



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ**  
**NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**YASMIN RODRIGUEZ SOBERAO**

**Educação em saúde como estratégia para a detecção precoce do câncer de mama no  
âmbito da Atenção Primária à Saúde**

**CARBAUBAL**

**2018**

**YASMIN RODRIGUEZ SOBERAO**

**Educação em saúde como estratégia para a detecção precoce do câncer de mama no âmbito da Atenção Primária à Saúde**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Dra.Erika Gondim Gurgel  
Ramalho Lima

**CARNAUBAL**

**2018**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

S659e Soberao, Yasmin Rodriguez.  
Educação em saúde como estratégia para a detecção precoce do câncer de mama no âmbito da atenção primária à saúde : Intervenção educativa / Yasmin Rodriguez Soberao. – 2018.  
39 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Especialização NUTEDS - Saúde da família, Fortaleza, 2018.  
Orientação: Profa. Dra. Erika Gondim Gurgel Ramalho Lima.

1. Câncer de mama. 2. Diagnóstico precoce. 3. Educação em saúde. I. Título.

CDD 362.1

---

## RESUMO

O câncer de mama é o tipo de câncer mais comum entre as mulheres, só ficando atrás do câncer de pele não melanoma. Possui grande capacidade de migração para órgãos e tecidos vizinhos ou distantes (metástase). Além disso, é uma doença que gera impacto no funcionamento físico do corpo humano bem como nos aspectos psicossociais, levando a mulher a perder a autoestima associada ao medo da incapacidade e da morte. A melhor forma de minimizar essa realidade é através de estratégias de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama. Estratégias de prevenção primária, secundária e terciária têm sido utilizadas com o objetivo de prevenir enfermidades, diagnosticá-las e tratá-las precocemente, minimizando seus efeitos na população e assegurando, a cada indivíduo, um padrão de vida adequado à manutenção da sua saúde. O diagnóstico precoce consiste em realizar uma abordagem a pessoas com sinais e/ou sintomas iniciais da doença e o rastreamento, através da aplicação de teste ou exame numa população assintomática, aparentemente saudável. O estudo objetivou conscientizar a população feminina da UBS acerca dessas estratégias. Trata-se de um estudo de intervenção do tipo descritivo com abordagem mista. O presente estudo foi realizado em uma unidade de saúde integrante do programa de saúde da família localizada na zona rural da cidade de Carnaubal no Ceará. A população do estudo está composta por mulheres da área maiores de idade e que tiveram disposição para participar da pesquisa. A coleta de dados foi obtida através de entrevista estruturada para análise do conhecimento das participantes a qual contou com a utilização de um questionário. Após a coleta os dados foram analisados e comparados por tabelas, avaliando as respostas do instrumento antes da intervenção educativa e depois. No geral, percebeu-se que as mulheres tiveram dificuldades em identificar as estratégias de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama, mas ao mesmo tempo foram muito receptivas ao que foi instruído nas intervenções educativas, o que mudou a realidade e aumentou o nível de conhecimento de todas.

Palavras chave: Câncer de mama, diagnóstico precoce, educação em saúde.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	1
PROBLEMA .....	5
JUSTIFICATIVA.....	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	7
METODOLOGIA .....	8
CRONOGRAMA .....	10
RESULTADOS ESPERADOS .....	12
RESULTADOS E DISCUSSÕES .....	13
CONCLUSÃO .....	24
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DADOS (ICD)-QUESTIONÁRIO .....	27
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	29
ANEXO 1 - RECURSOS NECESSÁRIOS .....	31
ANEXO 2 - ORÇAMENTO .....	32

## INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma afecção caracterizada pela multiplicação desordenada e sem controle das células do tecido mamário. É uma doença que gera impacto no funcionamento físico do corpo humano bem como nos aspectos psicossociais, o que leva à mulher perda de confiança associada ao medo da incapacidade e da morte (SILVA *et al*, 2015). É o tipo de câncer mais comum entre as mulheres, só ficando atrás do câncer de pele não melanoma. Corresponde a 28% dos novos casos de câncer a cada ano e possui grande capacidade de migração para órgãos e tecidos vizinhos ou distantes (metástase) (INCA, 2015).

De acordo com dados o Instituto Nacional do Câncer (INCA), estima-se que teremos 59.700 novos casos de câncer de mama no ano de 2018. Segundo os dados mais atualizados do INCA, calcula-se que esses novos casos representem uma taxa de incidência de 56,2 casos por 100.000 mulheres (INCA, 2015).

Segundo o Sistema de Informação de Mortes (SIM, 2013) o número de mortalidade por câncer de mama foi de 14.388 mortes, acometendo mais mulheres do que homens, com uma larga diferença, sendo 14.206 mulheres e 181 homens.

Estratégias de prevenção primária, secundária e terciária têm sido utilizadas com o objetivo de prevenir enfermidades, diagnosticá-las e tratá-las precocemente, minimizando seus efeitos na população e assegurando, a cada indivíduo, um padrão de vida adequado à manutenção da sua saúde (THULER, 2003).

A prevenção primária visa à promoção da saúde, resultando no aumento do bem-estar e na proteção específica direcionada a um tipo de agravo. Esse tipo de prevenção para o câncer de mama e do colo do útero é responsável por evitar o aparecimento da doença por meio da intervenção no meio ambiente e em seus fatores de risco. Visto que somos incapazes de mudar nossa predisposição genética, temos a possibilidade de realizar ações sobre as exposições e os fatores causais do câncer (OLIVEIRA, 2012).

A prevenção primária, constituída de ações desencadeadas para evitar o surgimento da doença, é factível para alguns dos fatores de risco do câncer de mama,

como o uso de contraceptivos orais e de terapia hormonal, obesidade pós-menopausa, exposição a radiações ionizantes e fatores relacionados ao estilo de vida (ADAMS, 2003).

Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, destacam-se os aspectos ambientais, nos quais os fatores dietéticos são potencialmente importantes. A literatura reconhece que os fatores dietéticos representam cerca de 30% das causas de câncer, sendo somente superado pelo tabaco, como fator de risco prevenível.

Portanto, a gênese e progressão do câncer de mama parecem estar extremamente relacionadas a hábitos alimentares, consumo de gorduras, carnes, produtos lácteos, frutas, vegetais, fibras, fitoestrógenos, e outros componentes dietéticos. Dados epidemiológicos e experimentais, que demonstram uma associação entre dieta e risco de câncer, destacam certos componentes que têm uma função quimiopreventiva, como alguns alimentos funcionais, em especial no câncer de mama.

As estratégias para a detecção precoce do câncer de mama são o diagnóstico precoce, onde é realizada uma abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas iniciais da doença e o rastreamento, através da aplicação de teste ou exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com o objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e, a partir daí, encaminhar as mulheres com resultados alterados para investigação diagnóstica e tratamento (INCA, 2016).

O diagnóstico precoce do câncer de mama é tido como a melhor estratégia de prevenção secundária realizada por meio do autoexame das mamas (AEM), exame clínico das mamas (ECM) e da mamografia (AKHIGBE; OMUEMU, 2009).

A orientação atual é que a mulher faça a observação e a autopalpação das mamas sempre que se sentir confortável para tal (no banho, no momento da troca de roupa ou em outra situação do cotidiano), sem necessidade de uma técnica específica de autoexame, em um determinado período do mês, como preconizado nos anos 80. Essa mudança surgiu do fato de que, na prática, muitas mulheres com câncer de mama descobriram a doença a partir da observação casual de alterações mamárias e não por meio de uma prática sistemática de se auto-examinar, com método e periodicidade definidos (INCA, 2016).

O ministério da saúde recomenda ao sistema único de saúde (SUS) o desenvolvimento de atividades que envolvam o ensino da palpação das mamas pela própria mulher como artifício do auto cuidado (GOMES *et al*, 2008).

O ECM é usado como método tanto diagnóstico quanto de rastreamento. Como método diagnóstico, realizado pelo médico para diagnóstico diferencial de lesões palpáveis da mama, é um complemento essencial na investigação diagnóstica de doenças mamárias e o primeiro método de avaliação diagnóstica na atenção primária. Como rastreamento, é entendido como um exame de rotina feito por profissional de saúde treinado – geralmente enfermeiro ou médico – realizado em mulheres saudáveis, sem sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama (INCA, 2015).

A realização regular do ECM como método de rastreamento poderia ser uma alternativa ou um complemento ao rastreamento com mamografia. Muitas diretrizes e recomendações de diversas organizações e governos têm indicado o rastreamento com ECM em substituição à mamografia, especialmente para mulheres com menos de 50 anos, em virtude da baixa sensibilidade da mamografia em mulheres com mamas densas. O ECM apresenta melhor sensibilidade em mulheres jovens (GREEN; TAPLIN, 2003). Apesar dessa vantagem, também é afetado pela menor prevalência de câncer de mama em mulheres jovens (INCA, 2015).

A mamografia é considerada um método efetivo de detecção precoce do câncer de mama, sendo amplamente utilizada em programas de rastreamento. Esse exame visa à identificação de tumores não detectáveis no exame clínico das mamas, permitindo o início precoce do tratamento e, conseqüentemente, melhora do prognóstico. Estima-se que o rastreamento mamográfico realizado mediante programas organizados reduza a mortalidade por câncer de mama em torno de 20% após 13 anos de acompanhamento. No Brasil, a partir da década de 1990, o câncer de mama mostrou tendência de declínio na mortalidade nas capitais das regiões Sul e Sudeste, fato possivelmente relacionado ao maior acesso à mamografia e a serviços especializados de tratamento (CORRÊA *et al*, 2017).

A mamografia de rotina é recomendada para as mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos. A mamografia nessa faixa etária e a periodicidade bienal são rotinas adotadas na maioria dos países que implantaram o rastreamento organizado do câncer de mama e baseiam-se na evidência científica do benefício dessa estratégia na redução



da mortalidade nesse grupo e no balanço favorável entre riscos e benefícios. No entanto, quando este exame é realizado em outras faixas etárias e periodicidades, o balanço entre riscos e benefícios do rastreamento é desfavorável, por resultados falso-positivos ou indução de câncer pela exposição à radiação (INCA, 2015).

A American Cancer Society recomenda o rastreamento mamográfico anual em mulheres na faixa etária de 45 a 54 anos, sendo que mulheres de 40 a 44 anos devem ter a oportunidade de iniciar o rastreamento anual, e a partir de 55 anos, a periodicidade recomendada pela instituição passa a ser bianual. O rastreamento deve continuar até o momento no qual as mulheres se encontrarem em bom estado de saúde e com uma expectativa de vida de dez anos ou mais (CORRÊA *et al*, 2017).

## PROBLEMA

A estratégia educativa implementada será capaz de melhorar o status do conhecimento sobre a detecção precoce do câncer de mama?

## JUSTIFICATIVA

O câncer de mama é atualmente um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, sendo em termos epidemiológicos, a neoplasia maligna que se mais diagnostica e a principal causa de mortalidade por câncer em mulheres (FERNÁNDEZ, 2006).

Nas Américas, o câncer de mama é o mais comum entre as mulheres, sendo a segunda principal causa de morte. Estima-se que, em 2012, 408 mil mulheres foram diagnosticadas com a doença e mais de 92 mil morreram devido ao câncer no continente. Caso essas tendências continuem, a expectativa é de que haja um aumento de 46% no número de novos casos nas Américas até 2030 (ONUBR, 2016).

