de Siqueira Barbosa. - 2022.

47 p.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2022.

"Orientação : Prof. Dr. Mathias Weller, Departamento de Biologia - CCBS."

1. Câncer de Mama. 2. Exame Clínico das Mamas (ECM).  
3. Detecção precoce. I. Título

21. ed. CDD 616.994 49

**LARISSA NOGUEIRA DE SIQUEIRA BARBOSA**

A ADESÃO AO EXAME CLÍNICO DAS MAMAS QUANTO OS FATORES SOCIOECONÔMICOS E O USO DE SERVIÇOS PÚBLICOS EM CAMPINA GRANDE

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

**Área de concentração:** Saúde Pública.

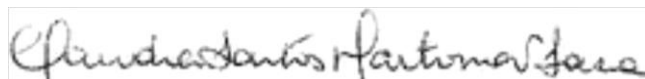
Aprovada em: \_07\_/\_12\_/\_2022\_.

**BANCA EXAMINADORA**



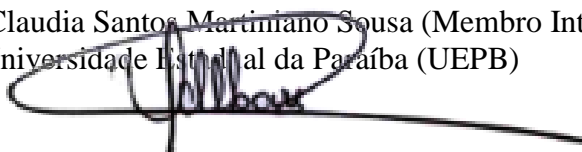
---

Prof. Dr. Mathias Weller (Orientador)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



---

Profa Dra. Claudia Santos Martiniano Sousa (Membro Interno)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



---

Profa. Dra. Maria CIDNEY da Silva SOARES (Membro Externo)  
Unifacisa Centro Universitário

“Consagre ao Senhor tudo o que você faz,  
e os seus planos serão bem sucedidos”  
Provérbios 16:3

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por me sustentar e me fortalecer diante de meus sonhos. A Ele, toda honra e toda glória.

A minha filha, Alice, que mesmo sem compreender esse momento, me ensina todos os dias a ser alguém melhor e a crescer cada dia mais.

Ao meu esposo, Thiago, por ser exemplo de companheirismo, respeito, amor, apoio em dias bons, mas principalmente nos dias difíceis. Obrigada por não me deixar desistir.

A minha família, meus pais e irmãos, por sempre ter sido minha referência de amor, honestidade e apoio.

Ao professor Mathias, por me acolher em uma fase difícil do mestrado e ter me proporcionado amplo conhecimento sobre essa área de estudo de minha dissertação. Agradeço também por toda paciência comigo durante todo o processo de orientação.

A minha banca, profa. Cidney e Claudia, que de forma muito carinhosa e acolhedora, aceitaram meu convite para participar desse momento tão importante pra mim.

As mulheres, que aceitaram de forma gratuita participar de minha pesquisa.

A UBSF Nossa Senhora Aparecida, representada pela enfermeira Evanez, que abriu as portas para que eu tivesse acesso as mulheres. Estendo os agradecimentos também ao restante da equipe.

As minhas colegas do grupo de estudo, Haline e Ana Dark, aos momentos compartilhados durante esse tempo e Adriana, Jamilly e Eduarda Gayoso pela ajuda e apoio nessa trajetória.

Minha Gratidão

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** o câncer de mama (CM) ainda é um problema relevante de Saúde Pública e é o que mais acomete mulheres no Brasil. Métodos como o Exame Clínico das Mamas (ECM), facilitam a detecção precoce do CM, reduzindo assim, sua manifestação. Ele é parte fundamental para o seu diagnóstico, sendo realizado por um profissional de saúde, como o médico ou enfermeira, que são treinados para reconhecer muitos tipos diferentes de anormalidades e sinais de alerta nas mamas. **OBJETIVO:** avaliar o perfil socioeconômico das mulheres quanto a prevenção do CM e comparar a realização do ECM entre mulheres que visitam duas diferentes unidades públicas de saúde. **MATERIAIS E MÉTODOS:** trata-se de uma pesquisa observacional do tipo analítica e transversal que foi realizada na UBSF Nossa Senhora Aparecida e no Centro de Saúde na cidade de Campina Grande, com 180 mulheres. Foi utilizado questionário semiestruturado para a coleta de dados. Todas as análises estatísticas foram realizadas com o *software SPSS STATISTICS*™ (SPPS; empresa IBM; versão 28). O teste t foi aplicado para comparar variáveis contínuas e o teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de *Pearson*, para analisar variáveis categóricas. Para quantificar as associações entre as variáveis e o comparecimento ao CBE, foi aplicada a análise de regressão logística nominal. **RESULTADOS:** Do total de mulheres, 102 (56,7%) e 38 (21,1%), realizavam o ECM uma vez ao ano e a cada dois anos. O baixo nível de escolaridade e a baixa renda foram características de 111 (61,7%) e 117 (65,0%). No centro de saúde, 18 (7,3%) e 11 (10,0%), das 110 mulheres, frequentavam o serviço a cada mês e a cada três meses, enquanto as mulheres da UBSF, 24 (34,3%) e 16 (22,9%), considerando a mesma frequência. As 63 (35,0%) mulheres de ascendência europeia tiveram 2,45 (OR= 0,409; IC 95%: 0,19-0,86) e 5,41 (OR= 0,185; IC 95%:0,07-0,52) vezes menor chance de desempenho anual do CBE ( $p = 0,003$ ). As mulheres que utilizaram o serviço ginecologista  $\leq$  a cada dois anos, tiveram 7,50 vezes (3,16- 17,80) maior chance de realização anual do CBE ( $p < 0,001$ ). Em um modelo de regressão de variáveis independentes ajustado por idade, o uso do serviço de saúde durante cada seis meses aumentou a chance de realização anual do ECM em 6,02 (IC95%:1,46-24,88) vezes ( $p = 0,152$ ; Tabela 4). Além disso, o uso do serviço ginecológico  $\leq$  a cada dois anos aumentou a chance de realização anual do EC 10,31(IC95%: 3,90-27,26) vezes ( $p < 0,001$ ). **CONCLUSÕES:** Os resultados atuais mostraram que a recomendação e o desempenho do ECM podem variar consideravelmente entre mulheres que usam diferentes centros de serviços públicos de saúde. O desempenho foi positivo associado à recomendação realizada pelo médico/enfermeiro e a utilização do serviço ginecológico, aumentando a chance de rastreamento regular do CM.

**PALAVRAS-CHAVE:** câncer de mama; exame clínico; detecção precoce.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** breast cancer (BC) is still a relevant Public Health problem and is the one that most affects women in Brazil. Methods such as the Clinical Breast Examination (CBE), facilitate the early detection of BC, thus reducing its manifestation. It is a key part of your diagnosis and is performed by a healthcare professional, such as a doctor or nurse, who are trained to recognize many different types of breast abnormalities and warning signs. **OBJECTIVE:** to evaluate the socioeconomic profile of women in terms of BC prevention and compare the performance of BC among women who visit two different public health units. **MATERIALS AND METHODS:** this is an observational, analytical and cross-sectional study that was carried out at UBSF Nossa Senhora Aparecida and at the Health Center in the city of Campina Grande, with 180 women. A semi-structured questionnaire was used for data collection. All statistical analyzes were performed using the SPSS STATISTICS™ software (SPSS; IBM company; version 28). The t test was applied to compare continuous variables and Pearson's chi-square ( $\chi^2$ ) test to analyze categorical variables. To quantify the associations between variables and CBE attendance, nominal logistic regression analysis was applied. **RESULTS:** Of the total number of women, 102 (56.7%) and 38 (21.1%) performed the ECM once a year and every two years. The low level of education and low income were characteristics of 111 (61.7%) and 117 (65.0%). At the health center, 18 (7.3%) and 11 (10.0%) of the 110 women attended the service every month and every three months, while women at the UBSF, 24 (34.3%) and 16 (22.9%), considering the same frequency. The 63 (35.0%) women of European descent had 2.45 (OR= 0.409; 95% CI: 0.19-0.86) and 5.41 (OR= 0.185; 95% CI: 0.07- 0.52) times lower chance of annual CBE performance ( $p = 0.003$ ). Women who used the gynecologist service  $\leq$  every two years had a 7.50 times (3.16-17.80) greater chance of having an annual CBE ( $p < 0.001$ ). In a regression model of independent variables adjusted by age, the use of the health service during every six months increased the chance of performing the annual MBE by 6.02 (95%CI: 1.46-24.88) times ( $p = 0.152$ ; Table 4). In addition, the use of the gynecological service  $\leq$  every two years increased the chance of annual CS 10.31(95%CI: 3.90-27.26) times ( $p < 0.001$ ). **CONCLUSIONS:** Current results show that ECM recommendation and performance can vary considerably among women using different public health service centers. The performance was positive associated with the recommendation made by the doctor/nurse and the use of the gynecological service, increasing the chance of regular BC tracking.

