



**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**

ANA DARK AIRES DE FARIAS DUARTE

**INFLUÊNCIA DO MEDO DO CÂNCER DE MAMA NA REALIZAÇÃO DO EXAME
MAMOGRÁFICO**

CAMPINA GRANDE –PB

2023

ANA DARK AIRES DE FARIAS DUARTE

**INFLUÊNCIA DO MEDO DO CÂNCER DE MAMA NA REALIZAÇÃO
DO EXAME MAMOGRÁFICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Mathias Weller

CAMPINA GRANDE -PB

2023

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.

D812i Duarte, Ana Dark Aires de Farias.
Influência do medo do câncer de mama na realização do exame mamográfico [manuscrito] / Ana Dark Aires de Farias Duarte. - 2023.
46 p.

Digitado.
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2024.
"Orientação : Prof. Dr. Mathias Weller, Departamento de Biologia - CCBS. "
1. Neoplasia de mama. 2. Mamografia. 3. Medo. I. Título
21. ed. CDD 616.994 49

ANA DARK AIRES DE FARIAS DUARTE

INFLUÊNCIA DO MEDO DO CÂNCER DE MAMA NA REALIZAÇÃO DO
EXAME MAMOGRÁFICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública.

Aprovada em: 23/02/2023

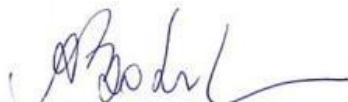
BANCA EXAMINADORA



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. Adriane Pires Batiston (membro externo) Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

AGRADECIMENTOS

A Deus por ser minha fortaleza, meu guia e minha fonte inesgotável de amor. Tudo o que tenho, sou e faço, sempre foi e sempre será em Teu nome.

Agradeço ao meu filho João Miguel, que há 7 meses encanta nossa vida, preenche nossa casa e nos força a sermos cada dia melhores. Como sou grata a Deus por tê-lo conosco, de acompanhar seu crescimento, suas descobertas e aprendizados. Te amo para todo sempre, meu amor!

Agradeço ao meu esposo, Julian, por toda demonstração de amor e paciência. Obrigada por sempre estar ao meu lado, me fazendo acreditar no meu potencial e lutar pelos meus sonhos. Aos meus pais e irmãos que sempre me inspiraram e torceram pelo meu sucesso. Gratidão por tê-los comigo e por dividir a vida com vocês.

Agradeço a Mathias, meu orientador, por todo o aprendizado compartilhado, paciência e confiança. Obrigada por ser inspiração de educador, pesquisador e pessoa, que tornou essa jornada leve e gratificante.

Às professoras Claudia e Adriane pela disponibilidade e por me darem a honra de tê-las em minha banca e poder contar com suas brilhantes e necessárias contribuições nessa pesquisa.

Aos meus colegas de turma, em especial à Haline, que esteve comigo desde o início, compartilhando conhecimentos acadêmicos mas também, angústias e alegrias da vida pessoal e também da maternidade. Gratidão também à Larissa, companheira de coleta de dados com quem tive a honra de trabalhar e compartilhar conhecimento.

Às mulheres que, gentilmente, aceitarem participar da pesquisa, contribuindo para o fortalecimento da saúde pública, principalmente, na atenção às pacientes acometidas pelo câncer de mama.

RESUMO

Introdução: O Câncer de Mama (CM) representa um agravo de relevância mundial, sendo o câncer mais frequente na população feminina brasileira, excetuando-se o câncer de pele não melanoma e contribuindo atualmente com 29,7 % de todas as neoplasias entre as mulheres. Já está bem descrita na literatura a influência dos fatores socioeconômicos na realização do Exame Mamográfico (EM), entretanto fatores psicológicos, como o medo e crenças em saúde também dificultam o rastreamento, porém ainda não foram exaustivamente estudados. **Objetivo:** Analisar a influência do medo do CM e das crenças de saúde na decisão de realizar ou não o EM. **Metodologia:** estudo transversal e analítico realizado em duas unidades de saúde na cidade de Campina Grande-PB. A população analisada envolveu as mulheres que procuraram as referidas unidades de saúde entre outubro e dezembro de 2021 e a amostra avaliada foi de 180 mulheres das quais, 110 usaram os serviços de um Centro de Saúde e 70 de uma Unidade Básica de Saúde. Para a coleta dos dados, utilizou-se um questionário estruturado adaptado desenvolvido em estudos anteriores e no qual foi incluído a escala Champion's Health Believe Model. Inicialmente, os dados foram organizados em planilha eletrônica com o auxílio do software Microsoft Office Excel 2013 e, posteriormente, importados para o programa StatisticsTM Software (SPSS®; IBM company; version 17, USA), no qual foram realizados o teste qui-quadrado (χ^2), de Pearson e exato de Fisher para comparar variáveis categóricas e o teste T para comparar variáveis contínuas. Ademais, para quantificar as associações entre as variáveis incluindo o medo e a realização regular do EM foi aplicada a análise de regressão logística nominal. **Resultados:** A frequência de realização do EM foi diferente entre as faixas etárias, de modo que, das 41 (22,8%) mulheres que não realizaram EM regularmente, 27 (50,0%), nove (13,4%) e cinco (8,5%) tinham idade de 40 a 49 anos, 50 a 59 anos e ≥ 60 anos, respectivamente. O baixo nível de escolaridade e a baixa renda foram características de 111 (61,7%) e 117 (65,0%) mulheres, respectivamente. Entre as participantes, 103 (57,2%) não praticavam nenhuma atividade física 150 (83,3%) informaram que nunca beberam e 162 (90,0%) não fumaram. Alta frequência ao serviço de saúde foi associada a uma maior chance de recomendação de EM. A realização regular de EM foi positivamente associado ao emprego, aposentadoria, origem europeia, alta frequência aos serviços de saúde e uso de serviços ginecológicos. Em relação à classificação do medo, a maioria relatou não ter medo de realizar o EM, no entanto o medo da mamografia diminuiu a chance de realização anual desse exame. Os dados de medo de

CM e a escala Champion's Health Believe Model não foram associados de forma heterogênea com o desempenho da EM. **Conclusão:** Os dados mostraram que o medo do EM pode influenciar na realização desse exame e que o tipo de serviço de saúde utilizado é um fator muito importante nessa tomada de decisão, demonstrando a importância da Estratégia Saúde da Família na implementação dos princípios e diretrizes do SUS.

Palavras-Chave: neoplasias da mama; mamografia; medo.

ABSTRACT

Introduction: Breast Cancer (BC) represents a disease of worldwide relevance, being the most frequent cancer in the Brazilian female population, except for non-melanoma skin cancer and currently contributing with 29.7% of all neoplasms among women. The influence of socioeconomic factors in performing the Mammographic Examination (ME) is already well described in the literature, however psychological factors, such as fear and health beliefs also make screening difficult, but have not yet been exhaustively studied.

Objective: To analyze the influence of fear of MC and health beliefs on the decision of whether or not to undergo MS. **Methodology:** cross-sectional and analytical study carried out in two health units in the city of Campina Grande-PB. The analyzed population involved women who sought the referred health units between October and December 2021 and the evaluated sample consisted of 180 women, of which 110 used the services of a Health Center and 70 of a Basic Health Unit. For data collection, an adapted structured questionnaire developed in previous studies was used, in which the Champion's Health Believe Model scale was included. Initially, the data were organized in an electronic spreadsheet with the help of Microsoft Office Excel 2013 software and, subsequently, imported into the Statistics TM Software program (SPSS®; IBM company; version 17, USA), in which the chi-square (χ^2), Pearson's and Fisher's exact test to compare categorical variables and the t test to compare continuous variables. Furthermore, to quantify the associations between variables including fear and the regular performance of EM, nominal logistic regression analysis was applied. **Results:** The frequency of performing the EM was different between the age groups, so that, of the 41 (22.8%) women who did not regularly undergo the EM, 27 (50.0%), nine (13.4%) and five (8.5%) were aged 40 to 49 years, 50 to 59 years and ≥ 60 years, respectively. Low education level and low income were characteristics of 111 (61.7%) and 117 (65.0%) women, respectively. Among the participants, 103 (57.2%) did not practice any physical activity, 150 (83.3%) reported that they never drank and 162 (90.0%) did not smoke. High attendance at the health service was associated with a greater chance of MS recommendation. Regular performance of MI was positively associated with employment, retirement, European origin, high frequency of health services and use of gynecological services. Regarding the classification of fear, most reported not being afraid to perform the EM, however the fear of mammography decreased the chance of performing this exam annually. CM fear data and the Champion's Health Believe Model scale were not heterogeneously associated with

MS performance. **Conclusion:** The data showed that the fear of MS can influence the performance of this exam and that the type of health service used is a very important factor in this decision-making, demonstrating the importance of the Family Health Strategy in the implementation of the principles and guidelines of the SUS.