Os profissionais de saúde afirmam que o perfil cultural das mulheres do Ceará, por exemplo, está cheio de tabus religiosos e ignorância do próprio corpo, isso faz com que a maioria procure apenas os serviços de saúde na fase avançada da doença, período em que as medidas terapêuticas têm menos impacto (FERNÁNDEZ, 2006).

A tendência ascendente, tanto na incidência quanto na morbidade relacionada ao câncer de mama, demonstrou a necessidade de realizar ações voltadas para sua prevenção e detecção precoce (MONTAÑEZ, 2011).

A Atenção Básica (AB) é um cenário estruturante para o desenvolvimento de várias ações no controle da neoplasia mamária maligna, constitui-se na porta de entrada do usuário nos serviços de saúde e caracteriza-se como um local privilegiado para a realização de ações educativas. Desse modo, os profissionais da AB têm um papel fundamental no desenvolvimento dessas ações (MORAES, 2016).

Em geral, percebe-se o grande número de mulheres que não possuem acesso às informações que são indispensáveis para o conhecimento das estratégias de detecção precoce do câncer de mama. Este desconhecimento pode estar relacionado a alguns motivos como analfabetismo e até mesmo a falta de acesso às mídias informativas, pela grande carga horária de trabalho em suas residências e campo.

Essa realidade pode ser mudada mediante um ajuste no cronograma e empenho dos profissionais, levando a informação necessária com ações educativas, tanto em oportunidades como sala de espera ou no próprio momento da consulta.

## OBJETIVO GERAL

Promover melhoria do conhecimento da população feminina da UBS sobre estratégias de detecção precoce do câncer de mama.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Verificar o nível de conhecimento das usuárias acerca das estratégias de diagnóstico precoce do câncer de mama.

Intervir com palestras educativas, explicando fatores de risco e as estratégias de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama.

Promover melhoria da atenção à saúde, prevenindo a doença e estimulando a participação da população por meio de rodas de conversas, encontros e debates.

Verificar mudanças no conhecimento após a intervenção realizada.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de intervenção que foi do tipo descritivo com abordagem mista. Na pesquisa descritiva realiza-se o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos do mundo físico sem a interferência do pesquisador (BARROS, 2007). Creswell e Plano Clark (2011) definem métodos mistos como um procedimento de coleta, análise e combinação de técnicas quantitativas e qualitativas em um mesmo desenho de pesquisa.

O presente estudo foi realizado em uma unidade de saúde integrante do programa de saúde da família localizada na zona rural da cidade de Carnaubal no Ceará, localizado na microrregião da Ibiapaba e mesorregião do noroeste cearense. Em 2018 a população da microrregião está estimada em 17549 pessoas.

A população é composta por mulheres que residem na área à qual está sob a cobertura da unidade de saúde escolhida para a pesquisa. Como critério de inclusão para participação na pesquisa, foram estabelecidos: Mulheres que compareceram na unidade de saúde no dia da consulta ginecológica, planejamento familiar; e que eram maiores de idade. Como critérios de exclusão: mulheres com algum déficit cognitivo; mulheres com deficiências capazes de impedir a comunicação com elas.

A amostragem foi por conveniência. Na qual o pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam representar um universo (MAROTTI, 2008).

O número de participantes foi estabelecido pelo critério de saturação de dados, o total de usuárias dispostas a participar da pesquisa foi de 25 mulheres. Amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual frequentemente empregada nos relatórios de investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da saúde, entre outras. É usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes (FALQUETO, 2012).

A coleta de dados foi realizada através de entrevista estruturada para análise do conhecimento das participantes a qual contou com a utilização de um questionário (construído a partir das recomendações do ministério da saúde) como instrumento de

coleta de informações o que garantiu que a mesma pergunta foi feita da mesma forma a todas as pessoas que foram pesquisadas (Apêndice A).

As entrevistas foram gravadas e o conteúdo em seguida foi transcrito e arquivado, o material será guardado pelo período de 3 anos e após esse período serão incinerados.

Na 1ª etapa que ocorreu nos dias 04/06 e 06/06 com duração de 2h cada dia, foi aplicado o instrumento de coleta de dados que se apresentou em duas sessões, sendo a primeira parte composta por perguntas acerca dos dados socioeconômicos e a segunda parte perguntas específicas sobre as formas de detecção precoce do câncer de mama e estratégias de diagnóstico precoce do câncer de mama.

Na 2ª etapa que ocorreu nos dias 08/06, 11/06 e 13/06 com duração de 2h cada dia, foi ministrado as palestras de educação em saúde com o tema: A mulher como protagonista no diagnóstico precoce do câncer de mama. Momento o qual foi debatido sobre as estratégias de prevenção, fatores de risco associados ao câncer de mama e esclarecimento das principais dúvidas das usuárias.

Na 3ª etapa que ocorreu no dia 15/06 com duração de 2h, foi reaplicado o questionário para reavaliação final dos conhecimentos das usuárias após as intervenções educativas e ao final um Coffe Break.

Este estudo foi realizado de acordo com a Resolução nº 466/2012, da Comissão Nacional de Saúde. Essa legislação consiste em tratar o indivíduo com dignidade, respeitando autonomia; comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos (beneficência); garantindo que danos previsíveis fossem evitados (não maleficência); certificando a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de destinação sociohumanitária (justiça e equidade) (BRASIL, 2012).

Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e, ao aceitar, assinaram TCLE, garantindo-lhes o anonimato e a liberdade de continuar ou não a participar do estudo.

## CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	PUBLICO ALVO	CH	PRAZO DE EXECUÇÃO	RESPONSÁVEIS E PESSOAL ENVOLVIDO
<b>1ª ETAPA – AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO DAS USUÁRIAS</b>				
Avaliação do conhecimento das usuárias sobre as estratégias de detecção precoce do câncer de mama com aplicação do questionário.	Mulheres que estiverem em espera no dia da consulta de planejamento familiar e exame preventivo do colo do útero	2h cada dia	04/06/2018 e 06/06/2018	MÉDICA, ENFERMEIRA E TEC. DE ENFERMAGEM
<b>2ª ETAPA – INTERVENÇÃO COM AS PALESTRAS EDUCATIVAS PARA AS USUÁRIAS</b>				
Palestras educativas acerca das estratégias para a prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama. Debate com o tema: A mulher como protagonista na prevenção e diagnóstico do câncer de mama e lanche ao final.	Grupo de mulheres que estavam nas salas de espera anteriormente citadas convidadas a participar da pesquisa em um encontro de educação em saúde.	2h cada dia	08/06/2018, 11/06/2018 e 13/06/2018	MÉDICA, ENFERMEIRA E TEC. DE ENFERMAGEM
<b>3ª ETAPA – REAVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS DAS USUÁRIAS APÓS</b>				

AS PALESTRAS EDUCATIVAS				
Coffee Break e discussão dos temas debatidos sobre o câncer de mama e reavaliação do conhecimento das participantes da pesquisa	Grupo de mulheres que estavam nas salas de espera anteriormente citadas convidadas a participar da pesquisa em um encontro de educação em saúde.	2h	15/06/2018	MÉDICA, ENFERMEIRA, TEC. DE ENFERMAGEM E AUX. DE SERVIÇOS GERAIS.



## RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar o nível de conhecimento da população feminina da UBS acerca das estratégias de detecção precoce do câncer de mama.

Promover um maior esclarecimento às usuárias sobre a importância da realização da mamografia de rastreamento na faixa etária e periodicidade adequada.

Preparar as mulheres, colocando-as como protagonistas no cuidado de sua saúde.

Aumentar o número de diagnósticos precoces do câncer de mama, diminuindo o número de mulheres com diagnósticos tardios e de difícil recuperação.

Contribuir para reduzir barreiras como a desinformação, a vergonha de tocar o próprio corpo e deixar com que o profissional realize o exame clínico das mamas.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

A tabela 1 mostra que das 25 participantes da pesquisa, a maioria está lotada na faixa etária entre 18 a 35 anos representando 40% do total e a minoria (7) encontram-se na faixa etária entre 50 a 69 anos, representando 28% do total. Das 25 participantes, a maioria são casadas ou tem união estável, representando um 76%. Quando indagadas sobre a escolaridade, observamos um numero igual de mulheres (11) que concluíram o ensino fundamental e médio, representando 44% do total, e apenas uma relatou nunca ter estudado (4%). Ao serem perguntadas por sua renda familiar, 15 relataram receber o equivalente à um salário mínimo (60%), 2 relatam receber 2 salários mínimos (8%), e 8 referiram receber menos de um salário mínimo (32%). A maioria delas referiu ter de 1 a 3 filhos e somente 5 delas ainda não são mães. No que diz respeito a ocupação, 12 relataram ser agricultoras (48%) e a minoria relatou ser do lar ou auxiliar de serviços gerais com um numero igual de 4 para cada representado por 16% do total.

Tabela 1 Distribuição dos dados sociodemograficos das usuárias pesquisadas na UBS.

FAIXA ETÁRIA	Nº 25	%
18 – 35	10	40
36 – 49	8	32
50 – 69	7	28
<b>RENDA FAMILIAR</b>		
Menos de um salário mínimo	8	32
Um salário mínimo	15	60
Mais de um salário mínimo	2	8
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Solteiras	5	20
Casadas/ União estável	19	76
Divorciadas	1	4
<b>NUMERO DE FILHOS</b>		
Sem filhos	3	12
1 – 3	16	64
4 – 6	6	24

ESCOLARIDADE		
Nunca estudou	1	4
Ensino fundamental	11	44
Ensino médio	11	44
Ensino superior	2	8
OCUPAÇÃO		
Do lar	4	16
Agricultoras	12	48
Trabalhadoras da saúde e educação	5	20
Auxiliar de serviços gerais	4	16

Com relação aos questionamentos sobre o histórico gineco-obstétrico foi perguntado sobre a data da última consulta ginecológica, momento no qual o profissional tem a oportunidade de examinar as mamas da usuária. Das 25 participantes, 17 relataram ter realizado o exame entre os anos de 2017 e 2018, representando 68% do total e apenas 2 pacientes referiram nunca ter realizado o exame ginecológico representando 8% e apenas 1 participante refere ter feito o exame mas não lembra a data (4%). Observe a tabela 2.

Tabela 2 Data da última consulta ginecológica das usuárias pesquisadas.

DATA DA ÚLTIMA CONSULTA GINECOLÓGICA	Nº	%
Nunca fez	2	8
2010 – 2016	5	20
2017 – 2018	17	68
Não lembra a data	1	4

Quando questionadas a cerca da periodicidade em que se submetem ao exame preventivo do câncer de colo do útero, 17 relataram se submeter ao exame anualmente

representando 68% do total, 2 referiram não se submeter ao exame representando (8%) e apenas 1 refere não lembrar quando fez representando (4%). Evidenciado na tabela 3.

Tabela 3 Periodicidade em que as usuárias pesquisadas se submetem ao exame preventivo.