**KEYWORDS:** breast cancer; clinical examination; early detection.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APS	Atenção Primária a Saúde
CBE	Clinical Breast Examination
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ECM	Exame Clínico das Mamas
IC	Intervalo de Confiança
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MMG	Mamografia
OMS	Organização Mundial da Saúde
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SUS	Sistema Único de Saúde

## LISTA DE QUADROS

**QUADRO 1** - Desempenho ECM, características socioeconômicas, de todas as mulheres (N= 180) e três diferentes faixas etárias.....17

**QUADRO 2** - Comparação das variáveis entre os dois centros de saúde (N= 110; N= 70) onde foi realizada a amostragem dos dados.....19

**QUADRO 3** - Recomendação do EC dependentes das frequências de uso do serviço de saúde e do serviço ginecológico. As razões de chances (OR) e os intervalos de confiança (IC) das variáveis são apresentados para as mulheres (N= 180) que receberam recomendação do EC (N= 146). As mulheres que não receberam recomendação do EC (N= 34), serviram como referência.....21

**QUADRO 4** - As razões de chance (OR) e os intervalos de confiança (IC) das variáveis são apresentados em um modelo de análise multivariada ajustado à idade para mulheres que realizavam ECM regular (N= 140). Mulheres que não realizaram ECM (N= 40), serviram como grupo de referência.....22

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	12
<b>2.1. EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA</b> .....	12
<b>2.2. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER</b> .....	13
<b>2.3. O EXAME CLÍNICO DAS MAMAS</b> .....	15
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	17
<b>3.1. Objetivo Geral</b> .....	17
<b>3.2. Objetivos Específicos</b> .....	17
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	18
<b>4.1. Tipo de estudo</b> .....	18
<b>4.2. Local da Pesquisa</b> .....	18
<b>4.3. População e Amostra</b> .....	19
<b>4.4. Critérios de inclusão e exclusão</b> .....	19
<b>4.5. Coleta de dados</b> .....	19
<b>4.6. Análise Estatística</b> .....	20
<b>4.7. Aspectos Éticos</b> .....	21
<b>5. RESULTADOS</b> .....	22
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	29
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	32
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	33
<b>APÊNDICE</b> .....	37
<b>ANEXOS</b> .....	42

## 1 INTRODUÇÃO

O CM é considerado um grande problema de Saúde Pública em todo o mundo. O segundo tipo de tumor que mais afeta as mulheres, perdendo apenas para o melanoma, uma doença que as mulheres temem porque atinge os órgãos que reconhecem a feminilidade e o desejo sexual (INCA, 2020). Segundo o Instituto Nacional de Cancer, métodos como o diagnóstico e rastreamento, facilitam sua detecção precoce e reduzem a sua manifestação, destacando-se a relevância da consciência feminina e dos profissionais de saúde em reconhecerem os sinais e sintomas da doença para um melhor encaminhamento nos serviços de saúde (INCA, 2018).

E nesse contexto, o grupo de pesquisa “Genética e epidemiologia do câncer”, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), realizou diferentes estudos sobre fatores que podem afetar o comportamento preventivo de mulheres. Dentre eles, destacam-se a pesquisa de dissertação em Saúde Pública de Saionara Açucena Vieira Alves (ALVES, 2018) e Adriana Raquel Araújo Pereira Soares (SOARES, 2020), que abordaram a avaliação dos fatores socioeconômicos e percepção na prevenção do câncer de mama e fatores que contribuem para realização do exame clínico da mama em uma população feminina da Paraíba, respectivamente.

O estudo indicou que, na população paraibana, o alto nível educacional, a renda elevada, o vínculo empregatício, o conhecimento sobre fatores de risco e sintomas para o CM e a prática regular da atividade física das mulheres avaliadas, contribuíram efetivamente para uma maior adesão do ECM (SOARES, 2020). Por outro lado, a utilização exclusiva de serviços públicos de saúde, aparece como uma barreira de acesso ao ECM (ALVES, 2018).

O ECM é realizado principalmente quando as mulheres visitam as unidades do serviço público de saúde e ginecológicos. O Ministério da Saúde recomenda ECM anual para mulheres com 40 anos ou mais (INCA, 2020), embora para aquelas que apresentam risco elevado para a doença, deve ser realizado a partir de 35 anos. Ele é fundamental porque pode detectar sinais ou alterações na mama, como edema mamário, retração e secreção mamilos, vermelhidão e caroços (INCA, 2017).

Em estudos realizados na região Sul do Brasil, a alta renda e escolaridade foram as variáveis socioeconômicas mais citadas, positivamente associadas ao desempenho regular do ECM (DIAS-DA-COSTA et al., 2007; AMORIM et al., 2008; BORGES et al., 2016). Da mesma forma, vários estudos realizados no estado do Rio Grande do Norte

e na Paraíba, Nordeste do Brasil, também identificaram alta renda, escolaridade e emprego como preditores ao ECM regular (ALVES et al., 2018; SOARES et al., 2020).

Nos dois estudos sobre adesão ao ECM, incluindo 396 e 307 mulheres saudáveis, ambos realizados em Campina Grande-Paraíba, os dados foram obtidos de dois serviços de saúde diferentes (ALVES et al., 2018; SOARES et al., 2020). Em ambos os estudos 63,4% e 45,60% das mulheres realizaram ECM de forma irregular ou nunca, indicando uma diferença marcante entre as mulheres de ambos os serviços de saúde (ALVES et al., 2018; SOARES et al., 2020).

Com base nesses estudos anteriores, levantou-se a hipótese de que a recomendação e a realização do ECM podem depender da frequência e do tipo de utilização do serviço de saúde (ALVES et al., 2018; SOARES et al., 2020). Portanto, as seguintes questões foram abordadas no presente estudo: 1. Existem diferenças entre as mulheres que utilizam os diferentes serviços de saúde de Campina Grande quanto à realização regular do ECM? 2. Existe associação entre a frequência de uso do serviço de saúde, respectivamente o uso do serviço ginecológico e a realização regular do ECM? 3. A recomendação do ECM aumenta a chance de seu desempenho?

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA**

De acordo com Bray et al. (2018), o CM é a segunda neoplasia mais frequente no mundo. Este tipo de câncer apresenta comportamentos distintos, entretanto o aparecimento de nódulo, a presença de edema cutâneo semelhante à casca de laranja e a retração cutânea são um dos sintomas mais frequentemente apresentados (BRASIL, 2020; BRASIL, 2021a). É o mais incidente em mulheres no mundo: com aproximadamente 2,3 milhões de casos novos estimados em 2020, representa 24,5% dos casos novos por câncer em mulheres, sendo a causa mais frequente de morte por câncer nessa população, com 684.996 óbitos estimados para o ano de 2021, 15,5% dos óbitos por câncer em mulheres (WHO, 2021).

As taxas de incidência de CM têm aumentado para a maioria dos países em transição nas últimas décadas, como nos casos da América do Sul, Ásia e África. Em países desenvolvidos, incluindo Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, França e Austrália, houve queda na incidência no início dos anos 2000 (BRAY et al, 2018). Acredita-se que isso esteja relacionado ao maior acesso a serviços de saúde, que possibilita o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno da doença, aumentando assim a sobrevida (FERLAY et al, 2018; INCA, 2019b). Os países da América Latina e do Caribe apresentam baixa incidência quando comparados à Europa e América do Norte (LEMOS, 2019).

No Brasil, trata-se de um importante problema de Saúde Pública, a mortalidade por essa neoplasia é ainda ascendente no país, sendo registrados, em 2018, 17.572 óbitos em mulheres (INCA, 2020). Renna Júnior e Silva (2018) constataram que o diagnóstico do câncer de mama no Brasil é realizado tardiamente em cerca de 40% dos casos e, em cerca de 36% dos casos, o início do tratamento ocorre após 60 dias do diagnóstico. O INCA prevê para o triênio 2023-25 uma taxa de 74.000 novos casos de CM ou neoplasia maligna da mama (INCA, 2022). Avanços terapêuticos nas últimas décadas vêm ampliando as possibilidades de enfrentamento da doença, porém a detecção precoce segue como desafio.

Na região Sul, incluindo também os dois maiores centros urbanos do país, São Paulo e Rio de Janeiro, a incidência se estabilizou nos últimos 15 anos. Isso contrasta fortemente com a região Nordeste, onde a incidência de CM aumentou entre 2005 e 2020 de 27,23 para 44,29 novos casos por 100.000 mulheres (INCA, 2005; INCA,

2020). O Nordeste do país apresenta estimativa de 13.190 novos casos, dos quais 1.120 são sugeridos para a Paraíba e 360 na capital do Estado, equivalendo às taxas brutas de 52,93/100.000 habitantes e 84,83/100.000 habitantes, respectivamente (INCA, 2020). Em 2019 foram registrados 308 óbitos por CM na Paraíba. Já em 2018, foram 256 e no ano de 2017, 212 óbitos (INCA, 2019). No que concerne à cidade de Campina Grande, esses valores foram de 286 óbitos no período de 2010-2018, entre as mulheres com essa doença (INCA, 2018).

## **2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER**

Nas últimas décadas, a saúde da mulher vem ganhando destaque em razão do papel que a mesma exerce na sociedade. Dessa forma, a criação e o aprimoramento de Políticas Públicas voltadas para a prevenção do CM feminino baseiam-se no cuidado à saúde da mulher (COUTO et al., 2016). A sua prevenção compõe medidas que buscam reduzir o risco de desenvolvimento da doença, e é dividida em três fases: primária (promoção e proteção), secundária (diagnóstico e tratamento precoce) e terciária (limitação da invalidez).

A prevenção primária refere-se a um conjunto de medidas que buscam reduzir ou evitar a exposição do indivíduo aos fatores que aumentam a possibilidade de desenvolver a doença. Envolve medidas relacionadas ao estilo de vida, como o controle dos fatores de risco modificáveis: a obesidade, o sedentarismo, uma alimentação inadequada e a ingestão de álcool em excesso. Faz parte também da prevenção primária a orientação para a realização do autoexame das mamas pelas mulheres, sempre que se sentirem confortáveis (INCA, 2020b).