Keywords: breast neoplasms; mammography; fear.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Características socioeconômicas apresentadas de forma estratificada para três diferentes faixas etárias.....	24
TABELA 2 – Recomendação de EM dependente das frequências de uso de serviços de saúde e usode serviços ginecológicos. Odds ratio (OR) e intervalos de confiança (IC) das variáveis são apresentados para mulheres (N= 180) que receberam recomendação de EM (N= 148). As mulheres que não receberam recomendação de MS (N= 32), serviram de referência.....	25
TABELA 3 – Razões de chances (OR) e intervalos de confiança (IC) de variáveis individuais são apresentados para mulheres que passaram por EM regular (N = 139). As mulheres que não realizaram EM (N = 41) serviram como grupo de referência.....	26
TABELA 4 – Odds ratio (OR) e intervalos de confiança (IC) das variáveis são apresentados em dois modelos de análise multivariada para mulheres (N= 180) que realizaram mamografia regular (N= 139) As mulheres que não realizaram MS (N = 41), respectivamente CBE (N = 40), serviram como grupos de referência	29
TABELA 5 – Conhecimento a respeito do EM, de todas as mulheres (N= 180) e três faixas etárias diferentes	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CM	Câncer de Mama
CHBS	<i>Champion's Health Belief Scale</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
EM	Exame Mamográfico
HFCM	Histórico Familiar de Câncer de Mama
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MCS	Modelo de Crenças em Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1 Prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de mama.....	14
2.2 Conhecimentos sobre fatores de risco e sintomas do Câncer de mama.....	15
2.3 Medo/crenças de saúde e sua relação com o rastreamento.....	16
3 OBJETIVOS.....	18
3.1 Objetivo geral.....	18
3.2 Objetivos específicos.....	18
4 HIPÓTESES.....	19
5 METODOLOGIA.....	20
5.1 Tipo de pesquisa.....	20
5.2 Local do estudo.....	20
5.3 População e amostra.....	20
5.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	21
5.5 Instrumento de coleta de dados.....	21
5.6 Procedimentos de coleta de dados.....	21
5.7 Análise estatística.....	22
5.8 Classificação do medo.....	22
5.9 Aspectos éticos.....	22
6 RESULTADOS.....	24
7 DISCUSSÃO.....	31
8 CONCLUSÃO.....	35
REFERÊNCIAS.....	36
APÊNDICE A: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	39
APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE.....	43
ANEXO A: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	45

1 INTRODUÇÃO

O Câncer de mama (CM) representa um agravo de relevância mundial e, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2020, 2.088.849 novos casos da doença foram diagnosticados e estes, por sua vez, estavam relacionadas a 11,6% de todas as mortes por câncer no mundo (OMS, 2020).

No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) previu 66.280 novos casos para 2021, representando o mais frequente na população feminina brasileira, excetuando-se o câncer de pele não melanoma (INCA, 2020). Além disso, o CM contribui atualmente com 29,7 % de todas as neoplasias entre as mulheres (INCA, 2019).

A região Nordeste do Brasil, mais especificamente, sofreu um aumento na incidência desse tipo de câncer, variando de 27,23 novos casos em 2005 para 44,29 novos casos em 2020, por 100.000 mulheres (INCA, 2005; INCA, 2020). Em relação à mortalidade, essa doença apresenta-se como a principal causa de morte por câncer em mulheres, sendo as regiões Sudeste e Sul as que possuem as maiores taxas (INCA, 2020).

De acordo com o estudo desenvolvido por Torre et al., (2016), as taxas de incidência e mortalidade nos países desenvolvidos se mantiveram estáveis ou apresentaram redução, enquanto nos países em desenvolvimento elas aumentaram. A redução da taxa de mortalidade nos países desenvolvidos é resultado das melhorias ocorridas tanto nas técnicas de detecção precoce, quanto nas terapias e, além disso, é imprescindível destacar que nos países desenvolvidos a expectativa de vida mantém-se quase inalterada. Já nos países em desenvolvimento, o estilo de vida, a alimentação e os padrões reprodutivos mudaram fortemente e, diante das melhorias nesses aspectos, a expectativa de vida das mulheres continua a crescer, provocando também um aumento na incidência, já que a idade avançada é um fator de risco importante do CM.

Os problemas que envolvem o CM, inicialmente, eram caracterizados de maneira simplificada, chamando a atenção apenas para a ineficiência do poder público, ou mesmo para o desconhecimento da população quanto aos métodos de prevenção, diagnóstico e tratamento. Com o passar do tempo, outras questões foram incorporadas, como a dificuldade no acesso ao tratamento e às novas tecnologias de ponta, além das mobilizações em torno dos cuidados com a mulher mastectomizada fora do tradicional âmbito da medicina e da saúde (TEIXEIRA; NETO, 2020).

Nos anos 80, foram desenvolvidas no Brasil, políticas públicas referentes ao CM, principalmente através do Programa Viva Mulher. Nesse período, houve o início do

incentivo federal às ações para o controle dessa patologia, com a finalidade de diminuir a exposição aos fatores de risco, melhorar a qualidade de vida das pacientes e reduzir o índice de mortalidade. Esses objetivos estão em concordância com as diretrizes atuais da política de controle do câncer, publicadas pela Portaria GM/MS1 nº 874, de 2013, e com a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (INCA, 2015).

O presente estudo é fruto das indagações propostas por Alves; Weller (2020) em uma pesquisa anterior desenvolvida na mesma instituição e que foi pioneira no Brasil, analisando a percepção das mulheres sobre a estimativa de risco comparativo e seu impacto no comportamento de Exame Mamográfico (EM). Entre os resultados obtidos, os autores evidenciaram que quando o risco percebido de CM foi associado ao risco objetivo de CM das mulheres, o risco comparativo estimado resultante tendeu a ser inversamente associado à participação no EM. A superestimação e a estimativa precisa do risco comparativo foram negativamente associadas à participação no EM. Tal fato vai de encontro a outros estudos que não revelaram associação positiva ou negativa da estimativa comparativa de risco com a participação no EM (WALKER et al., 2014; KHOSHRAVESH; TAYMOORI; ROSHANI, 2016). Em outras palavras, as mulheres que subestimam o risco de ter CM, fazem mais EM, comparado a outras mulheres da mesma idade. Isso gerou o questionamento: mulheres que realizam o EM regular, tem menos medo da doença? corroborando com o pensamento de Labrie et al., de que o medo do CM pode aumentar a percepção do risco pessoal entre mulheres de 30 a 49 anos (LABRIE et al., 2017). Além disso, outras crenças psicológicas em saúde também pode influenciar na decisão de realizar o EM? Diante do exposto, e da inexistência de estudos brasileiros com essa temática, visto que a maioria analisou apenas a caracterização sociodemográfica das mulheres e os fatores associados à não realização do EM (MENECHINI; et al.; 2021), surgiu o interesse em analisar também a influência do medo nessa conjuntura.