PERIODICIDADE DO EXAME PREVENTIVO	Nº	%
Realizam o exame anualmente	17	68
Não realizam o exame com periodicidade	5	20
Nunca se submeteu ao exame	2	8
Não lembra quando fez	1	4

Quanto aos dados de diagnóstico precoce (autopalpação/autoexame das mamas), a tabela 4, evidencia antes da intervenção educativa que a grande maioria, ou seja, 24 participantes relataram saber o que é o AEM (96%), mas mesmo assim somente 19 delas referem realizá-lo revelando a carência de alertas e mais informações sobre os seus benefícios. Essa informação assemelha-se com o que é relatado por (MARINHO, 2003) onde relata que 95,3% das usuárias que participaram de sua pesquisa sabem o que é o AEM, porém nessa mesma pesquisa há um elevado número de mulheres que não realizam o exame, sendo 58,1% do total de sua pesquisa. Observa-se respostas deste estudo a seguir:

*P01: “Sim. Palpo ao redor das mamas para ver se acho algum caroço”.*

*P10: “Sim. Tocando nas mamas”.*

*P14: “Sim. Tocando nas mamas pra ver se acho algum caroço ou percebo alguma coisa diferente”.*

*P16: “Sim. Coloco as mãos para trás da cabeça e palpo o seio procurando algum caroço”.*

Após as instruções e orientações acerca do que é o AEM pode-se observar que existe uma grande melhora nos conhecimentos sobre o AEM onde 100% das entrevistadas relatam saber o que é AEM, para que serve, quais seus benefícios e por fim todas referiram realizar o exame.

Destacam-se como vantagens do AEM a detecção de tumorações pequenas ou ainda confinadas à glândula mamária, além de ser um método conveniente, útil, sem custo e de fácil execução (LYMAN, 2010). A descoberta de tumores de menor diâmetro leva a um tratamento menos mutilante e existem evidências de que medidas realizadas com o intuito de reduzir o estadiamento clínico causam benefício à sobrevida e diminuem os custos do tratamento (ANYANWU, 2008).

Tabela 4 Mulheres pesquisadas respondem sobre o que é o AEM e se realizam o exame.

QUANTO AO AEM	ANTES DA INTERVENÇÃO		DEPOIS DA INTERVENÇÃO	
	Nº	%	Nº	%
Relataram saber o que é o AEM e quem o realiza.	24	96	25	100
Relatou não saber o que é o AEM e quem o realiza.	1	4	0	0
Realizam o AEM	19	76	25	100
Não realizam o AEM	6	24	0	0

Ao perguntar quem as instruiu para a execução do autoexame das mamas, na tabela 5 evidenciou-se tanto antes como depois da intervenção educativa, a importância dos profissionais com relação à educação em saúde, sendo grandes facilitadores para o aprendizado dos usuários, assim podendo realizar ações que ajudem a população a prevenir-se de doenças e ter uma vida mais saudável. As mídias como a televisão e o rádio tem sido uma grande fonte de informação com o passar dos anos, usando de

momentos oportunos onde poderá passar informações em novelas ou até mesmo em comerciais e pode-se observar nas falas a seguir:

*P01: “O pessoal do posto e vejo sempre na TV”.*

*P15: “A doutora (médica) e a enfermeira sempre ensinam”.*

*P16: “Sempre que faço prevenção elas ensinam”.*

Na pesquisa realizada por (MARINHO, 2003) há uma breve semelhança com o presente estudo quando relata que 56,3% das suas usuárias referem ter sido instruídas pelos profissionais e 35,3% referiram também ter aprendido por outros meios como radio e televisão.

É oportuno pensar em estratégias que possam intervir nos processos que afetam particularmente a saúde da mulher trabalhadora, com seus riscos invisíveis. Para que isso se concretize, é necessária a educação em saúde, mediante campanhas educativas que envolvam o autoexame de mama, a necessidade de prevenção ginecológica anual e o desenvolvimento de ações educativas que envolvem a saúde da mulher (DAVIM, 2003).

Setton 2004 relatou que entre as mídias, a televisiva é a mais expressiva, dos quase 90% dos domicílios que possuem televisores, a ação pedagógica informativa das novelas, seriados, shows de variedades e filmes parece estar mais presente do que outras ações educativas entre os brasileiros menos privilegiados.

Tabela 5. Usuárias respondem quem as instruiu a realizar o AEM.

QUEM INSTRUIU PARA A REALIZAÇÃO DO AEM	ANTES DA INTERVENÇÃO		DEPOIS DA INTERVENÇÃO	
	Nº	%	Nº	%
Profissionais de saúde	25	100	25	100
Outros meios	1	4	5	20

Dentro das principais barreiras descritas pelas mulheres para a não realização do autoexame das mamas, na tabela 6, antes da intervenção educativa, evidenciou-se como primeira barreira, a vergonha das mulheres de se tocarem, representado por 11 participantes (44%), seguida pela falta de interesse das mulheres (36%) e por último vem o medo das mulheres de encontrar algo nas mamas, representadas por apenas 8% do total das participantes. Após intervenção educativa foi aplicado novamente o instrumento onde mostrou que a totalidade das mulheres havia entendido quais eram os benefícios do AEM e assim já não viam mais barreiras para não realizar o exame.

Outros estudos evidenciam outros fatores que impedem as mulheres da realização do AEM como o de (LIMA, 2010) o qual refere o esquecimento e a falta de orientação como as principais barreiras para a não realização do exame evidenciado por 24,6% e 20,3% respectivamente.

Segue as falas deste estudo abaixo:

*P1: “Vergonha ou até mesmo medo de descobrir alguma coisa”.*

*P5: “Primeiramente vergonha, ou até mesmo falta de motivação”.*

*P6: “Por falta de interesse”.*

*P13: “Vergonha, desinteresse”.*

Tabela 6 Aponta os principais motivos para a não realização do AEM pelas mulheres pesquisadas.