Com relação a prevenção secundária, seu objetivo é retardar a evolução da doença por meio da detecção precoce e intervenção em tempo oportuno, sendo possível realizar esse nível de prevenção no início da doença (INCA, 2019b). Essa estratégia abrange o diagnóstico precoce com a realização do exame clínico das mamas, conduzido por um profissional capacitado, e a realização da mamografia após os 40 anos de idade (OHL et al., 2016).

As ações de controle do CM no Brasil vêm sendo progressivamente incorporadas às políticas públicas de saúde desde o final dos anos 1980, como uma das diretrizes da atenção integral à saúde da mulher. Em 2005, a Política Nacional de Atenção Oncológica (BRASIL, 2005) - atualizada em 2013, como Política Nacional de

Prevenção e Controle do Câncer (BRASIL, 2013) - definiu o controle dos cânceres do colo do útero e de mama como um dos componentes fundamentais dos Planos Municipais e Estaduais de Saúde. O controle do CM foi posteriormente incorporado ao Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil - 2011 a 2022 (BRASIL, 2011). Trata-se de uma prioridade da política de saúde no Brasil, passando a ser incluído como uma das metas do "Pacto pela Saúde (2006)", que tem como objetivo o fortalecimento, a integração e a resolutividade do Sistema Único de Saúde (SUS), desde a divulgação, em 2004, do "Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso" (BRASIL,2018). Desde o ano de 2004, com sua última atualização em 2015, no Brasil, o Ministério da Saúde preconiza como estratégia para controle do CM, anualmente o ECM associado à mamografia bienal para mulheres entre 50 e 69 anos e exame clínico anual das mamas para faixa etária de 40 a 49 anos.

A detecção precoce é baseada no conceito de quanto mais cedo o câncer é detectado e diagnosticado melhor será o prognóstico, aumentando a probabilidade de cura e sobrevida das mulheres. Dessa maneira, no âmbito das políticas públicas educacionais, o foco é desenvolver ações de educação em saúde a fim de conscientizar a população acerca dos métodos de prevenção secundária como o exame clínico das mamas, realizado pelo médico ou pelo enfermeiro, e a mamografia (BATISTON et al., 2016).

O monitoramento das ações de detecção precoce do CM no país tornou-se possível com a criação do Sistema de Informação (Sismama), implantado em 2009. Nele, são registradas informações sobre mamografias, exames citopatológicos e histopatológicos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil (PASSMAN et al., 2011).

Segundo Ferreira et al. (2020), a Atenção Primária à Saúde (APS) se configura como forma de ingresso preferencial do Sistema Único de Saúde e o elo entre toda a rede de atenção à saúde. Na APS ocorre o acolhimento aos usuários, promoção da vinculação e responsabilização entre usuários e profissionais de saúde, pois suas instalações circunjacentes à comunidade possibilitam o conhecimento da conjuntura social e o desenvolvimento de atividades de forma coletiva e individual. A implementação do rastreamento populacional como estratégia de detecção precoce e prevenção do CM no Brasil deve considerar a necessidade de profissionais especializados e capacitados, a organização de rede assistencial própria e prestadora de



serviços ao SUS e a distribuição equitativa dos recursos tecnológicos de diagnóstico e tratamento necessários à assistência integral (BRASIL, 2018).

Existem duas estratégias que podem ser utilizadas na detecção inicial da doença: o diagnóstico precoce, que se fundamenta na compreensão da população e dos profissionais de saúde para os primeiros sinais e sintomas do CM, proporcionando a realização de um atendimento nos serviços de saúde para os indivíduos sintomáticos; e o rastreamento, que sugere a realização de exames de triagem por pessoas assintomáticas para detecção do câncer (ou lesões precursoras do câncer), organizando referências para confirmação do diagnóstico e tratamento imediato (SILVA; HORTALE, 2012; INCA, 2018; WHO, 2020). Além disso, a conscientização da população feminina frente às alterações que podem surgir em sua região mamária, também se mostra como uma estratégia significativa de alerta para que essas pacientes busquem uma assistência à saúde (GUERRA et al., 2020).

### **2.3 O EXAME CLÍNICO DAS MAMAS**

O ECM é parte fundamental da propedêutica para o diagnóstico de CM, devendo ser realizado como parte do exame físico e ginecológico que, associado a outros métodos propedêuticos, como a mamografia, pode aumentar a sensibilidade e a especificidade do diagnóstico, constituindo-se como base para a solicitação dos exames complementares (OHL, 2016). É feito por um profissional de saúde, como o médico ou enfermeira que são treinados para reconhecer muitos tipos diferentes de anormalidades e sinais de alerta nas mamas (NATIONAL BREAST CANCER FOUNDATION, 2018), podendo ser um método importante para a detecção substancial de casos de câncer de mama, em contextos onde não exista rastreamento mamográfico (USTFPS, 2009).

Sobre a prática do ECM, segundo Migowski et al. (2018), apresenta ausência de recomendação favoráveis ou contrárias à sua realização pelo Ministério da Saúde, pois existem incertezas entre os possíveis danos e benefícios dessa prática. Todavia, evidências demonstram que a realização rotineira como método de rastreamento poderia ser complementar ao exame de mamografia. Dessa forma, diretrizes e recomendações têm indicado o ECM anual para mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos, por apresentarem baixa sensibilidade ao exame de MMG (BRASIL, 2011).

No exame, são avaliados sinais e sintomas que configuram um grupo de informações importantes para a detecção do CM. Verifica-se na inspeção, ou seja, na detecção visual: alterações no volume, simetria, alterações na textura e na forma da

mama, retrações do mamilo ou enrugamento da pele. Na palpação: detecção de nódulo ou caroço, cistos, presença de secreções expelidas pelo mamilo e presença de dor (INCA, 2017; BICKLEY, 2010). Para a detecção precoce, o ECM é uma investigação anual recomendada pelo Ministério da Saúde para as mulheres com 40 a 49 anos. Para as com idades entre 50 e 69 anos, o ECM segue como uma recomendação anual. Para mulheres com risco elevado de CM, a melhor conduta deve ser avaliada pelo médico. Estas estratégias, simples e de fácil execução, devem ser prioritárias para o rastreamento da doença.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

- Avaliar o perfil socioeconômico das mulheres quanto a prevenção do CM e comparar a realização do ECM entre mulheres que visitam duas diferentes unidades públicas de saúde.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Analisar se existem diferenças significativas a respeito da realização regular do ECM entre os dois grupos de mulheres
- Analisar as recomendações de ambos os serviços de saúde
- Avaliar o impacto dos fatores socioeconômicos das mulheres das duas unidades de saúde, na realização regular do ECM

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa observacional do tipo analítica e transversal. Os estudos observacionais permitem que a natureza determine o seu curso, o pesquisador mede, mas não intervém. O delineamento analítico aborda, com mais profundidade, as relações entre o estado de saúde e as outras variáveis (BONITA et al., 2010).

### 4.2 Local da Pesquisa

O estudo foi realizado em Campina Grande, segundo maior centro urbano do estado da Paraíba, situada no interior a cerca de 120 km da capital do estado, João Pessoa, na costa atlântica. O município tem a extensão de 593,026 Km<sup>2</sup>, possui uma população estimada para o ano de 2018 de 407.472 pessoas, sua densidade demográfica é de 648,31 habitantes por Km<sup>2</sup> no território do município (IBGE, 2017).

Campina Grande conta com 92 unidades de Estratégias de Saúde da Família - ESF, sendo distribuídas por bairros, ao qual são divididas por distritos sanitários, que somam um total de 10 distritos existentes, portanto, a pesquisa foi realizada nos seguintes locais:

<b>DISTRITO SANITÁRIO</b>	<b>LOCAL</b>	<b>BAIRRO ONDE ESTÁ LOCALIZADO</b>
IV	UBSF Nossa Senhora Aparecida	Bairro Catolé
I	Centro de Saúde Francisco Pinto	Bairro Centro

A escolha dos locais para realização da pesquisa seu deu pelas diferenças que os dois serviços de saúde apresentam entre si:

O Centro de Saúde Francisco Pinto, localizado no centro da cidade, realiza atendimentos de atenção básica e integral, abrangendo usuários das áreas descobertas do distrito I e a toda população que necessita de atendimento, sendo considerado assim, um serviço de portas abertas. Oferece consultas médicas geral e especializada, atendimento a pré-natal, curativos, citológicos, hiperdia, vacinação, consultas com psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, dentista, marcação de consulta e entrega de medicações, de forma agendada através do programa saúde de verdade, funciona das 07 as 19:00 hrs.

A UBSF está localizada no bairro do catolé e apresenta-se como porta de entrada preferencial para os serviços primários (citológicos, pré-natal, puericultura, vacinação) a saúde oferecidos pelo SUS, para uma população adscrita. Atende aproximadamente 250 mulheres que possuem 40 anos ou mais. Funciona de 07:30 as 16:30, com demanda programada e agendamento pelo programa saúde de verdade.

#### **4.3 População e Amostra**

A amostra avaliada nesse estudo, foi composta por 180 usuárias sadias, a partir de 40 anos, que foram assistidas pelos serviços no período de Dezembro 2021 a Março de 2022. Das 180 mulheres participantes, 110 (61,11%) foram recrutadas no serviço público de saúde “Dr. Francisco Pinto de Oliveira e 70 (38,90%) mulheres foram recrutadas no posto de saúde "Unidade Básica Nossa Senhora Aparecida".