Diante da problemática apresentada e da escassez de pesquisas relacionadas ao debate, espera-se contribuir com o delineamento de novos estudos que envolvem o CM no âmbito da Saúde Pública, pois esses levantamentos são relevantes para o diagnóstico situacional e construção de saberes acerca do comportamento preventivo das mulheres na cidade de Campina Grande, Paraíba, Brasil. Nessa perspectiva, o dinamismo das discussões e as preocupações com o CM demonstram a importância que a doença assumiu na sociedade, e demandam mais pesquisas acerca das faces sociais e históricas do câncer no país. Sendo assim, o presente estudo objetiva avaliar a influência do medo do CM na tomada de decisão para realizar o EM e, consequentemente, objetiva-se expandir o

conhecimento acerca desse importante problema de saúde pública.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Prevenção, diagnóstico e tratamento do CM

A abordagem mais confiável para o diagnóstico precoce são os programas de rastreamento, que aumentam a possibilidade de diagnóstico em estágio inicial e, assim, afetam positivamente os processos de tratamento de pacientes com câncer. O EM é o único método de rastreamento do CM com eficácia comprovada para mulheres entre 50-69 anos (INCA, 2015). Para mulheres de risco elevado, a recomendação é a de realização do exame clínico das mamas (ECM) e EM anuais, a partir dos 35 anos de idade. Além disso, é necessário garantir acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados (BRASIL, 2007).

Nos países desenvolvidos ocorre o rastreamento organizado por meio do recrutamento da população-alvo de forma ativa (Teixeira, 2015), o que viabiliza a redução na mortalidade por CM, além do aumento da sobrevivência das pacientes (Myers et al., 2015). Por outro lado, nos países em desenvolvimento a estratégia oportunística do rastreamento do CM delega às mulheres a responsabilidade de buscar pelo serviço de saúde. Nesses países onde o acesso aos cuidados primários e especializados é limitado, os desafios relacionam-se às dificuldades impostas pelo próprio sistema e somam-se às vulnerabilidades sociais, ainda evidentes nesses locais, sustentando barreiras que inviabilizam a sua detecção e tratamento precoces (GIRIANELLI, 2014).

No Brasil, o programa de rastreamento do CM não foi realizado de forma organizada (BASU, 2020). Desse modo, o EM é ofertado, geralmente, durante a campanha do Outubro Rosa, e, por essa razão, está vinculada às possibilidades de acesso das mulheres (INCA, 2020). É válido ressaltar que o Ministério da Saúde não recomenda a realização da mamografia fora da faixa etária ≥ 50 anos, visto que, os possíveis danos (exposição desnecessária à radiação e resultados falsos-negativos causados pela maior densidade mamária em mulheres jovens) superam os benefícios (INCA, 2019).

A taxa de cobertura nacional dos exames realizados no SUS no biênio 2018-2019 foi cerca de 24%, não alcançando, portanto, os 50% da população-alvo anualmente, como preconizam os parâmetros SUS. Já o alcance de mamografias realizadas em 2020-2021, durante a Pandemia, foi de 16%, contando com uma taxa de redução de, aproximadamente 30% menos mamografias entre os biênios. Outros estudos mostraram que a cobertura de exames de EM realizadas no Brasil em mulheres na faixa etária e periodicidade de

recomendação passou de 14,4% em 2008 para 24,2% em 2017, sendo de 21,9% em 2019 (Freitas-Junior et al., 2020; Rodrigues et al., 2019).

2.2 Conhecimentos sobre fatores de risco e sintomas do CM

De acordo com Ohl et al. (2016), o desenvolvimento do CM é decorrente de vários fatores, como os ambientais, biológicos, genéticos e endócrinos.

Nos Estados Unidos, estima-se que aproximadamente um terço de todos os casos de CMna pós-menopausa são causados por fatores de risco relacionados ao estilo de vida modificáveis(TAMIMI et al., 2016). Já no Reino Unido, 6,9% de todos os casos de CM foram atribuídos à obesidade e ao sobrepeso como um único fator de risco para a doença (PARKIN, 2011).

Ademais, a elevação do risco está relacionada à idade avançada, primeira gravidez após os 30 anos, menopausa tardia (após os 50 anos), menarca precoce (antes dos 12 anos), nuliparidade (mulher que nunca engravidou) e reposição hormonal após a menopausa, sobretudo se utilizada por mais de cinco anos. Outros fatores de risco incluem a obesidade, principalmente quando o ganho de peso acontece após a menopausa, a ingestão regular de álcool e o sedentarismo (OHL et al., 2016).

O CM de caráter hereditário corresponde por aproximadamente de 5 a 10% do total de casos. No que diz respeito a história pessoal e familiar, casos de CM em parentes de primeiro grau, aumentam o risco da doença. Além disso, a ocorrência de CM bilateral ou câncer de ovário em um ou mais familiares de primeiro grau independentemente da idade, CM em familiar do sexo masculino e também CM e/ou doença mamária benigna anteriores, também seapresentam como fatores de risco (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018).

Estudo desenvolvido em duas unidades de referência em tratamento do câncer de mama na Paraíba realizou modelos de regressão de variáveis ajustadas no qual, história familiar de câncer (OR = 1,78; IC 95%: 1,22–2,59), obesidade (OR = 1,69; IC 95%: 1,08–2,63), consumo de álcool (OR = 2,21; 95% IC: 1,44–3,39) e uso de anticoncepcionais (OR = 2,09; IC 95%: 2,09– 4,28) aumentaram o risco de doenças entre todas as mulheres do estudo (GOMES et al., 2022). Além dos citados anteriormente, outros fatores podem estar relacionados ao desenvolvimento do CM como as radiações ionizantes de altas doses nas mamas de uma mulherem idade jovem, para o tratamento de linfoma, por exemplo; diabetes tipo 2, com ou sem obesidade; alta densidade do tecido mamário (a quantidade de tecido glandular em relação ao tecido adiposo medido em uma mamografia)

(AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018).

Em relação à sintomatologia, no CM, geralmente, há o aparecimento de nódulo, indolor, duro e irregular. Além disso, as mamas podem apresentar edema cutâneo semelhante à casca de laranja, retração cutânea, dor, inversão do mamilo, hiperemia, descamação ou ulceração do mamilo, linfonodos palpáveis na axila e secreção papilar, especialmente quando é unilateral, espontânea e de coloração transparente (INCA, 2021).

2.3 Medo/crenças de saúde e sua relação com o rastreamento

Em recente revisão integrativa, identificou-se que além de ter infraestrutura física e pessoal habilitado, existe a necessidade de intervenções culturalmente competentes que considerem barreiras e crenças relacionadas à mamografia para melhorar a adesão a esse método de rastreamento. (DOEDE et al., 2018). Entre essas barreiras, destaca-se o medo como um fator importante que pode afetar a assistência à saúde dos indivíduos.

É válido ressaltar que o medo e a adaptação às circunstâncias adversas são mecanismos fundamentais para a sobrevivência do ser humano e, em si mesmo, não significam psicopatologia. Porém, em circunstâncias mais severas, poderão ser agravadas, com comprometimento e repercussões para a saúde física e mental (PEREIRA et al., 2021).

Em relação ao CM, o medo é um fator que dificulta o rastreamento e, conseqüentemente, o tratamento das mulheres, principalmente. Este é considerado como uma reação emocional negativa à ameaça do câncer que influencia tanto na qualidade quanto na duração da vida (HIDALGO et al., 2015) e, muitas vezes, está relacionado à incerteza e, frequentemente, faz com que uma pessoa não realize, por exemplo, um processo de triagem que possa revelar que ela tem câncer (GREANEY et al., 2014). Além disso, o nível de preocupação ou medo interfere no funcionamento de sua vida diária, especialmente entre as mulheres que necessitaram de exames de acompanhamento após o rastreamento (LEE et al., 2020).