QUAIS OS MOTIVOS PARA A NÃO REALIZAÇÃO DO AEM PELAS MULHERES	ANTES DA INTERVENÇÃO		DEPOIS DA INTERVENÇÃO	
	Nº	%	Nº	%
Medo	2	8	0	0
Vergonha	11	44	0	0
Falta de interesse	9	36	0	0
Não vejo barreiras	3	12	25	100

Quanto a dados relativos ao rastreamento (exame clínico das mamas), na tabela 7, antes da intervenção, observou-se que das 25 usuárias somente 7 sabiam o que era o ECM e para que servia. Dado alarmante o qual evidenciou o desconhecimento da usuária acerca da prática deste exame pelo profissional e por perceber que as mulheres estavam confundindo o que era o ECM e AEM. Após a intervenção educativa e nova avaliação das entrevistadas, pode-se observar que todas as mulheres entenderam o que é o ECM, sabendo a diferença que este exame tem do AEM, por quem é feito e quais seus benefícios.

Segue algumas falas abaixo:

*P03: “É o exame que a doutora faz na gente!”.*

*P08: “É o exame que a médica e a enfermeira fazem tocando”.*

*P14: “É aquele exame que a Dra e a enfermeira fazem antes da prevenção né”.*

Tabela 7. Numero de usuárias que sabem identificar o que é o ECM.

O QUE É O ECM?	ANTES DA INTERVENÇÃO		DEPOIS DA INTERVENÇÃO	
	Nº	%	Nº	%
Sabem o que é	7	28	25	100
Não sabem o que é	18	72	0	0

Ao perguntar, o que a usuária reconhecia como barreira para a não realização do ECM pelos profissionais, tanto antes como depois da intervenção educativa, percebemos que a grande maioria das mulheres relatou que não via empecilho e algumas relataram que poderia passar acontecer pela grande demanda de usuários para poucos profissionais.

No Brasil, as recomendações para a detecção precoce e rastreio do câncer de mama são elaboradas pelo Ministério da Saúde. Atualmente, para a detecção precoce, o exame



clínico de mamas (ECM) é uma investigação anual recomendada para as mulheres com 40 a 49 anos. (BRASIL, 2012).

Segue respostas abaixo:

*P01: “Nada, elas sempre fazem”.*

*P04: “Não tem nenhuma barreira”.*

*P07: “As vezes por ter muitos pacientes”.*

*P09: “A grande demanda de pacientes para um só profissional”.*

*P16: “Não há nada que as impeça”.*

Tabela 8 Motivos que as usuárias observam que possa impedir o profissional de realizar o ECM.

QUAIS OS MOTIVOS QUE IMPEDEM OS PROFISISONAIS DE FAZER O ECM.	ANTES DA INTERVENÇÃO		DEPOIS DA INTERVENÇÃO	
	Nº	%	Nº	%
	Nada, sempre fazem.	15	60	20
Pela quantidade de pacientes	10	40	5	20

Nos dados relativos aos exames de imagem que neste caso foi avaliado somente o exame de mamografia, a tabela 9 mostra que das 25 participantes, 10 relataram já ter se submetido a mamografia pelo menos uma vez na vida representando 40% do total de mulheres, estas já submetidas ao exame negam alterações no resultado. As outras 15 mulheres não realizaram o exame de mamografia por não estarem na faixa etária preconizada pelo SUS ou não apresentaram alterações mamarias no ECM.

Ao serem indagadas como faziam para ter acesso à mamografia, 11 mulheres (44%) relataram que o passo inicial para conseguir o exame era passando pela consulta com a médica da UBS onde seria feito o pedido ou referência externa para realização do

exame em um município de referência, já que a cidade de Carnaubal não disponibiliza de exames de mamografia. Segue as falas abaixo:

*P11: “Através do posto de saúde”.*

*P13: “Através da consulta com a médica na UBS, que faz o requerimento”.*

*P15: “Peguei um encaminhamento com a médica e marquei na secretaria”.*

*P16: “Com o pedido da médica, levo à secretaria onde marco a consulta e aguardo ser chamada”.*

*P1: “Paguei para fazer o exame”.*

Na palestra educativa, explicamos quando é necessário o exame de MMG e quais os seus riscos e benefícios. Após a palestra, podemos observar que houve uma maior compreensão das mulheres do que é a mamografia e quando ela deve ser solicitada.

A tabela 9 Mostra se usuárias já realizaram mamografia. Se sim, como fizeram para conseguir o exame.

JÁ REALIZOU MAMOGRAFIA? COMO FEZ PARA CONSEGUIR O EXAME?	Nº	%
Sim	10	40
Não	15	60
Com o pedido da médica do posto	11	44
Não sei, nunca foi necessário.	13	52
Faço particular	1	4

Ainda sobre o exame de mamografia, na tabela 10, das mulheres que já o realizaram o exame, foram indagadas por quais barreiras elas encontravam para ter acesso aos exames de mamografia. Pode-se observar que o grande empecilho para a realização das mamografias é a distância entre a cidade de Carnaubal para a cidade de referência, onde

ficou evidenciado por 40% das respostas, seguido do fator econômico onde 30% das mulheres alegam também não ter condições para o deslocamento e por último a demora para a realização do exame representado por 10% do total de mulheres que já se submeteram ao exame. Segue as falas abaixo:

*P8: “As vezes demora muito, a distancia também impede ou as vezes até por falta de dinheiro”.*

*P11: “A demora em fazer o exame, a falta de transporte para se locomover”.*

*P13: “A demora na liberação do exame e a distância do município para fazer o exame”.*

*P14: “Os custos com a viagem”.*

*P15: “A maior dificuldade é a distância para fazer o exame e a falta de transportes”.*

Em situação diversa à dos países desenvolvidos, onde a mortalidade decresce, o aumento da incidência do câncer de mama no Brasil tem sido acompanhado do aumento da mortalidade, o que pode ser atribuído ao diagnóstico da doença em estádios avançados, devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

O diagnóstico precoce está associado a melhores prognósticos e chances de cura em mais de 90% dos casos (MEDEIROS 2012). A demora no diagnóstico e no início do tratamento tem sido associada à menor sobrevida – tempo superior a três meses entre o surgimento dos sintomas e o início do tratamento reduz a sobrevivência total em 12% (AYALA 2012).