A amostragem foi probabilística aleatória simples, definida a partir do cálculo:  $n = Z^2 a / 2 \cdot p \cdot q / E^2$ , sendo,  $n$  o valor amostral,  $Z^2 a / 2$  o valor crítico correspondente ao grau de confiança,  $p$  a proporção populacional de indivíduos desta categoria,  $q$  a proporção populacional de indivíduos que não pertencem à categoria estudada, e o valor do erro amostral, pelo fato dos valores proporcionais da população estudada serem desconhecidos, consideram-se o valor de  $p$  e  $q$  igual a 0,5, considerando o erro amostral de 5% e o nível de confiança de 95%.

#### **4.4 Critérios de inclusão e exclusão**

Foram incluídas na pesquisa apenas usuárias sadias independente do tempo de atendimento assistencial e da especificidade da área de abrangência. Mulheres que são atendidas nessas unidades, mas que tenham diagnóstico de CM, que estejam em tratamento da doença ou que tenham o histórico da neoplasia em questão, não foram inclusas nesse estudo. Além disso, pacientes com déficit cognitivo que impossibilitam a coleta de dados e mulheres com idade inferior a 40 anos, também não foram agrupadas na avaliação.

#### **4.5 Coleta de dados**

Uma versão modificada de um questionário desenvolvido em estudos anteriores foi usada para amostragem (FREITAS E WELLER, 2016), onde abordava variáveis demográficas, socioeconômicas e aspectos psicológicos; informações sobre hábitos de vida, histórico familiar para CM e câncer geral/autocuidado; utilização dos

exames preventivos do CM e suas fontes de informação e os sentimentos gerados em torno do câncer de mama (Apêndice A).

As mulheres com mais de 40 anos da UBSF foram convidadas a participar da pesquisa. Após prestar esclarecimentos a respeito do objetivo do estudo, o questionário e o sigilo das informações, foi coletada a assinatura do termo de concordância de participação e, finalmente, a entrevista foi iniciada com cada participante, individualmente. Todas as entrevistas foram realizadas pelos autores do estudo. A participação na pesquisa se deu de forma voluntária e anônima.

O questionário foi subdividido nas seguintes seções: (1) Informações demográficas e socioeconômicas; (2) Informações sobre hábitos de vida; (3) História familiar do CM e câncer geral/autocuidado (4) ECM; As mulheres que realizaram ECM a cada seis meses (N = 6) e a cada ano (N = 96) foram resumidas como o grupo "a cada ano" (N = 102). As mulheres que realizaram ECM nunca, às vezes ou apenas uma vez foram resumidas no grupo "não regular" (N = 40). A baixa escolaridade foi definida como  $\leq 8$  anos do ensino fundamental. O nível de escolaridade médio e superior foi definido como 8 - 12 anos e  $> 12$  anos de escolaridade, respectivamente. O emprego foi definido como trabalho regular fora do lar. O salário mínimo ou menos foi definido como renda "baixa", enquanto a renda equivalente a dois ou mais salários mínimos foi definida como renda "alta". O salário mínimo em 2021 era de R\$ 1.100,00/mês (US\$ 217,8/mês; 1º de janeiro de 2021). A origem étnica era como todos os outros dados baseados em autoinformação. As mulheres tinham a escolha entre descendência africana, indígena nativos, europeu e de origem étnica mista.

#### **4.6 Análise Estatística**

Todas as análises estatísticas foram realizadas com o software SPSS STATISTICS™ (SPSS; empresa IBM; versão 28). O teste exato de Fisher e o teste Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ) foram aplicados para comparar as variáveis categorizadas. O teste t foi aplicado para comparar a variável contínua. As variáveis significativas em  $p < 0,2$  nas análises univariadas foram inseridas na modelagem de regressão: Em seguida, as variáveis no modelo de regressão com nível de significância menor que 0,05 foram retidas no modelo. O modelo final foi testado para adequação usando o teste de razão de verossimilhança. Os resultados foram apresentados como odds ratios (OR), intervalos de confiança de 95% (IC) e p-valores ajustados.

#### **4.7 Aspectos Éticos**

O protocolo do estudo foi revisado e aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CAAE plataforma Brasil: 63089416.0.0000.5187) (ANEXO 1), que obedeceu às diretrizes da Resolução 466/12 (BRASIL, 2012), mantendo o sigilo e assegurando aos entrevistados a confidencialidade deste trabalho. Sua respectiva declaração de autorização para o desenvolvimento da pesquisa segue em anexo (ANEXO 2). Os participantes que foram envolvidos nas análises desta pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE (ANEXO 3) em duas vias. O termo consta em linguagem simples e apresenta as principais informações contidas no estudo, um exemplar foi entregue ao participante e outra permaneceu com o pesquisador responsável.

## 5 RESULTADOS

Das 180 mulheres entrevistadas, 54 (30%) tinham entre 40 a 49 anos, 67 (37,2%) entre 50 a 59 anos e 59 (32,8%) mais que sessenta anos (Quadro 1). Do total de mulheres, 102 (56,7%) e 38 (21,1%), realizavam o ECM uma vez ao ano e a cada dois anos, respectivamente, enquanto que 40 (22,2%) realizam de forma irregular ou nunca realizaram (Quadro 1).

**Quadro 1** - Desempenho ECM, características socioeconômicas, de todas as mulheres (N=180) mostrado para três diferentes faixas etárias.

	<b>Tudo</b>	<b>40- 49 anos</b>	<b>50-59 anos</b>	<b>≥60 anos</b>	<b>P</b>
	(N = 180)	(N= 54)	(N= 67)	(N = 59)	
<b>Realização da ECM</b>					
Não regular	40 (22,2%)	15 (27,8%)	10 (14,9%)	15 (25,4%)	429
Cada ano	102 (56,7%)	30 (55,6%)	41 (61,2%)	31 (52,5%)	
Cada segundo ano	38 (21,1%)	9 (16,7%)	16 (23,9%)	13 (22,0%)	
<b>Estado civil</b>					
Não estável União	100 (55,6%)	25 (46,3%)	40 (59,7%)	35 (59,3%)	262
Estábulo União	80 (44,4%)	29 (53,7%)	27 (40,3%)	24 (40,7%)	
<b>Educação</b>					
Baixo	111 (61,7%)	28 (51,9%)	39 (58,2%)	44 (74,6%)	0,132
Meio	58 (32,2%)	21 (38,9%)	24 (35,8%)	13 (22,0%)	
Alto	11 (6,1%)	5 (9,3%)	4 (6,0%)	2 (3,4%)	
<b>Emprego</b>					
Empregado	61 (33,9%)	30 (55,6%)	26 (38,8%)	5 (8,5%)	<0,001
Não empregado	119 (66,1%)	24 (44,4%)	41 (61,2%)	54 (91,5%)	
<b>Renda</b>					



Baixo	117 (65,0%)	32 (59,3%)	49 (73,1%)	36 (61,0%)	0,523
Meio	40 (22,2%)	14 (25,9%)	11 (16,4%)	15 (25,4%)	
Alto	23 (12,8%)	8 (14,8%)	7 (10,4%)	8 (13,6%)	
<b>Recebe aposentadoria</b>					
Sim	55 (30,6%)	3 (5,6%)	13 (19,4%)	39 (66,1%)	<0,001
Não	125 (69,4%)	51 (94,4%)	54 (80,6%)	20 (33,9%)	
<b>Religião</b>					
Católico	104 (57,8%)	31 (57,4%)	38 (56,7%)	35 (59,3%)	0,955
Não católico	76 (42,2%)	23 (42,6%)	29 (43,3%)	24 (40,7%)	
<b>Ética origem</b>					
Caucasiano	63 (35,0%)	13 (24,1%)	23 (34,3%)	27 (45,8%)	0,054
Não caucasiano	117 (65,0%)	41 (75,9%)	44 (65,7%)	32 (54,2%)	
<b>Atividade Física</b>					
Sim	77 (42,8%)	28 (51,9%)	28 (41,8%)	21 (35,6%)	0,214
Não	103 (57,2%)	26 (48,1%)	39 (58,2%)	38 (64,4%)	
<b>Consumo do álcool</b>					
Sim	30 (16,7%)	15 (27,8%)	11 (16,4%)	4 (6,8%)	0,011
Não	150 (83,3%)	39 (72,2%)	56 (83,6%)	55 (93,2%)	
<b>Fumar</b>					
Sim	18 (10,0%)	5 (9,3%)	7 (10,4%)	6 (10,2%)	0,975
Não	162 (90,0%)	49 (90,7%)	60 (89,6%)	53 (89,8%)	

**Fonte:** Elaborada pelo autor, 2022

Quanto ao estado civil, 100 (55,6%) possuíram união não estável. O baixo nível de escolaridade e a baixa renda foram características de 111 (61,7%) e 117 (65,0%), respectivamente (Quadro 1). A religião católica esteve presente em 104 (57,8%) das entrevistadas e 117 (65,0%) eram não caucasianos. A grande maioria, 103 (57,2%), não

praticavam nenhuma atividade física. De todas as mulheres, 150 (83,3%) informaram que elas nunca beberam e 162 (90,0%) não fumaram (Quadro 1).

Ao todo, 110 (61,1%) mulheres usavam exclusivamente serviços públicos e 70 (38,9%) usavam serviços de saúde públicos e privados. A realização regular do ECM não foi afetada pelo tipo de serviço de saúde utilizado ( $p = 0,347$ ). As faixas etárias não diferiram significativamente entre as mulheres de ambos os serviços de saúde ( $p = 0,932$ ). A média de idade das mulheres do serviço de saúde central e periférico foi de 55,31 (DP = 9,4) e 55,34 (DP = 8,6) anos ( $p = 0,987$ ).