Além do medo, outros fatores psicológicos relacionados à crenças de saúde, juntamente com o sistema de saúde e a educação, apresentam-se como possíveis obstáculos ao não rastreamento do CM em mulheres (LOURENÇO; MAUAD; VIEIRA, 2013). Um dos modelos mais frequentemente usados para descrever a influência das crenças de saúde nos comportamentos de rastreamento é o Health Beliefs Model (HBM) ou Modelo de Crenças em Saúde (MCS) (SKINNER, TIRO E CHAMPION

2015), que propõe que os comportamentos preventivos se relacionam com as percepções individuais em quatro dimensões, no qual as duas primeiras se voltam à percepção da susceptibilidade ao adoecimento e da gravidade da doença e as demais se referem à percepção das barreiras e os benefícios de se adotar um comportamento preventivo (ROSENSTOCK, 1974). Portanto, é necessário que sejam realizadas intervenções que considerem as barreiras e crenças relacionadas ao EM, como propósito de aumentar a adesão a esse método (DOEDE et al., 2018)

A utilização de instrumentos para verificar a adesão à mamografia é uma medida que tem apresentado resultados satisfatórios, subsidiando melhorias no cuidado à saúde da mulher (MOREIRA et al., 2017). Dentre esses instrumentos, destaca-se a *Champion's Health Belief Model Scale* (CHBMS), elaborada no estilo likert, com base no MCS, sendo traduzida para várias línguas (CHAMPION, 1999). No Brasil, Moreira et al (2020) realizaram a tradução e validação dessa escala para o português.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a influência do medo do CM e das crenças de saúde na decisão de realizar ou não o EM

3.2 Objetivos específicos:

3.2.1 Caracterizar o perfil sociodemográfico de mulheres com idade entre 40-69 anos atendidas em uma instituição de saúde na cidade de Campina Grande, Paraíba;

3.2.2 Avaliar o grau de medo em relação ao CM e o EM;

3.2.3 Investigar se o medo é decisivo para o comportamento preventivo de EM

3.2.4 Analisar quais os fatores psicológicos e fatores sociodemográficos podem explicar o comportamento preventivo das mulheres.

4 HIPÓTESES

- Pro: Mulheres que apresentam mais medo do CM e EM realizam menos vezes mamografia anualmente ou bi-anualmente.
- Contra: Mulheres que apresentam mais medo do CM e EM realizam mais mamografia anualmente ou bi-anualmente.
- Pro: Os fatores psicológicos como o medo representam variáveis independentes, decisivas, que são tão importantes como variáveis sócio- econômicas, como renda e nível de educação para explicar o comportamento preventivo
- Contra: Os fatores sócioeconômicos são mais importantes que os fatores psicológicos

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa com delineamento transversal do tipo analítica. O estudo observacional permite a mensuração do problema, porém o investigador não intervém. Por suavez, o delineamento analítico permite associar o estado de saúde a outras variáveis. (BEAGLEHOLE; BONITA; KJELLSTROM, 2007).

5.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada nas unidades de saúde “Centro de saúde Dr. Francisco Pinto de Oliveira”, e “Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Nossa Senhora Aparecida”, ambos na cidade de Campina Grande, Nordeste do Brasil. É válido ressaltar que, apesar das duas unidades de saúde estarem registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como UBS, elas possuem algumas diferenças fundamentais: o Centro de saúde, localizado na parte mais central da cidade, possui uma estrutura física bem maior e atende, portanto, um público também maior, inclusive, de pessoas que trabalham nas imediações, além daqueles que residem no seu entorno. Além da estrutura física e demanda de atendimentos, o Centro de Saúde também oferece serviços diferenciados como fisioterapia/reabilitação, otorrinolaringologia, fonoaudiologia, audiometria e cadastro do cartão do SUS, além dos tradicionais serviços prestados também na outra unidade, como vacinação, tratamento odontológico, assistência ao pré-natal risco habitual, consultas ginecológicas, entre outros. Portanto, a realização do EM não faz parte do escopo de serviços que devem ser realizados nessas unidade.

5.3 População e amostra

A população analisada envolveu as mulheres que procuraram as referidas unidades de saúde entre os meses de outubro e dezembro de 2021.

A amostragem foi do tipo probabilística aleatória simples, definida a partir do cálculo: $n = \frac{Z^2 a \cdot p \cdot q}{E^2}$, 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%.

A amostra avaliada foi composta de 180 mulheres das quais, 110 usaram os serviços do Centro de Saúde e 70 os da UBSF.

5.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas no estudo as mulheres sem história prévia de CM e com idade ≥ 40 anos que procuraram as referidas unidades de saúde. Dessa forma, mulheres que tinham diagnóstico de CM, que estivessem em tratamento da doença, ou que tivessem o histórico da neoplasia em questão e aquelas com déficit cognitivo que impossibilitassem a coleta de dados não foram incluídas nessa pesquisa.

5.5 Instrumento de coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada por meio de um questionário estruturado modificado desenvolvido em estudos anteriores na mesma instituição (FREITAS; WELLER, 2017) e adaptado aos objetivos dessa pesquisa. O questionário foi subdividido nas seguintes seções: (1) Informações demográficas e socioeconômicas; (2) Informações sobre hábitos de vida; (3) História familiar do câncer de mama e câncer geral/autocuidado (4) EM e exame clínico das mamas; (5) Sentimentos relacionados ao CM e a EM. Na seção 5 foi incluída a *Champion's Health Belief Model Scale*, traduzida e validada para o Brasil.

5.6 Procedimentos de coleta de dados

Durante a coleta de dados, as mulheres com mais de 40 anos que se dirigiram aos centros de saúde 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.

Para evitar viés de seleção, foram entrevistadas todas as mulheres presentes na sala de espera pela manhã (8h00 - 12h00) e / ou à tarde (14h00 - 18h00) pm, de uma a três vezes por semana. Para evitar possíveis informações repetitivas de membros da mesma

família, a entrevista foi realizada com apenas uma mulher do mesmo grupo de pessoas.

5.7 Análise estatística

Inicialmente, os dados foram organizados em planilha eletrônica com o auxílio do software Microsoft Office Excel 2013 e a partir disso, as planilhas foram importadas para o programa Statistics TM Software (SPSS®; IBM company; version 28, USA). As mulheres foram divididas em grupos dependendo da realização do EM: Nunca, as vezes, regular cada ano, regular bianual. “Nunca” e “as vezes” formaram a categoria de realização irregular. Foram realizados o teste qui-quadrado (χ^2) de Pearson e Fisher para comparar variáveis categóricas e o teste T para comparar variáveis contínuas entre os três grupos de mulheres. Ademais, para quantificar as associações entre as variáveis incluindo o medo e a realização regular do EM, foi aplicada a análise de regressão logística nominal. Os resultados foram apresentados como razão de chance (RC) e intervalos de confiança (IC) de 95%. A análise foi realizada primeiro para singulares variáveis. Cada variável foi testada pelo likelihood ratio test. Variáveis com um valor menor que 0.2 na análise univariada, foram usadas para formar modelos ajustados. Sempre a variável com menor valor p era excluída do modelo até que este fosse composto exclusivamente por variáveis significativas. O modelo final foi também testado pelo likelihood ratio test.

5.8 Classificação do medo

O medo foi avaliado por meio de uma escala de likert, sendo classificado em: "muito medo", "moderado medo", "pouco medo", "nenhum medo”.

5.9 Aspectos éticos

O estudo é parte integrante do projeto “AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE CÂNCER DE MAMA E SOBRE O RISCO REAL E PERCEBIDO DE MULHERES SAUDÁVEIS”, aprovado pelo comitê de ética da Universidade Estadual da Paraíba com número do CAAE: 63089416.0.0000.5187 (ANEXO 1), cumprindo dessa forma, com os preceitos e diretrizes éticas da pesquisa com seres humanos recomendados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) , expressas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Os indivíduos entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APENDICE 2) em duas vias, de forma que uma via foi entregue a participante e outra ficou sob posse do pesquisador responsável. O termo versou em linguagem simples as principais informações contidas no estudo.

6 RESULTADOS

A média de idade entre as 180 mulheres participantes do estudo foi de 55,33 anos. No que se refere a frequência de realização do EM, nota-se que esta foi diferente entre as faixas etárias, de modo que, das 41 (22,8%) mulheres que não realizaram EM regularmente, 27 (50,0%), nove (13,4%) e cinco (8,5%) tinham idade de 40 a 49 anos, 50 a 59 anos e ≥ 60 anos, respectivamente ($p < 0,001$), como mostra a Tabela 1. Além disso, na mesma tabela é possível notar que emprego, recebimento de aposentadoria e consumo de álcool também variaram entre as faixas etárias ($p < 0,001$; $p < 0,001$; $p = 0,011$).