Tabela 10. Quais as barreiras identificadas pelas usuárias para o acesso a mamografia.

QUAIS AS BARREIRAS PARA O ACESSO A MAMOGRAFIA	Nº	%
Distância do hospital de referência	4	40
Demora para realização do exame	1	10
Falta de condições	3	30

---

econômicas para o deslocamento		
Nenhum	2	20

---

No segundo momento, após a aplicação dos questionários, foi explicado o que são as estratégias de rastreamento e diagnóstico precoce em um momento descontraído onde pude explicar o que é o autoexame das mamas (AEM), o exame clínico das mamas (ECM) e a mamografia (MMG).

Após a palestra foi reaplicado o questionário com as perguntas alternadas para reavaliar os conhecimentos das mulheres que submeteram a pesquisa onde os resultados foram bastante satisfatórios como pode se observar no comparativo feito nas tabelas acima. Percebeu-se a fixação de como fazer o AEM, o entendimento do que realmente é e qual a real importância do ECM e quando realmente é necessário a MMG.

## CONCLUSÃO

Antes de realizar as intervenções educativas percebia-se a ignorância ou desconhecimento das mulheres sobre as estratégias de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama, pois as barreiras encontradas por elas, superavam as vantagens ofertadas nos exames.

Após as intervenções educativas percebeu-se que o trabalho atingiu o propósito para o qual foi concebido e resultados favoráveis foram obtidos com relação ao conhecimento, prática e qualidade das estratégias de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama, o que mostra a importância da educação em saúde no contexto da atenção básica de saúde.

## REFERÊNCIAS

Adams EK, Florence CS, Thorpe KE, Becker ER, Joski PJ. Preventive care: female cancer screening 1996-2000. **Am J Prev Med** 2003; 25:301-7.

Akhigbe AO, Omuemu VO. Knowledge, attitudes and practice of breast cancer screening among female health workers in a Nigerian urban city. **BMC Cancer**2009;9:203. doi: 10.1186/1471- 2407-9-203.

Anyanwu SN. Temporal trends in breast cancer presentation in the third world. **J ExpClinCancer Res.** 2008;27:17.

Ayala ALM. Sobrevida de mulheres com câncer de mama, de uma cidade no sul do Brasil. **RevBrasEnferm.** 2012;65(4):566-70. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000400003>. PMID:23258674.

BARROS, Aidil J. da S.; LEHFELD, Neide Aparecida de S. **Fundamentos de metodologia científica. 3. ed. São Paulo:** Pearson Prentice Hall, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Controle do câncer de mama: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA; 2013. 39 p. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/literatura>.

Corrêa CSL et al. Rastreamento do câncer de mama em Minas Gerais: avaliação a partir de dados dos sistemas de informações do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saude, Brasília**, 26(3):481-492, jul-set 2017.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. Designing and conducting mixed methods research. 2nd. Los Angeles: SAGE Publications, 2011.

Fernández CFA et al. Práctica del autoexamen de mamas por usuarias del sistema único de salud de Ceará. **Rev Cubana Enfermer**2006;22(3).

Gomes CHR *et al.* Avaliação do Conhecimento sobre Detecção Precoce do Câncer dos Estudantes de Medicina de uma Universidade Pública. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2008; 54(1): 25-30.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Estimativa 2016. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Disponível em:

<[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_controle\\_cancer\\_mama/deteccao\\_precoce](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/deteccao_precoce)>. Acesso 23/01/2018

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Disponível em:

<[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_controle\\_cancer\\_mama/deteccao\\_precoce](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/deteccao_precoce)>. Acesso 25/01/2018

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA

Disponível em:

<[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_controle\\_cancer\\_mama/deteccao\\_precoce](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/deteccao_precoce)>. Acesso 25/01/2018

Laboratório de Epidemiologia e estatística. Tamanho da amostra para pesquisa em ciências da saúde. Disponível em:

<<http://www.lee.dante.br/pesquisa/amostragem/amostra>. Acesso em 28/05/2018.>

Lyman GH. Breast cancer screening: science, society and common sense. **Cancer Invest.** 2010;28(1):1-6.

Marinho LAB et al. Inquérito CAP sobre auto-exame da mama. **Rev Saúde Pública** 2003;37(5):576-82

Marotti J, Galhardo APM, Furuyama RJ, Pigozzo MN, Campos TN, Laganá DC. Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo** 2008 maio-ago; 20(2): 186-94

Medeiros C, Mendes K, Scavone M. Percepções sobre o câncer de mama. **Instituto Avon**; 2012.

Montañez SP et al. Modificación de conocimientos sobre cáncer de mama en trabajadoras con factores de riesgo de la enfermedad. **MEDISAN** 2011;15(1):92.

Moraes DC, Almeida AM, Figueiredo EN, Loyola EAC, Panobianco MS. Opportunistic screening actions for breast cancer performed by nurses working in primary health care. **RevEscEnferm USP.** 2016;50(1):14-21.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Disponível em:

<<https://nacoesunidas.org/cancer-de-mama-e-a-2a-maior-cao-de-morte-entre-mulheres-nas-americas/amp/>>. Acesso em 29/01/2018.