No Centro de Saúde e UBSF, 31(28,2%) e 9 (12,9%) mulheres realizavam o ECM de forma não regular, enquanto 102(56,6%) e 38(21,1%) o realizavam durante cada ano e a cada segundo ano respectivamente ( $p = 0,047$ ; Quadro 2). Com relação a frequência com que as mulheres utilizavam os serviços de saúde, constatamos que no centro de saúde, 8 (7,3%) e 11 (10,0%), das 110 mulheres, frequentavam a cada mês e a cada três meses, enquanto as mulheres da UBSF, 24 (34,3%) e 16 (22,9%), considerando a mesma frequência ( $p < 0,001$ ; Quadro 2).

**Quadro 2** - Comparação das variáveis entre os dois centros de saúde (N= 110; N= 70) onde foi realizada a amostragem dos dados.

	<b>Centro de Saúde</b>	<b>UBSF</b>	
	<b>N = 110</b>	<b>N = 70</b>	<b>P</b>
Idade média	55,34 (DP= 8,60)	55,31 (DP= 9,44)	0,987
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	
<b>Idade</b>			
40- 49 anos	32 (29,1%)	22 (31,4%)	0,932
50-59 anos	41 (37,3%)	26 (37,1%)	
≥60 anos	37 (33,6%)	22 (31,4%)	
<b>Realização do EC</b>			
Não regular	31 (28,2%)	9 (12,9%)	0,047
Cada ano	59 (53,6%)	43 (61,4%)	

Cada segundo ano	20 (18,2%)	18 (25,7%)	
<b>Recomendação do EC</b>			
Sim	85 (77,3%)	61 (87,1%)	0,071
Não	25 (22,7%)	9 (12,9%)	
<b>Frequência do uso do serviço de saúde</b>			
Cada mês	8 (7,3%)	24 (34,3%)	<0,001
Cada três mês	11 (10,0%)	16 (22,9%)	
Cada seis mês	27 (24,5%)	11 (15,7%)	
≥ cada ano	64 (58,2%)	19 (27,1%)	
<b>Frequência do uso de serviço de ginecologia</b>			
≤ cada segundo ano	74 (67,3%)	45 (64,3%)	0,399
> cada segundo ano	36 (32,7%)	25 (35,7%)	

**Fonte:** Elaborada pelo autor, 2022

A frequência de uso do serviço de saúde a cada três meses e uso do serviço ginecológico  $\leq$  a cada segundo ano, aumentaram a chance da recomendação do ECM 8,81 (IC95%: 1,13-68,94) e 2,32 (IC95%: 1,09-4,96) vezes ( $p = 0,032$ ;  $p = 0,031$ ; Quadro 3). Em 134 (91,8%) dos 146 casos, as mulheres relataram que o enfermeiro, ou médico que recomendou o ECM, também o fez. Das 146 mulheres com recomendação de ECM, 101 (69,2%) e 37(25,3%) o realizavam em cada ano e a cada dois anos, respectivamente, enquanto 8 (5,5%) o realizavam de forma não regular ( $p < 0,001$ ).

As 63 (35,0%) mulheres de ascendência europeia tiveram 2,45 (OR= 0,409; IC 95%: 0,19-0,86) e 5,41 (OR= 0,185; IC 95%:0,07-0,52) vezes menor chance de desempenho anual do CBE ( $p = 0,003$ ). Essas mesmas mulheres, tiveram 3,85 vezes (OR=0,260; IC 95%: 0,10-0,70), 3,11 vezes (OR= 0,322; IC 95%: 0,12-0,88) e 1,92 vezes (OR= 0,521 ; IC 95%: 0,23-1,17) a chance de uso do serviço público de saúde diminuída a cada mês, a cada três meses e a cada seis meses, respectivamente, em relação às mulheres que informaram outra etnia ( $p = 0,010$ ).

Das 23 mulheres de alta renda, 13 (20,6%) e 10 (8,5%) informaram ser de origem europeia e outra descendência, respectivamente ( $p = 0,024$ ). Das 70 mulheres

que utilizaram serviços de saúde públicos e privados, 33 (52,4%) informaram ser europeias e 37 (31,6%) de outra etnia ( $p = 0,005$ ). O uso de serviço de saúde a cada seis meses, aumenta a chance de realização anual e bianual do ECM em 5,37 (IC95%: 1,48-19,52) e 5,20 (IC95%: 1,22- 22,23) vezes ( $p = 0,086$ ). As mulheres que utilizaram o serviço ginecologista  $\leq$  a cada dois anos, tiveram 7,50 vezes (3,16- 17,80) maior chance de realização anual do ECM ( $p < 0,001$ ).

**Quadro 3** - Recomendação do EC dependentes das frequências de uso do serviço de saúde e do serviço ginecológico. As razões de chances (OR) e os intervalos de confiança (IC) das variáveis são apresentados para as mulheres (N= 180) que receberam recomendação do EC (N= 146). As mulheres que não receberam recomendação do EC (N= 34), serviram como referência.

	N (%)	Recomendação do ECM	
		OR (IC 95%)	P
<b>Frequência de uso do serviço de saúde</b>			
Cada mês	32 (17,8%)	1,210 (0,46-3,20)	0,032
Cada três meses	27 (15,0%)	8,806* (1,13-68,94)	
Cada seis meses	38 (21,1%)	2,24 (0,77-6,47)	
$\geq$ cada ano	83 (46,1%)	Ref.	
<b>Frequência de uso do serviço ginecologista</b>			
$\leq$ cada segundo ano	119 (66,1%)	2,318* (1,09-4,96)	0,031
> cada segundo ano	61 (33,9%)	Ref.	

**Fonte:** Elaborada pelo autor, 2022

\* $p < 0,05$  ;

Em um modelo de regressão de variáveis independentes ajustado por idade, o uso do serviço de saúde a cada seis meses, aumentou a chance de realização anual do ECM em 6,02 (IC95%:1,46-24,88) vezes ( $p = 0,152$ ; Quadro 4). Além disso, o uso do serviço ginecológico  $\leq$  a cada dois anos aumentou a chance de realização anual do EC

10,31(IC95%: 3,90-27,26) vezes ( $p < 0,001$ ; Quadro 4). Nesse modelo, a ascendência europeia diminuiu a chance de realização anual e bianual do EC em 2,90 (OR= 0,345; IC 95%: 0,14-0,87) vezes e 6,12 (OR= 0,163;IC 95%: 0,05-0,51) vezes ( $p= 0,003$ ; Quadro 4).

**Quadro 4** - As razões de chance (OR) e os intervalos de confiança (IC) das variáveis são apresentados em um modelo de análise multivariada ajustado à idade para mulheres que realizavam ECM regular (N= 140). Mulheres que não realizaram ECM (N= 40), serviram como grupo de referência .

		<b>Cada ano</b> (N= 1 02 )	<b>A cada segundo ano</b> (N= 38 )	<b>P</b>
	<b>N (%)</b>	<b>OR (IC 95%)</b>	<b>OR (IC 95%)</b>	
<b>Origem étnica</b>				
<b>caucasiano</b>	63 (35,0%)	0,345* (0,14-0,87)	0,163* (0,05-0,51)	0,003
Não caucasiano	117 (65,0%)	Ref.		
<b>Frequência de uso do serviço de saúde</b>				
Cada mês	32 (17,8%)	1,330 (0,42-4,19)	0,658 (0,16-2,67)	0,152
Cada três meses	27 (15,0%)	2,140 (0,55-8,29)	1,832 (0,42-8,00)	
<b>Cada seis meses</b>	38 (21,1%)	<b>6,019* (1,46-24,88)</b>	3,636 (0,78-16,88)	
≥ cada ano	83 (46,1%)	Ref.		
<b>Frequência de uso do serviço ginecologista</b>				
<b>≤ a cada segundo ano</b>	119 (66,1%)	<b>10.311* (3.90-27.26)</b>	0,416 (0,14-1,20)	<0,001

> cada segundo ano	61 (33,9%)	Ref.	
-----------------------	------------	------	--

**Fonte:** Elaborada pelo autor, 2022

\* $p < 0,05$  ;

## 6 DISCUSSÃO

O estudo apresentou percentual surpreendentemente baixo (22,2%) de mulheres que raramente ou nunca realizaram ECM, quando comparados a estudos anteriores realizados em Campina Grande-PB, que identificaram 63,4 % e 45,60% de mulheres, que realizavam ECM irregular ou nunca (ALVES et al., 2019; SOARES et al., 2020). No presente grupo de estudo e também nos estudos anteriores, a realização regular de ECM foi mais frequente entre as mulheres com idade  $\geq 50$  em comparação com as de 40 a 49 anos (ALVES et al., 2019; SOARES et al., 2020), corroborando com Inca(2022) que afirma que o risco de desenvolver a doença aumenta com a idade, sendo maior a partir dos 50 anos.

Em estudos anteriores realizados na Paraíba, 57,8% e 43,9% das mulheres tinham  $\geq 50$  anos, em comparação com 70,0% de todas as 180 mulheres do presente grupo de estudo (ALVES et al., 2019; SOARES et al., 2020). Portanto, a diferente composição etária dos grupos de estudo pode ser um fator causal para explicar as diferenças observadas no desempenho regular do ECM. Outra razão pode ser que a amostragem de dados de estudos distintos tenha sido realizada em diferentes centros de serviços públicos de saúde.