Quanto ao estado civil, 100 (55,6%) possuíam união não estável. O baixo nível de escolaridade (até ensino fundamental) e a baixa renda (até 1 salário mínimo) foram características de 111 (61,7%) e 117 (65,0%), respectivamente. A religião católica esteve presente em 104 (57,8%) das entrevistadas e 117 (65,0%) eram não caucasiano. 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 (Tabela 1).

Tabela 1. Características socioeconômicas apresentadas de forma estratificada para três diferentes faixas etárias.

	Total	40-49 anos	50-59	≥ 60 anos	P
	(N= 180)	(N= 54)	(N= 67)	(N= 59)	
Frequência de realização do Exame Mamográfico (EM)					
Não regular	41 (22.8%)	27 (50.0%)	9 (13.4%)	5 (8.5%)	<0.001
Anualmente	102 (56.7%)	23 (42.6%)	41 (61.2%)	38 (64.4%)	
A cada 2 anos	37 (20.6%)	4 (7.4%)	17 (25.4%)	16 (27.1%)	
Estado civil					
Sem união estável	100 (55.6%)	25 (46.3%)	40 (59.7%)	35 (59.3%)	0,262
Com união estável	80 (44.4%)	29 (53.7%)	27 (40.3%)	24 (40.7%)	
Escolaridade					
Baixa	111 (61.7%)	28 (51.9%)	39 (58.2%)	44 (74.6%)	0,132
Média	58 (32.2%)	21 (38.9%)	24 (35.8%)	13 (22.0%)	
Alta	11 (6.1%)	5 (9.3%)	4 (6.0%)	2 (3.4%)	
Emprego					
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%)	
Renda					
Baixa	117 (65.0%)	32 (59.3%)	49 (73.1%)	36 (61.0%)	0,523

Média	40 (22.2%)	14 (25.9%)	11 (16.4%)	15 (25.4%)	
Alta	23 (12.8%)	8 (14.8%)	7 (10.4%)	8 (13.6%)	
Aposentadoria					
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%)	
Religião					
Católica	104 (57.8%)	31 (57.4%)	38 (56.7%)	35 (59.3%)	0,955
Não católica	76 (42.2%)	23 (42.6%)	29 (43.3%)	24 (40.7%)	
Origem étnica					
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%)	
Atividade física					
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%)	
Consumo de álcool					
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%)	
Fumo					
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 pela autora, 2022

Das 148 mulheres que receberam recomendação de EM por meio de assistência médica, 134 (90,5%) a realizavam regularmente ($p < 0,001$). Das 148 mulheres que receberam recomendação de SM por meio de assistência médica, 134 (90,5%) a realizavam regularmente ($p < 0,001$).

Alta frequência ao serviço de saúde (mensalmente ou trimestralmente) foi associada a uma maior chance de recomendação de EM ($p < 0,001$), como mostra a Tabela 2.

Tabela 2. Recomendação de EM dependente das frequências de uso de serviços de saúde e uso de serviços ginecológicos. Odds ratio (OR) e intervalos de confiança (IC) das variáveis são apresentados para mulheres (N= 180) que receberam recomendação de EM (N= 148). As mulheres que não receberam recomendação de MS (N= 32), serviram de referência.

	Recomendação de Exame Mamográfico		
	N (%)	OR (95%CI)	P
Frequência de uso dos serviços de saúde			
Mensalmente	32 (17.8%)	10.500* (1.35- 81.72)	<0.00

A cada 3 meses	27 (15.0%)	8.81* (1.13- 68.94)	1
A cada 6 meses	38 (21.1%)	1.091 (0.45- 2.680)	
Mais de 1 ano	83 (46.1%)	Ref.	
Frequência de consultas ginecológicas			
≤ 2 anos	119 (66.1%)	1.027 (0.46- 2.30)	0.949
> 2 anos	61 (33.9%)	Ref.	

Fonte: elaborada pela autora, 2022

*p <0.050;

A análise de regressão de variáveis socioeconômicas individuais também foi resumida na Tabela 3 e evidenciou-se que a realização regular de EM foi positivamente associado ao emprego, aposentadoria, origem europeia, alta frequência de serviços de saúde e uso de serviços ginecológicos ($p = 0,020$; $p < 0,001$; $p = 0,024$; $p < 0,001$). Em relação à classificação do medo, a maior parte das mulheres relatou não ter medo de realizar o EM, como mostra a tabela 3, no entanto o medo da mamografia diminuiu a chance de realização anual de EM.

Os dados de medo de CM e o *Champion's Health Believe Model* não foram associados de forma heterogênea com o desempenho da EM ($p = 0,794$; $p = 0,641$; $p = 0,386$; $p = 0,365$).

Tabela 3. Razões de chances (OR) e intervalos de confiança (IC) de variáveis individuais são apresentados para mulheres que passaram por EM regular (N = 139). As mulheres que não realizaram EM (N = 41) serviram como grupo de referência.

	Exame Mamográfico			
		Anualmente (N= 102)	Bianualmente (N=37)	P
	N (%)	OR (95%CI)	OR (95%CI)	
40- 49 anos	54 (30.0%)	0.112* (0.04-0.33)	0.046* (0.01- 0.20)	<0.001
50- 59 anos	67 (37.2%)	0.599 (0.18- 1.95)	0.590 (0.16- 2.14)	
>60 anos	59 (32.8%)	Ref.		
Estado civil				
Sem união estável	100 (55.6%)	0.649 (0.31 -1.37)	0.679 (0.27 -1.68)	0,507
Com união estável	80 (44.4%)	Ref.		
Nível de escolaridade				
Baixa	111 (61.7%)	1.632 (0.36- 7.34)	0.720 (0.13- 3.99)	0,432
Média	58 (32.2%)	1.338 (0.28- 6.5)	1.231 (0.21- 7.15)	

Alta	11 (6.1%)	Ref.		
Emprego				
Empregado	61 (33.9%)	0.343* (0.16- 0.73)	0.516 (0.21- 1.28)	0,020
Não empregado	119 (66.1%)	Ref.		
Renda				
Baixa	117 (65.0%)	1.988 (0.68- 5.78)	0.980 (0.29- 3.37)	0,568
Média	40 (22.2%)	1.633 (0.47- 5.66)	1.296 (0.32- 5.33)	
Alta	23 (12.8%)	Ref.		
Aposentadoria				
Sim	55 (30.6%)	12.071* (2.76- 52.8)	11.870* (2.47- 56.98)	<0.001
Não	125 (69.4%)	Ref.		
Religião				
Católica	104 (57.8%)	1.307 (0.63- 2.71)	1.76 (0.71- 4.37)	0,474
Não católica	76 (42.2%)	Ref.		
Origem étnica				
Caucasiano	63 (35.0%)	1.247 (0.56- 2.80)	3.209* (1.25- 8.27)	0,024
Não caucasiano	117 (65.0%)	Ref.		
Atividade física				
Sim	77 (42.8%)	1.667 (0.79- 3.51)	0.832 (0.33- 2.12)	0,141
Não	103 (57.2%)	Ref.		
Consumo de álcool				
Sim	30 (16.7%)	0.711 (0.28- 1.83)	0.962 (0.31- 2.98)	0,722
Não	150 (83.3%)	Ref.		
Tabagismo				
Sim	18 (10.0%)	0.895 (0.26- 3.09)	1.445 (0.36- 5.85)	0,731
Não	162 (90.0%)	Ref.		
História familiar de cancer				
Sim	92 (51.1%)	0.737 (0.35- 1.53)	0.540 (0.22- 1.38)	0,401
Não	88 (48.9%)	Ref.		
Frequência de uso dos serviços de saúde				
Mensal	32 (17.8%)	6.000* (1.65- 21.84)	1.588 (0.29- 8.80)	0,009
A cada 3 meses	27 (15.0%)	3.462 (0.91- 13.13)	4.765* (1.13- 20.12)	
A cada 6 meses	38 (21.1%)	1.904 (0.74- 4.91)	1.588 (0.50- 5.03)	