PREFEITURA DE CARNAUBAL –CE, 2018 Disponível em:

<<https://www.carnaubal.ce.gov.br/omunicipio.php>> Acesso em 27/05/2018.

Brito LMO et al. Conhecimento, prática e atitude sobre o autoexame das mamas de mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.32, n.5, p.241-246, 2010

<<http://producao.usp.br/handle/BDPI/8179>> Acesso em 27/05/2018.

SETTON MGJ. A educação popular no Brasil: a cultura de massa. **ACTAS DO III SOPCOM, VI LUSOCOM e II IBÉRICO** – Volume IV. 2004.

Silva RM *et al.* Educação em saúde para prevenção do câncer de mama no município de Piripiri-PI: atuação do pet-saúde. **R. Epidemiol. Control. Infec., Santa Cruz do Sul**, 5(4):203-205, out./dez. 2015.

Thuler LC. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2003, 49(4): 227-238.

## APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DADOS (ICD)-QUESTIONÁRIO

### **Informações socioeconômicas e ginecoobstétricas:**

1-Nome:

2-Data de nascimento:

3-Renda familiar:

4-Estado civil:

5-Filhos, quantos:

6-Escolaridade:

7-Ocupação:

8-Quando você realizou a última consulta ginecológica? Qual a periodicidade em que você faz?

### **Dados relativos ao diagnóstico precoce (autopalpação/autoexame das mamas)**

9-Você sabe o que é o autoexame das mamas (AEM)?

10-Você realiza o AEM?

11- Como você realiza o AEM?

12-Quem a instruiu a realização do AEM?

### **Dados relativos ao rastreamento (exame clínico das mamas)**

13-Você sabe o que é o exame clínico das mamas (ECM)? Para que serve o ECM?

14-Você já teve a oportunidade de algum profissional examinar suas mamas? Se não, o que você observa como barreira para não realização desse exame pelo profissional?

### **Dados relativos ao rastreamento (exames de imagem)**



15-Você realizou a mamografia? Se sim, teve alguma alteração? Se não porque não realizou?

16-A mamografia foi realizada pelo Sistema Único de Saúde ou particular?

**Dados relativos ao acesso:**

17- Você já teve dificuldade de realizar as consultas ginecológicas na sua unidade de saúde? Se sim quais as dificuldades?

18-O que você reconhece como barreira/dificuldade para não realização do ECM pelos profissionais da UBS?

19-O que você observa como motivo que impeça a realização do AEM pelas mulheres?

20-O que você destaca como barreira para o acesso a realização do exame de mamografia?

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Documento Nº \_\_\_\_\_

Senhora participante,

Gostaríamos de convidá-la a participar como voluntária da pesquisa intitulada **Educação em saúde como estratégia para a detecção precoce do câncer de mama no âmbito da Atenção Primária à Saúde**. O objetivo desse estudo é verificar a realização das estratégias de detecção precoce do câncer de mama na atenção primária. Sua participação se dará através de uma entrevista, que será gravada pela pesquisadora a partir do que a senhora responder. As entrevistas serão gravadas com aparelho celular de acordo com sua autorização, e serão guardadas em lugar seguro por até 3 anos e após isso serão incineradas. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado seu nome ou outra informação que possibilite sua identificação. Informamos que esta pesquisa não trará riscos diretos à sua saúde, mas se houver algum problema ou desconforto, estes serão acompanhados pela pesquisadora que dará todo o apoio e encaminhamentos necessários para minimizá-los. Os riscos são mínimos, e estão na dimensão moral, da vida cotidiana. Propomos assim como forma para diminuir esses possíveis riscos: utilizar nomes falsos para manter seu anonimato bem como a garantia do segredo de sua participação no estudo.

Acreditamos nos benefícios que esta pesquisa trará, pois com suas informações, na medida em que for sendo descrito o manuseio do profissional, poderemos encontrar informações que ajudem a identificar fragilidades ou dificuldades nas estratégias de detecção precoce de modo a melhorar a qualidade das consultas realizadas pelos profissionais na estratégia de saúde da família para a população, contribuindo para a detecção precoce do câncer de mama e assim ajudar a reduzir a taxa de mortalidade das mulheres com essa neoplasia.

As informações coletadas serão utilizadas nos resultados da pesquisa, os quais serão organizados para apresentação e publicação em revistas de circulação nacional e internacional e apresentados em eventos científicos. Garantimos ainda sua liberdade para retirar-se da pesquisa a qualquer momento. Sua recusa em participar do estudo não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

No momento em que desejar entender melhor a pesquisa ou se desejar desistir da participação, retirando o consentimento, poderá fazê-lo entrando em contato com a pesquisadora Yasmin Rodriguez Soberao pelo telefone (88) 997497226 ou e-mail: [yasminsoberao@gmail.com](mailto:yasminsoberao@gmail.com)

Caso concorde em participar do estudo, assine este documento, que também será assinado pela pesquisadora de campo, o qual será preenchido em duas vias de igual teor.

Carnaubal, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

---

Assinatura do Pesquisador Responsável

---

Assinatura do Pesquisado

## ANEXO 1 - RECURSOS NECESSÁRIOS

- Humanos – Profissionais da equipe de saúde como (Médica, Enfermeira, Técnicos de enfermagem e Auxiliar de serviços gerais).
- Recursos materiais – Quadro, pincel, canetas, questionário, resma de papel ofício, folder, projetor e lanches.

## ANEXO 2 - ORÇAMENTO

Material	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
Canetas	50	1,00	50,00
Resma de papel	1	16,00	16,00
Pincel	2	2,50	5,00
Impressões	100	0,30	30,00
Lanches	300	2,00	600,00