Como os dados das mulheres do presente estudo foram obtidos em dois serviços de saúde diferentes, foi possível comparar diretamente os dois grupos de participantes. A comparação revelou diferenças notáveis, apesar de as faixas etárias e a média de idade serem quase idênticas entre os dois grupos de mulheres: a frequência de uso dos serviços de saúde, as recomendações e a realização do ECM foram diferentes entre os dois grupos de mulheres.

A frequência de uso dos serviços de saúde, foi maior nas mulheres da UBSF, uma vez que, pela sua própria proposta, oferece atendimento a uma população adscrita. Em relação ao desempenho do ECM, esses achados indicam diferenças marcantes entre as mulheres que utilizam diferentes serviços de saúde e enfatizam a importância do uso frequente e da recomendação do ECM, através do profissional médico/enfermeiro desses centros, respectivamente. Essa recomendação do ECM foi muito mais frequente entre as mulheres que utilizaram o serviço de saúde em intervalos de tempo mais curtos (cada mês e a cada três meses). A alta frequência de uso do serviço ginecológico parece ser importante para a recomendação e realização do EC, pois na maioria dos casos os enfermeiros e médicos que recomendaram o EC, também o realizaram, uma vez que o exame clínico das mamas deve ser uma rotina realizada por um profissional (médico ou enfermeiro) na época do exame ginecológico periódico e tem como principal objetivo a

detecção de tumores malignos ou qualquer outra patologia incidente possivelmente presente na mama da mulher (BRASIL, 2022).

Um achado importante foi o fato de os dados de renda e escolaridade não estarem distribuídos de forma heterogênea entre os grupos de mulheres que realizaram ECM regular e não regular. Esse achado torna-se relevante, pois a maioria dos estudos identificou a renda e/ou nível de educação como variáveis importantes para a adesão ao ECM. Estudos realizados na Índia e das Filipinas associaram baixa renda com maior chance de desempenho em ECM (PISANI et al., 2006; DINSHAW et al., 2007; FRIE et al., 2013). Um estudo da Malásia, em contraste, associou alta renda com desempenho regular de ECM (PARSA et al. 2010). Estudos Brasileiros também revelaram associação positiva entre alta renda e realização regular de ECM (DIAS-DA-COSTA et al., 2007; AMORIM et al., 2008; BORGES et al., 2016).

Entre os dois estudos realizados na Paraíba, um associou a alta renda e o outro a alta escolaridade com a realização regular do ECM (ALVES et al., 2019; SOARES et al., 2020). Tais resultados foram semelhantes aos dos estudos realizados nos EUA e em países latino-americanos, os quais mostraram que mulheres com maior renda realizavam ECM de forma regular ou esporádica com maior frequência em comparação com mulheres de baixa renda (NUCHE-BERENGUER; SAKELLARIOU, 2019; PROGOVAC et al., 2019), o que corrobora com um estudo realizado por Barbosa et al. (2019) através de dados coletados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), no qual os autores afirmaram que as mulheres com baixa escolaridade não realizavam medidas preventivas regular (ECM) para o CM em comparação às que possuíam ensino superior.

O alto percentual de mulheres idosas, pode ter contribuído no presente grupo de estudo para a distribuição homogênea dos dados de renda e escolaridade. Estudos anteriores realizados na Paraíba também associaram o emprego ao desempenho regular do ECM (ALVES et al., 2019; SOARES et al., 2020), e isso pode estar associado a mulher não precisar enfrentar a demora de marcação de consulta e exame do serviço público de saúde.

O desempenho regular do ECM foi negativamente associado à ascendência europeia, ou seja, mulheres com antecedentes europeus, realizaram ECM com menos frequência. Isso contrasta fortemente com o estudo anterior que também foi realizado na Paraíba e associou ascendência europeia com desempenho regular de ECM (SOARES et al., 2020). As mulheres do presente estudo, que informaram ascendência europeia, apresentaram menor frequência de uso dos serviços de saúde, em comparação com



aquelas mulheres que informaram outra etnia. Isso também pode significar que aquelas mulheres que informaram ascendência europeia e também se caracterizaram por maior renda e uso mais frequente de ambos os serviços de saúde, públicos e privados, realizaram ECM regular com menor frequência no sistema de saúde privado. No entanto, como no presente grupo de estudo não foi realizada distinção entre atuação privada e pública da ECM, não foi possível comprovar essa hipótese no estudo em questão.

Até onde sabe-se, este é o primeiro estudo realizado no Nordeste do Brasil, que revelou a importância da frequência dos serviços de saúde e do uso de serviços ginecológicos na realização regular do ECM. Na análise de variáveis isoladas, a utilização de serviços de saúde a cada seis meses aumentou a chance de realização regular do ECM. No caso de uso do serviço ginecologista  $\leq$  a cada dois anos, os dados atuais também indicaram uma associação positiva para ECM. Isso pode ter a ver com o fato de que o ECM pode ser realizado diretamente durante a utilização do serviço ginecologista, corroborando com o Instituto Nacional de Câncer (INCA) que recomenda que o ECM deve fazer parte do atendimento integral à saúde da mulher em todas as consultas independente da faixa etária (STEIN AT, et al., 2009; INCA, 2018).

Uma limitação importante do presente estudo foi o baixo número de participantes. Devido ao baixo número, os dados não foram estratificados por idade e as variáveis independentes identificadas podem variar entre as faixas etárias. Os dados atuais ressaltam a importância da frequência do serviço de saúde, o uso do serviço ginecológico e as recomendações do profissional desses serviços de saúde. No entanto, não esclareceram como essas variáveis contribuem para o comportamento de prevenção de mulheres que pertencem a diferentes faixas etárias e têm uma base socioeconômica heterogênea mais forte em relação a renda, educação, emprego e estado civil. Os dados também não elucidaram claramente por que a origem étnica é uma variável importante entre as mulheres para o desempenho do ECM. Outra limitação foi que um viés de recordação e também um viés de seleção durante a amostragem de dados também não podem ser excluídos.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados atuais mostraram que a recomendação e o desempenho do ECM podem variar consideravelmente entre mulheres que usam diferentes centros de serviços públicos de saúde. A recomendação do MS depende fortemente da frequência de uso dos serviços de saúde. A recomendação do ECM dependia da frequência do serviço de saúde e ainda mais fortemente do uso do serviço ginecológico. O desempenho do ECM também foi positivo associado à recomendação e dependeu principalmente da utilização do serviço ginecológico onde foi realizado. Esses resultados indicam uma importante função do profissional médico/enfermeiro dos serviços de saúde, onde a recomendação feita por eles, pode aumentar a chance de realização regular de ambos e, dessa forma, auxiliar na realização do rastreamento regular do CM.

Estudos futuros devem abranger muito mais participantes, estratificar os dados por faixas etárias e esclarecer como as variáveis importantes identificadas influenciam o desempenho do ECM de mulheres pertencentes a diferentes faixas etárias e de origem socioeconômica e étnica heterogênea.

## REFERÊNCIAS

ALVES, S.A.V; BATISTON, A.P; WELLER, M. Impacto das opções de educação e tratamento de saúde no desempenho do exame clínico das mamas. **Acta Scientific Women's Health**. 2019.

AMORIM, V. M. S. L; BARROS, M. B. A; CÉSAR, C. L. G; GOLDBAUM, L. G. M. Fatores associados à falta de mamografia e exame clínico das mamas por mulheres: uma população de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2008.

BARBOSA, Y.C. et al. Factors associated with lack of mammography: National Health Survey, 2013. **Ver. Bras. Epidemiol.** v.22, 2019

BATISTON, A. P. et al. Conhecimento e prática de médicos e enfermeiros sobre detecção precoce do câncer de mama. **Rev Bras Promoç Saúde**. 2016.

BICKLEY, L. S. **Bates: propedêutica médica** /Lynn S. Bickley, Peter G. Szilagyi; [revisão técnica Nephtali Segal Grinbaum; tradução Fernando Diniz Mundim... [et al.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogann, 2010.

BORGES, Z. S; WEHRMEISTER, F. C; GOMES, A. P; GONÇALVES, H . Exame clínico das mamas e mamografia: Desigualdades nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Rev.Bras Epidemiologia**, 2016.

BONITA, R; BEAGLEHOLE, R; KJELLSTRÖM, T. Epidemiologia Básica. 2ª ed. São Paulo: Grupo Editorial Nacional; 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021a.

BRASIL. Portaria nº 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as Unidades Federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2005.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2013.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2018.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRAY, F; FERLAY, J; SOERJOMATARAM, I; SIEGEL, R. L; TORRE, L. A; JEMAL, A. **Global cancer statistics 2018**: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancerjournal for clinicians. 2018.

COUTO, V. B. M; SAMPAIO, B. P; SANTOS, C. M. B; ALMEIDA, I. S; SANTOS, N. G. S; SANTOS, D. C; et al. Além da Mama”: o Cenário do Outubro Rosa no Aprendizado da Formação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2016.

DIAS-DA-COSTA, J. S; OLINTO, MTA; BASSANI, D; et al. Desigualdades no exame clínico das mamas em São Leopoldo. **Caderno de Saúde Pública**, 2007.

DIAS-DA-COSTA, J. S; OLINTO, MTA; BASSANI, D; et al. Desigualdades no exame clínico das mamas em São Leopoldo. **Caderno de Saúde Pública**, 2007.

DINSHAW, K; MISHRA, G; SHASTRI, S et al. Determinantes de Conformidade em um Ensaio Randomizado Controlado por Agrupamento de Triagem de Câncer de Mama e Colo do Útero em Mumbai, Índia. **Oncologia**, 2007.