≥ 1 ano	83 (46.1%)	Ref.		
Frequência de consultas ginecológicas				
≤ 2 anos	119 (66.1%)	2.688* (1.24- 5.82)	0.665 (0.27- 1.63)	<0.001
> 2 anos	61 (33.9%)	Ref.		
Recomendação de mamografia				
Sim	148 (82.2%)	96.429*(20.64-450.41)	21.857*(5.69-83.93)	<0.001
Não	32 (17.8%)	Ref.		
Sim	146 (81.1%)			
Não	34 (18.9%)			
Medo do EM				
Muito medo	9 (5.0%)	0.155* (0.03- 0.70)	0.159 (0.02- 1.45)	0,003
Moderado medo	15 (8.3%)	0.086* (0.02- 0.34)	0.264 (0.064- 1.09)	
Pouco medo	15 (8.3%)	0.452 (0.12- 1.68)	0.793 (0.18- 3.52)	
Nenhum medo	141 (78.3%)	Ref.		
Medo de desenvolver CM				
Muito medo	113 (62,8%)	1.042 (0.34- 3.23)	0.833 (0.24- 3.10)	0,794
Moderado medo	32 (17.8%)	0.615 (0.17- 2.26)	0.500 (0.11- 2.38)	
Pouco medo	11 (6.1%)	1.538 (0.24- 9.90)	0.417 (0.03- 6.06)	
Nenhum medo	24 (13.3%)	Ref.		
Champion's Health Believe Model				
	Mean			
Susceptibilidade	6.41 (3.03)	0.973 (0.86- 1.10)	1.032 (0.89- 1.19)	0,641
Benefícios	6.34 (1.92)	1.020 (0.84- 1.24)	1.156 (0.92- 1.46)	0,386
Barreiras	3.95 (2.74)	0.912 (0.80- 1.04)	0.925 (0.79- 1.08)	0,365

Fonte: elaborada pela autora, 2022

*p <0.050;

Ao todo, 110 (61,1%) mulheres usavam exclusivamente serviços de saúde público e 70 (38,9%) usavam serviços públicos e privados.

Para identificar as variáveis independentes, foi realizada modelagem de regressão, como pode ser visto na Tabela 4. Em um modelo de variáveis ajustadas, mulheres com idade entre 40 e 49 anos tiveram uma chance de 6,17 (OR= 0,162; IC 95%: 0,03- 0,77) vezes e 11,11 (OR= 0,090; IC 95%: 0,02- 0,50) vezes menor de realização semestral do EM em comparação com mulheres com idade >60 anos (p = <0,001). O recebimento da aposentadoria aumentou a chance de desempenho anual do EM 8,16 (IC95%: 1,55- 54,32) vezes. Mulheres que utilizaram serviço ginecológico ≤ a cada dois anos tiveram chance

7,78 vezes (IC95%: 2,54-23,79) maior de apresentar EM anual ($p = < 0,001$). O uso do “Centro de saúde” diminuiu a chance de realização anual de EM 9,5 (OR= 0,105; IC95%: 0,30- 0,36) vezes, comparado ao uso da “UBSF” ($p = < 0,001$). Finalmente, o medo da mamografia diminuiu a chance de realização anual de EM ($p=0,050$). Mulheres que utilizaram serviço ginecológico \leq a cada dois anos tiveram chance 7,92 vezes (IC95%: 3,25-19,29) maior de apresentar EM anual ($p = < 0,001$).

Tabela 4. Odds ratio (OR) e intervalos de confiança (IC) das variáveis são apresentados em dois modelos de análise multivariada para mulheres (N= 180) que realizaram mamografia regular (N= 139) As mulheres que não realizaram MS (N = 41), respectivamente CBE (N = 40), serviram como grupos de referência.

	Exame Mamográfico			
		Anualmente (N= 102)	Bianualmente (N= 37)	P
	N (%)	OR (95%CI)	OR (95%CI)	
Idade				
40- 49 anos	54 (30.0%)	0.162* (0.03- 0.77)	0.090*(0.02- 0.50)	<0.001
50- 59 anos	67 (37.2%)	1.471 (0.34- 6.44)	1.033 (0.24- 4.51)	
>60 anos	59 (32.8%)	Ref.		
Aposentadoria				
Sim	55 (30.6%)	8.161*(1.55-54.32)	5.018 (0.81-30.98)	0.020
Não	125 (69.4%)	Ref.		
Frequência de uso dos serviços ginecológicos				
\leq 2 anos	119 (66.1%)	7.780*(2.54-23.79)	1.232 (0.41- 3.74)	<0.001
> 2 anos	61 (33.9%)	Ref.		
Serviço de saúde usado				
Centro de Saúde	110 (61.1%)	0.105* (0.30- 0.36)	0.745 (0.18- 3.12)	<0.001
UBSF	70 (38.9%)	Ref.		
Fear of mammography				
Muito medo	113 (62,8%)	0.028* (0.02- 0.32)	0.127 (0.09- 1.89)	0.050
Moderado medo	32 (17.8%)	0.146* (0.03- 0.87)	0.354 (0.06- 2.21)	
Pouco medo	11 (6.1%)	0.155* (0.03- 0.92)	0.542 (0.10- 2.81)	
Nenhum medo	24 (13.3%)	Ref.		

Fonte: elaborada pela autora, 2022

* $p < 0.050$

A grande maioria das mulheres (96,1%) acredita que a mamografia ajuda a diagnosticar precocemente o CM e, quando perguntadas a respeito da idade ideal para fazer o EM, 52,8% respondeu que era com 40 anos, como mostra a tabela 5.

Tabela 5. Conhecimento a respeito do EM, de todas as mulheres (N= 180) e três faixas etárias diferentes.

	Total	40-49 anos	50-59 anos	≥ 60 anos	P
	N=180)	(N=54)	(N=67)	(N=59)	
A mamografia evita o CM?					
Sim	65 (36.1%)	17 (31.5%)	26 (38.8%)	22 (37.3%)	0,540
Não	99 (55.0%)	31 (57.4%)	38 (56.7%)	30 (50.8%)	
Não sei	16 (8.9%)	6 (11.1%)	3 (4.5%)	7 (11.9%)	
A mamografia ajuda a detectar a CM precocemente?					
Sim	173 (96.1%)	51 (94.4%)	65 (97.0%)	57 (96.6%)	0,526
Não	1 (0.6%)	-	1 (1.5%)	-	
Não sei	6 (3.3%)	3 (5.6%)	1 (1.5%)	2 (3.4%)	
A mamografia diminui o risco de morrer por CM?					
Sim	152 (84.4%)	44 (81.5%)	58 (86.6%)	50 (84.7%)	0,794
Não	20 (11.1%)	6 (11.1%)	7 (10.4%)	7 (11.9%)	
Não sei	8 (4.4%)	4 (7.4%)	2 (3.0%)	2 (3.4%)	
Com que idade você deve começar a mamografia?					
<40 anos	70 (38.9%)	22 (40.7%)	26 (38.8%)	22 (37.3%)	0,743
40 anos	95 (52.8%)	29 (53.7%)	36 (53.7%)	30 (50.8%)	
41- 49 anos	6 (3.3%)	-	3 (4.5%)	3 (5.1%)	
50 anos	5 (2.8%)	1 (1.9%)	1 (1.5%)	3 (5.1%)	
Eu não sei	4 (2.2%)	2 (3.7%)	1 (1.5%)	1 (1.7%)	

Fonte: elaborada pela autora, 2022

*p <0.050;

7 DISCUSSÃO

A maioria das mulheres incluídas no presente estudo estava consciente do fato de que o EM pode ajudar a detectar o CM precocemente e diminuir o risco de morrer. De todas as 180 mulheres 22,8% realizaram EM com periodicidade irregular. Estudos anteriores em contrapartida, realizados no mesmo centro urbano da Paraíba, identificaram 52,27% que realizaram EM irregular ou nunca (Alves et al., 2019; Soares et al., 2021; Alves e WELLER, 2020). No presente grupo de estudo e também nesses estudos anteriores, o desempenho regular de EM foi mais frequente entre mulheres com idade ≥ 50 anos. (ALVES et al., 2019; SOARES et al., 2021; ALVES e WELLER, 2020). Como o risco de CM aumenta com a idade e o EM é recomendado pelas autoridades de saúde pública, para mulheres com idade ≥ 50 anos, esse achado não é surpreendente. Nos estudos anteriores, 57,8% e 43,9% das mulheres tinham ≥ 50 anos, em comparação com 70,0% de todas as 180 mulheres do presente grupo de estudo (ALVES et al., 2019; SOARES et al., 2021). Portanto, a composição etária diferente dos grupos de estudo poder ser um fator causal para explicar as diferenças observadas no desempenho regular de EM. Outra razão pode ser que a amostragem de dados de estudos distintos foi realizada em diferentes 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. Na UBSF, o EM foi mais recomendado e as mulheres o realizavam com maior frequência, quando comparado com o Centro de Saúde. Não foram encontrados na literatura estudos que justificassem tal achado, no entanto uma possível explicação para esse fenômeno é a diferença nos Modelos de Atenção à Saúde de cada unidade visto que o Centro de saúde, por atender uma demanda maior de usuários que não são cadastrados na unidade, possui também uma maior dificuldade em criar um vínculo desse público com a equipe multiprofissional. Além disso, a frequência de uso do serviço de saúde foi maior na UBSF, o que pode também explicar tal achado.

É mister destacar que, no Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é tida como prioritária para o reordenamento da Atenção Primária à Saúde (APS) desde meados dos anos 1990, em consonância com os princípios do SUS de universalidade, integralidade da atenção, descentralização, integração e hierarquização dos serviços e participação social, valorizando ações intersetoriais e equipes multiprofissionais com forte vinculação aos territórios, comunidades e famílias. A vinculação ao território e às famílias provoca a

imersão das equipes e dos gerentes nos contextos socioculturais das comunidades, fazendo com que as atividades de promoção e cuidado em saúde estejam entrelaçadas às de planejamento e gestão objetivando melhorar as condições de vida e saúde das populações (MACHADO, 2022).

Em termos gerais, os atributos da APS que embasam toda a sua importância são: Os Essenciais (o acesso de primeiro contato da pessoa com o sistema de saúde; a longitudinalidade, a existência e a utilização de uma fonte continuada de atenção em saúde ao longo do tempo; a integralidade, portfólio de serviços e ações de promoção, prevenção, de tratamento e de reabilitação, adequados ao contexto da APS, incluindo os encaminhamentos; a continuidade do cuidado pelo mesmo profissional, ou do reconhecimento de problemas atendidos em outros serviços e a integração dessa assistência no cuidado global da pessoa) e os Derivados (Orientação Familiar, na qual se deve considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado ou ameaça à saúde; Orientação Comunitária, reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade por meio de dados epidemiológicos; e a Competência Cultural, que proporciona uma adaptação do provedor às características culturais da população) (STARFIELD, 2002).

Desse modo, é inegável a importância da expansão nacional da cobertura da ESF e seus efeitos positivos em termos do acesso e de indicadores de saúde da população em várias regiões do país.

No que diz respeito à recomendação de EM, este foi muito mais frequente entre as mulheres que usaram o serviço de saúde em intervalos de tempo mais curtos (mensal e trimestralmente). Corroborando, estudo desenvolvido com mulheres de todas as regiões brasileiras, utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), evidenciou que não se consultar com médico no último ano está relacionado à não realização do EM. (BARBOSA et al., 2019) Até onde sabemos, este é o primeiro estudo realizado apenas com mulheres da região Nordeste do Brasil que revelou a importância de uso de serviços de saúde para a realização regular de EM. Sob essa ótica, a falta de indicação do exame durante as consultas periódicas pode indicar a dificuldade de acesso à consulta e/ou falta de autocuidado com a saúde de modo geral (BARBOSA et al., 2019), ou ainda, falta de indicação e/ou orientação.

Os dados de renda e escolaridade não se distribuíram de forma heterogênea entre os grupos de mulheres que realizavam EM regularmente. Esse achado foi surpreendente, pois a maioria dos estudos identificou renda e/ou nível educacional como variáveis importantes para a adesão ao EM: estudos realizados na China, Líbano, Estados Unidos

da América e Suíça, revelaram que o alto nível educacional aumentou a chance de desempenho regular da EM (Gang et al., 2013; Elias et al., 2016; Narayan et al., 2017; Sandoval et al., 2017). Além disso, estudos brasileiros anteriores associaram níveis educacionais mais altos com desempenho regular de EM (Scowitz et al., 2005; Silva et al., 2013; Vieira et al., 2015; Souza et al., 2017; Oliveira et al., 2018). Um estudo realizado na Paraíba também identificou a alta escolaridade como preditor do desempenho regular da EM (Alves e Weller, 2020). Em uma comunidade do Rio Grande do Norte, alta renda em vez de alto nível de escolaridade aumentou a chance de desempenho regular de EM (Freitase Weller, 2016). O alto percentual de mulheres mais velhas, pode ter contribuído no presente grupo de estudo para a distribuição homogênea dos dados de renda e escolaridade. Mulheres com idade ≥ 60 anos apresentaram EM regular com mais frequência do que as mais jovens. Isso também pode explicar por que o desempenho regular da EM foi positivamente associado à recepção da aposentadoria, mas negativamente ao emprego. Todos os três estudos anteriores realizados na Paraíba, por outro lado, associaram o emprego ao desempenho regular de EM (ALVES et al., 2019; SOARES et al., 2021; ALVES e WELLER, 2020).

As mulheres que informaram a origem europeia apresentaram EM regular com mais frequência do que aquelas com outra etnia. Tal achado aponta para uma desigualdade de acesso aos serviços de saúde visto que, a população negra brasileira apresenta vulnerabilidades epidemiológicas e sociais que implicam, por exemplo, dificuldades de acesso a esse tipo de serviço e estabelecem relação com processos de estigmatização racial, gerando comprometimento à vida dos indivíduos (SILVA et al., 2020).

Os resultados mostraram que a maioria das mulheres estava ciente da gravidade do CME da importância do rastreamento, porém, não sabiam a idade recomendada para realizar o EM. Corroborando, Lim et al., (2015) relatou em seu estudo que, embora 81,6% das mulheres participantes soubessem que o CM é um dos cânceres femininos mais comuns em Cingapura, mais da metade (51,2%) não sabia que a triagem era para mulheres assintomáticas e 46,3% das mulheres não sabiam a idade de início da triagem.

Os dados mostraram que medo do EM mas, curiosamente, não do próprio CM, foi negativamente associado à realização regular do EM. Do mesmo modo, no estudo desenvolvido por Rajedram et al., (2022) o medo foi o subtema mais comum levantado como explicação para as baixas taxas de rastreamento. Isso enfatiza a necessidade de explicar melhor as vantagens do EM para as mulheres.

No presente estudo, a susceptibilidade, os benefícios e as barreiras do modelo

Champion's Health Believe Model não foram associados ao desempenho regular do EM. Em contrapartida, Moreira et al., (2020) em pesquisa realizada no Nordeste do Ceará indicou que o modelo previu a adesão de mulheres ao desempenho regular do EM.

Uma limitação importante do presente estudo foi o baixo número de participantes e, por essa razão, os dados não foram estratificados por idade. As variáveis independentes identificadas podem variar entre as faixas etárias. Uma outra limitação é a possibilidade de viés de recordação e de seleção durante a amostragem.

8 CONCLUSÃO

Os resultados obtidos no presente estudo evidenciam que, em relação à classificação do medo, a maioria relatou não ter medo de realizar o EM, no entanto o medo da mamografia diminuiu a chance de realização anual desse exame.

O medo da mamografia e não do CM foi uma variável importante para impedir o desempenho regular da EM. A explicação dos benefícios do EM por profissionais da saúde pode ajudar a superar o medo e aumentar a vontade das mulheres de aderir ao desempenho regular do EM. Estudos futuros devem abranger uma amostragem maior, estratificar os dados por faixas etárias e esclarecer como as variáveis importantes identificadas influenciam o desempenho da EM de mulheres pertencentes a diferentes faixas etárias e com perfil socioeconômico heterogêneo.