FERLAY, J; ERVIK, M; LAM, F; COLOMBET, M; MERY, L; PIÑEROS, M; ZNAOR, A; SOERJOMATARAM, I; BRAY, F. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2018.

FERREIRA, D. D. S., et al. Conhecimento, atitude e prática de enfermeiros na detecção do câncer de mama. **Escola Anna Nery**, 2020.

FREITAS, A. G. Q. e WELLER, M. Conhecimento sobre os fatores de risco do câncer de mama e seu efeito no comportamento de rastreamento de mulheres em uma comunidade do Rio Grande do Norte, Nordeste do Brasil. **Peito J**, 2016.

FRIO, K. G; RAMADAS, K; GOPAN, A. A et al. Determinantes da participação em um estudo de triagem de câncer de mama no distrito de Trivandrum, Índia. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, 2013.

GUERRA, H. S., et al. Autoconhecimento como fator importante no diagnóstico de câncer de mama: estudo de caso. **Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto**.2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Deteção precoce**. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Estimativa 2020**: Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Câncer de mama** : vamos falar sobre isso? Rio de Janeiro : INCA, 2022

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **A situação do câncer de mama no Brasil**: síntese de dados dos sistemas de informação. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

INCA. **Conceito e Magnitude do câncer de mama**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. 2020.

INCA. **Tratamento para o câncer de mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2018.

LEMOS, L. L. P; SOUZA, M. C.; MOREIRA, D. P; ALMEIDA, P. H. R. F; GODMAN, B; VERGUET, S; GUERRA JUNIOR, A. A; CHERCHIGLIA, M. L. Estágio no diagnóstico e sobrevida específica do estágio do câncer de mama na América Latina e no Caribe: revisão sistemática e metanálise. 2019.

MIGOWSKI, A. et al. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. III - Desafios à implementação. **Cadernos de Saúde Pública**, 2018.

NATIONAL BREAST CANCER FOUNDATION INC. **What's The Difference Between A Breast Self-Exam And A Clinical Breast Exam?** National Breast Cancer Foundation, Inc; 2018.

NUCHE-BERENQUER B.; SAKELLARIOU D. Socioeconomic determinants of cancer screening utilisation in Latin America: A systematic review. *PLoS ONE*.v.14, n. 11, 2019.

OHL, I. C. B; OHL, R. I. B; CHAVAGLIA, S. R. R; GOLDMAN, R. E. Public actions for control of breast cancer in Brazil: integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2016.

PARSA, P e KANDIAH, M. Preditores de adesão ao exame clínico das mamas e triagem mamográfica entre mulheres da Malásia. **Asian Pac J Cancer Prev**, 2010.

PASSMAN, L. J, et al. **SISMAMA**: implementation of an information system for breast cancer early detection programs in Brazil. *Breast*. 2011.

PISANI, P; PARKIN, D.M, NGELANGEL, C et al. Resultado da triagem por exame clínico da mama em um estudo nas Filipinas. **Int J Câncer**, 2006.

RENNA, J; N. L., & Silva, G. A. Tendências temporais e fatores associados ao diagnóstico em estágio avançado de câncer do colo uterino: Análise dos dados dos registros hospitalares de câncer no Brasil, 2000-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 2018.

SILVA, R. C. F; HORTALE, V. A. Rastreamento do Câncer de Mama no Brasil: Quem, Como e Por quê? **Rev. Brasileira de Cancerologia**. 2012.

SOARES, A. R. A. P; RAMOS, R. O; WELLER, M. Preditores Socioeconômicos do Exame Clínico Anual e Semestral da Mama em Mulheres do Nordeste do Brasil . **Acta Scientific Women's Health**, 2020.

STEIN, A. T, et al. Rastreamento do câncer de mama: recomendações baseadas em evidências. **Revista da AMRIGS**, 2009 ;53(4): 438-446

US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. SCREENING FOR BREAST CANCER. U.S. **Preventive Services Task Force recommendation statement**. Annals of internal medicine. Philadelphia. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Agency for Research on Cancer**. Globocan. 2020.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Data: \_\_\_\_\_

### A) INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS

1. Nome: \_\_\_\_\_
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Cidade: \_\_\_\_\_ Zona Urbana ( ) Zona Rural ( )
4. Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) União consensual
5. Escolaridade: ( ) Ensino Fundamental ( ) Ensino Médio ( ) Ensino Superior
6. Você trabalha fora de casa? ( ) SIM ( ) NÃO

Qual sua ocupação? \_\_\_\_\_

7. Renda Familiar: ( ) até 1 salário mínimo ( ) de 1 a 2 salários mínimo ( ) mais de 2 salários mínimos ou mais
8. É aposentada? ( ) Sim ( ) Não
9. Religião: \_\_\_\_\_
10. Cor ou Raça: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena

### B) INFORMAÇÕES SOBRE HÁBITOS DE VIDA

1. Pratica exercícios físicos? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, quantas vezes por semana? \_\_\_\_\_ Quantos minutos? \_\_\_\_\_  
Que tipo de exercício você pratica? \_\_\_\_\_

2. Consome bebidas alcoólicas? ( ) Sim ( ) Não

3. Fuma? ( ) Sim ( ) Não

### C) HISTÓRIA FAMILIAR DO CÂNCER DE MAMA E CÂNCER GERAL/AUTOCUIDADO

1. Possui ou possuiu algum parente que teve algum tipo de câncer? ( ) Sim ( ) Não  
( ) Irmã ( ) Mãe ( ) Filha ( ) Tia ( ) Avó ( ) Não Outro ( ) / Quem? \_\_\_\_\_

2. Possui ou possuiu algum parente que teve câncer mama? ( ) Sim ( ) Não  
( ) Irmã ( ) Mãe ( ) Filha ( ) Tia ( ) Avó ( ) Não Outro ( ) / Quem?

Se SIM, responda a questão 3

3. Procurou atendimento de saúde após a confirmação do câncer de mama familiar?  
( ) Sim ( ) Não

4. Você já teve algum problema na mama?  
( ) Sim ( ) Não

5. Você já teve algum nódulo/tumor na mama? ( ) Sim ( ) Não  
Se SIM, responda a QUESTÃO 6, 7, 8

6. ( ) Benigno ( ) Maligno ( ) Não sei

7. Procurou um profissional ou serviço de saúde após percepção?  
( ) Sim ( ) Não  
Qual?

8. Realizou algum tratamento? ( ) Sim ( ) Não Qual?



**D) MAMOGRAFIA E EXAME CLÍNICO DA MAMA**

1. Frequência com que visita algum serviço de saúde?  
( ) Uma vez no mês ( ) A cada 3 meses ( ) A cada 6 meses ( ) Uma vez ao ano
2. Com que frequência você visita um ginecologista?  
( ) uma vez ao ano ( ) a cada 2 anos ( ) mais de 2 anos ( ) nunca visitei um ginecologista
3. Faz uso de quais serviços de saúde?  
( ) Apenas Público ( ) Apenas Privado ( ) Público e Privado
4. Em relação ao câncer de mama, quais medidas de detecção precoce você conhece ou já ouviu falar? ( ) Mamografia ( ) Autoexame das mamas ( ) Exame clínico das mamas ( ) Alguma outra?  
\_\_\_\_\_
5. Com qual frequência você realiza o exame clínico da mama? ( ) Nunca ( ) As vezes ( ) A cada 6 meses ( ) Uma vez ao ano ( ) A cada 2 anos
6. Um médico ou enfermeiro recomendou o exame clínico?  
( ) Médico ( ) Enfermeiro  
Ele realizou o ECM quando recomendou? Sim ( ) Não ( )
7. Um médico ou enfermeiro recomendou a mamografia? Quem recomendou?  
( ) Médico ( ) Enfermeiro
8. Com qual frequência você realiza mamografia?  
( ) Nunca ( ) As vezes ( ) A cada 6 meses ( ) Uma vez ao ano ( ) A cada 2 anos
9. Com quantos anos você realizou a primeira mamografia? \_\_\_\_\_
10. A mamografia impede o câncer de mama? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
11. A mamografia ajuda na descoberta precoce do tumor e conservação da mama?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não Sei
12. A mamografia diminui o risco de morrer de câncer de mama?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não Sei
13. A partir de qual idade a mulher deve começar a realizar mamografia? \_\_\_\_\_
14. Algum profissional de saúde já lhe explicou como é feita a mamografia?  
( ) Sim ( ) Não
15. Você tem intenção de realizar a mamografia nos próximos 2 anos?  
( ) Sim ( ) Não
16. Como você fez a sua última mamografia?  
( ) Programa de rastreio ( ) Iniciativa própria

**E) SENTIMENTOS RELACIONADOS AO CÂNCER DE MAMA E A MAMOGRAFIA**

1. Você tem medo de fazer a mamografia?  
( ) Muito medo ( ) Moderado Medo ( ) Pouco medo ( ) Não tenho medo nenhum
2. Você tem vergonha de fazer mamografia?  
( ) Muita vergonha ( ) Moderada Vergonha ( ) Um pouco de vergonha ( ) Não tenho vergonha de fazer mamografia