A influência do tipo de serviço na realização do EM também foi um achado importante, demonstrando a importância da Estratégia Saúde da Família na implementação dos princípios e diretrizes do SUS.

As futuras campanhas de promoção da saúde devem levar em conta que têm como alvo dois comportamentos de saúde diferentes e precisam considerar não apenas os fatores psicológicos que influenciam a decisão das mulheres de comparecer ao exame, mas também os fatores que contribuem para a decisão das mulheres de evitá-lo.

Ademais, é mister que haja capacitação dos profissionais de saúde sobre a temática, principalmente na atenção básica, objetivando uma assistência integral, incluindo no escopo de suas ações as orientações sobre prevenção primária e secundária do CM. A partir da compreensão dos fatores relacionados à não realização do EM, tem-se o desafio de formular e implementar políticas públicas de forma equitativa, contemplando os grupos mais vulneráveis à não realização do exame. Dessa forma, espera-se que haja o fortalecimento da política de detecção precoce do CM, ampliando as chances de detecção precoce da neoplasia nos mais diversos grupos populacionais, e enfim reduzindo o número de mortes devido à doença.

REFERÊNCIAS

- ALVES, S. A.V.; WELLER, M. Breast Cancer Risk Perception and Mammography Screening Behavior of Women in Northeast Brazil. **Women's Health Reports**. V.1.1, 2020.
- AMERICAN CANCER SOCIETY. Cancer Facts & Figures 2018. Atlanta: American Cancer Society; 2018. Disponível em: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-andstatistics/annual-cancer-facts-and-figures/2018/cancer-facts-and-figures-2018.pdf>.
- BARBOSA, Y.C. Fatores associados à não realização de mamografia: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2019.
- BASU, P. et al. A pragmatic approach to tackle the rising burden of breast cancer through prevention and early detection in countries 'in transition. **Indian Journal of Medical Research** 152: 343-355.2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Mamografia: da prática ao controle. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer**. – Rio de Janeiro: INCA, 2007.109p. – (Recomendações para profissionais de saúde).
- CHAMPION V.L. Revised susceptibility, benefits, and barriers scale for mammography screening. **Res Nurs Health**. 1999;22(4):341–8.
- DOEDE, A.L. et al. Knowledge, beliefs, and attitudes about breast cancer screening in Latin America and the Caribbean: an in-depth narrative review. **J Glob Oncol**. 2018;4(4):1– 25.
- FITZMAURICE, C. et al. Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life-years for 32 Cancer
- GOMES, K.A.L. et al., Risk factors for breast cancer and their association with molecular subtypes in a population of Northeast Brazil. **Cancer Epidemiology**. 2022.
- Groups, 1990 to 2015. A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study. **JAMA Oncology** 3.4. 2017.
- GREANEY, M.L. et al Designing Audience-Centered Interactive Voice Response Messages to Promote Cancer Screenings Among Low-Income Latinas. **Preventing Chronic Disease**. V11. 2014
- HIDALGO, J.L. et al. Factors associated with cancer are of concern among people aged 50 and over, Spain, 2012-2014. **Preventing Chronic Disease**. V 12. 2015.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA.
Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_deteccao_precoce_cancer_mama_brasil.pdf. Acesso em: 15 de fevereiro de 2021.
- INCA-INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Estimativa 2020: **incidência do**

Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em 25 de janeiro de 2021.

INCA- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2005: Incidência de câncer no Brasil.** 2005. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estimativa_versaofinal.pdf. Acesso em 12 de outubro de 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Atlas da mortalidade.** Rio de Janeiro: INCA, 2021. 1 base de dados. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/app/mortalidade> Acesso em: 18 jan 2021.

KHOSHRAVESH, S.; TAYMOORI, P.; ROSHANI, D. Evaluation of the relationship between family history of breast cancer and risk perception and impacts on repetition of mammography. **Asian Pac J Cancer Prev.** 17:135–141. 2016.

LABRIE, N.H.M.; LUDOLPH, R.; SCHULZ, P.J. Investigating young women's motivations to engage in early mammography screening in Switzerland: Results of a cross-sectional study. **BMC Cancer.** 17:209. 2017.

LEE, J.M. et al. Breast cancer risk, concern and anxiety: effect on patients' perceptions of false positive screening results. **Mama.** V. 50. 2020.

LOURENÇO, T.S; MAUAD, E.C; VIEIRA, R.A.C. Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem** [Internet]. 2013 [acessado em 12 de janeiro de 2021];66(4):585- 91.

MACHADO, Cristiani Vieira. Atenção Primária à Saúde no SUS: a indissociabilidade entre atenção, gestão e educação. *Revista de APS.*

MENEGHINI, K.F.D; HACKENHAAAR, A.A; DUMITH, S.C. Fatores associados à realização de mamografia de acordo com dois critérios. **Scientia Medica Porto Alegre,** v. 31,p. 1-11, jan.-dez. 2021.

MOREIRA, C.B. et al. Evidências de validade da Champion's Health Belief Model Scale para o Brasil. **Acta Paul Enferm.** 2020.

MOREIRA, K.S. et al. Assessment of infrastructure of family health units and equipment used in primary care actions. **Cogitare Enferm.** 2017;22(2):e51283.

MORENO, T.E.S. et al. Prevalência e fatores associados à realização da mamografia no Estado de Pernambuco durante o período de 2015-2019. **Brazilian Journal of Development.** Curitiba, v.7, n.7, p. 65796-65806 jul. 2021.

OHL, I.C.B. et al. Public actions for control of breast cancer in Brazil: integrative review. **Rev Bras Enferm.** 2016;69 (4):746-55.

PARKIN, DM. The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in the UK in 2010. **British Journal of Cancer.** 2011.

PEREIRA, Henrique et al. Propriedades psicométricas das escalas de medo e impacto

negativo face à covid-19. *psicologia, saúde & doenças*. 2021.

RAJEDRAM, Priyanka et al. Barriers to breast cancer screening in Singapore: A literaturereview. **Ann Acad Med Singap**. 2022.

ROSENSTOCK, I.M. The health belief model and preventive health behavior. **Health educmonographs**. 1974;2(4):354-87.

SILVA, Nelma Nunes da et al. Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020

SKINNER, C.S.; TIRO, J.; CHAMPION, V.L. The Health Belief Model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. "V." Viswanath (Eds.), *Health behavior: Theory, research, and practice* (pp. 75–94). 2015

TAMIMI R. M et al., Population attributable risk of modifiable and nonmodifiable breast cancer risk factors in postmenopausal breast cancer. **American Journal of Epidemiology**.2016.

TORRE, L.A. et al. Cancer statistics for Asian Americans, Native Hawaiians, and Pacific Islanders, 2016: Converging incidence in males and females. **CA Cancer J Clin**.66 (3):182-202.2016

WALKER, M.J. et al. Does perceived risk predict breast cancer screening use? Findings from a prospective cohort study of female relatives from the Ontario site of the Breast Cancer Family Registry. **Breast**. 23:482–488.2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO report on cancer: setting priorities,investing wisely and providing care for all**. 2020.

APÊNDICE A: INSTRUMENTO DE 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/AUTOCAUIDADO

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
1. 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 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

8. Como você se sente quando pensa em câncer de mama? Tranquila Com medo Preocupada Deprimida

9. Como você se sente no dia anterior ao exame de mamografia? Tranquila Com medo Preocupada Deprimida

10. 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

Para cada uma das afirmativas a seguir, por favor, selecione a resposta que melhor descreve sua opinião em relação ao seu comportamento frente ao rastreamento para o câncer de mama. Por favor, marque sua resposta circulando o número mais próximo do que você sente. Não há respostas corretas ou incorretas para as afirmativas que seguem Opções de respostas: 1- Discordo completamente 2- Discordo em parte 3- Nem concordo e nem discordo 4- Concordo em parte 5- Concordo completamente

Fator 1: Suscetibilidade

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 ()

APÊNDICE B: 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 Ana Dark Aires de Farias Duarte 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)986584105;
- 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

ANEXO A: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

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

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 superior 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. Comobenefício 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