3. Você tem medo da radiação usada na mamografia?  
 Muito medo  Moderado medo  Pouco medo  Não tenho medo nenhum
4. Você tem medo de desenvolver câncer de mama?  
 Muito medo  Moderado medo  Pouco medo  Não tenho medo nenhum
5. Durante o último mês, com que frequência você pensou sobre o seu risco de desenvolver Câncer de mama?  
 Pensei todos os dias  Pensei várias vezes no mês  Não pensei sobre isso no último mês (  
 Raramente  Nunca
6. Esses pensamentos afetaram seu humor?  
 Afetaram Muito  Afetaram moderadamente  Afeta pouco  Não afetam meu humor
7. Pensar sobre o risco de ter câncer de mama afeta a sua capacidade de realizar atividades diárias?  
 Afeta Muito  Afeta Moderadamente  Afeta pouco  Não afeta
9. Como você se sente quando pensa em câncer de mama?  
 Tranquila  Com medo  Preocupada  Deprimida
10. Como você se sente no dia anterior ao exame de mamografia?  
 Tranquila  Com medo  Preocupada  Deprimida
11. Você pensa que o seu risco de ter câncer de mama é menor, igual ou maior que o risco de outras mulheres da mesma idade?  
 Muito menor  Menor  Igual  Maior  Muito maior
12. Do que você tem mais medo no câncer de mama? \_\_\_\_\_ -

#### Fator 1: Susceptibilidade

1. É provável que terei câncer de mama.  
 Discordo completamente  Discordo em parte  Nem concordo e nem discordo  Concordo em parte  Concordo completamente
2. Minhas chances de ter câncer de mama nos próximos anos são grandes  
 Discordo completamente  Discordo em parte  Nem concordo e nem discordo  Concordo em parte  Concordo completamente
3. Sinto que terei câncer de mama em algum momento da minha vida  
 Discordo completamente  Discordo em parte  Nem concordo e nem discordo  Concordo em parte  Concordo completamente

#### Fator 2: Benefícios

1. Se eu fizer uma mamografia e nada for encontrado, não me preocupo tanto com o câncer de mama.  
 Discordo completamente  Discordo em parte  Nem concordo e nem discordo  Concordo em parte  Concordo completamente
2. Para mim, a realização de uma mamografia é a melhor forma de encontrar um tumor muito pequeno  
 Discordo completamente  Discordo em parte  Nem concordo e nem discordo  Concordo em parte  Concordo completamente

## Fator 3: Barreiras

1. Eu tenho medo de fazer uma mamografia porque pode ser que eu descubra que há algo de errado.

Discordo completamente ( ) Discordo em parte ( ) Nem concordo e nem discordo ( ) Concordo em parte ( ) Concordo completamente ( )

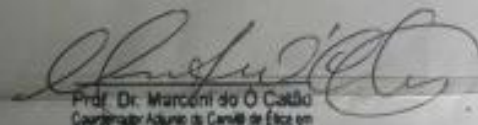
2. Eu tenho medo de fazer uma mamografia porque não entendo o que vai ser feito

Discordo completamente ( ) Discordo em parte ( ) Nem concordo e nem discordo ( ) Concordo em parte ( ) Concordo completamente ( )

## **ANEXOS**

**ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA**

**Universidade Estadual Da Paraíba  
Pró-Reitoria De Pós-Graduação E Pesquisador  
Comitê De Ética Em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos  
Comissão Nacional De Ética Em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos  
Plataforma Brasil**



Prof. Dr. Marconi do O Catão  
Coordenador Adjunto do Comitê de Ética em  
Pesquisa envolvendo Seres Humanos da  
Universidade Estadual de Paraíba  
Prof. Dr. Marconi do O Catão  
Coordenador CEP-UEPB

**PARECER DO RELATOR: (08)****CAAE PLATAFORMA BRASIL: 63089416.0.0000.5187****Data da 1ª relatoria PARECER DO AVALIADOR: 14/12/2016****Pesquisador Responsável Orientador: Mathias Weller.****Pesquisadora Responsável/Orientanda: Saionara Açucena Vieira Alves****Situação do parecer: APROVADO.**

**Apresentação do Projeto:** O Projeto é intitulado: Avaliação do conhecimento sobre câncer de mama e sobre o risco real e percebido de mulheres saudáveis, encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba para Análise e parecer com fins de elaboração da dissertação da Pós-Graduação, Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, da mestranda *Saionara Açucena Vieira Alves*. O presente estudo enfoca a avaliação dos conhecimentos sobre o câncer de mama, incluindo os sintomas da doença, fatores de risco e o comportamento de prevenção (mamografia, exame clínico da mama e auto-exame) das mulheres. Além disso, o estudo busca de entender como a auto estimação do risco percebido das mulheres, em relação ao risco real, afeta o comportamento preventivo. A presente pesquisa caracteriza-se como uma análise transversal, com abordagem quantitativa dos dados. Será aplicado um questionário semi- estruturado para o levantamento dos dados de conhecimento e informações sócios- econômicos. O estudo será realizado no Centro

de Saúde Doutor Francisco Pinto e no Hospital Municipal Doutor Edgley de Campina Grande-PB. A população do estudo é composta por mulheres com idades igual ou superiores a 40 anos com diferentes níveis sociais. A compreensão da maneira como o conhecimento afeta o comportamento preventivo, pode apoiar o levantamento de medidas adequadas pelo sistema de saúde para esclarecer o risco real e os fatores associados em campanhas de prevenção como p. Ex. durante ou outubro rosa. A divulgação de conhecimentos sobre fatores de risco não apenas pode melhorar o comportamento preventivo, mas também diretamente apoiar a evitar aqueles fatores de risco que podem ser modificados. **Objetivo da Pesquisa:** A pesquisa tem como objetivo geral: Avaliar os conhecimentos sobre o câncer de mama, incluindo sintomas e fatores de risco da doença e o comportamento de prevenção (mamografia, exame clínico da mama e auto-exame) das mulheres. Entender como a auto estimativa do risco percebido das mulheres, em relação ao risco real, afeta o comportamento preventivo. **Avaliação dos Riscos e Benefícios:** Conforme a RESOLUÇÃO 466/12, do CNS/MS, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos com graus variados. Entretanto, a pesquisa em tela poderá incorrer em riscos mínimos, tais como a emoção e o desconforto em relatar momentos advindos da confirmação de CM em si ou em parentes da família. Ademais, nenhum procedimento na coleta de dados oferecerá risco à dignidade dos pacientes entrevistados. A pesquisa obedecerá aos critérios éticos estabelecidos pela resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Como benefício pode ser elencado a compreensão dos conhecimentos por parte das mulheres sobre fatores de risco, auto estimativa do risco e prevenção que possibilita o levantamento de medidas para diminuição de fatores de risco e aumento da participação em programas de prevenção **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:** O estudo encontra-se com uma fundamentação teórica estruturada atendendo as exigências protocolares do CEP-UEPB mediante a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/10/2001 que rege e disciplina este CEP. **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:** Os termos encontram-se devidamente anexados. **Recomendações:** Por tratar-se de Projeto para elaboração de Dissertação de Conclusão da Pós Graduação em nível de Mestrado, recomendamos sempre que possível, que a mestrando realize o cadastro de pesquisa em seu nome. **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:** O projeto atende as exigências protocolares. Diante do exposto, somos pela aprovação. Salvo melhor juízo. **Situação do parecer:** APROVADO

**ANEXO B - DECLARAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA NA UNIDADE  
BÁSICA SAÚDE DA FAMÍLIA NOSSA SENHORA DE APARECIDA**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA CONTINUCÃO DA PESQUISA  
DO MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA NA UBSF NOSSA SENHORA  
APARECIDA**

Declaramos, para os devidos fins, que **LARISSA NOGUEIRA DE SIQUEIRA BARBOSA**, é aluna regularmente matriculada no mestrado em Saúde Pública, reconhecido pela CAPES, para o semestre 2020.1, com início do curso em agosto de 2020 e previsão de término para Agosto de 2022. Solicitamos a autorização da pesquisa junto à coordenação da UBSF Nossa Senhora Aparecida para que a mesma possa dar continuidade ao projeto de pesquisa da mestre Saionara Açucena Vieira Alves, titulado Avaliação do impacto de fatores socioeconômicos e da percepção na prevenção do câncer de mama e câncer do colo do uterino, realizado no centro de saúde Doutor Francisco Pinto.

Campina Grande, 15 de Junho de 2021.

A handwritten signature in blue ink that reads 'Mathias Weller'.

**Mathias Weller**

A handwritten signature in blue ink that reads 'Maria Nubia de Oliveira'.

---

**Maria Nubia de Oliveira**  
**(Coordenação de Gestão do Trabalho na Saúde)**

**ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –TCLE****UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA****Termo de Compromisso Livre e Esclarecido**

Pelo presente termo de consentimento livre e esclarecido, eu....., declaro para os devidos fins, que dou meu consentimento, de livre e espontânea vontade para a participação neste projeto que dará continuidade ao projeto **“AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE CÂNCER DE MAMA E SOBRE O RISCO REAL E PERCEBIDO DE MULHERES SAUDÁVEIS”**, sob a responsabilidade do pesquisador Prof. Mathias Weller, tendo a aluna Adriana Raquel Araújo Pereira Soares como orientanda.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- Os dados serão coletados através do preenchimento do questionário;
- A permissão para participação será estritamente voluntária, mesmo depois da minha autorização, tendo liberdade de retirar-se do estudo, antes, durante e depois da finalização de coleta dos dados, caso venha a desejar, sem riscos de qualquer penalização ou de quaisquer prejuízos pessoais ou estudantis;
- Será garantido o anonimato por ocasião da divulgação dos resultados e resguardado o sigilo de dados confidenciais;
- Caso sinta necessidade de contatar os pesquisadores durante e/ou após a coleta de dados, poderei fazê-lo pelo telefone (83)999370212;



- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com o pesquisador.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Campina Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.



---

Pesquisador Responsável

---

**Assinatura do Participante**