

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**POR QUE AS MULHERES NÃO REALIZAM O
EXAME DE MAMOGRAFIA?**

Um estudo qualitativo em atenção primária em saúde.

ALUNA: Gláucia de Souza Mendonça

PROFESSOR ORIENTADOR: Francisco Arsego de Oliveira

Porto Alegre, Julho de 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

POR QUE AS MULHERES NÃO REALIZAM O EXAME DE MAMOGRAFIA?

Um estudo qualitativo em atenção primária em saúde.

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
APRESENTADO COMO REQUISITO PARCIAL PARA
OBTENÇÃO DE CERTIFICADO DE ESPECIALIZAÇÃO
EM SAÚDE PÚBLICA.**

PROFESSOR ORIENTADOR: Francisco Arsego de Oliveira

Porto Alegre, Julho 2009

RESUMO: A pesquisa teve como objetivo conhecer os mitos, entre a população feminina, a respeito da mamografia, tendo em vista o rastreamento para detecção precoce do câncer de mama, quais são os obstáculos para a realização da mamografia e a identificação dos fatores limitantes. Foram entrevistadas 14 mulheres usuárias do PSF Orfanatório. Observou-se que as entrevistadas tinham uma percepção sobre a mamografia no sentido de rastreamento de câncer de mama e existiam fatores que interferiam para que as mulheres não realizassem o exame de mamografia. O controle do câncer de mama pode ser visto como uma possível realidade em atenção primária, levando em conta as peculiaridades da população feminina.

Unitermos: Câncer de mama, mamografia, prevenção, obstáculos, detecção precoce.

SUMÁRIO

1 Introdução.....	05
1.1 Definição do Problema.....	06
1.2 Justificativa.....	07
1.3 Objetivo.....	07
2 Procedimentos Metodológicos	08
3 Considerações Éticas.....	08
4 Desenvolvimento do Conteúdo.....	09
4.1 Revisão Teórica.....	09
4.2 Apresentação e Discussão dos Resultados.....	12
4.3 Considerações Finais.....	18
5 Referências Bibliográficas.....	19
6 Anexos.....	21

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nas décadas de 60 e 70, registrou-se aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos casos de câncer de base populacional de diversos continentes, também é considerado um grave problema de saúde pública mundial, não só pelo número de casos crescentes diagnosticados a cada ano, mas também pelo investimento financeiro que é solicitado para equacionar as questões de diagnóstico e tratamento (INCA, 2008).

O câncer de mama é o mais prevalente entre as neoplasias da população feminina do Brasil, com maior causa de mortalidade e morbidade entre as mulheres de 40 a 69 anos. No Rio Grande do Sul, a taxa de incidência de câncer de mama no sexo feminino foi a maior entre os demais estados do Brasil nos anos de 2006 e 2007, com 88,81 casos por 100.000 habitantes. Em Porto Alegre, essa taxa foi de 146,83 por 100.000 habitantes (DATASUS, 2008).

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda como principal estratégia de rastreamento populacional a realização de um exame mamográfico, pelo menos a cada dois anos, para mulheres de 50 a 69 anos e o exame clínico anual das mamas para mulheres de 40 a 49 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A mamografia tem sido cada vez mais empregada no diagnóstico das lesões de mama e, entre os métodos de detecção precoce para o câncer de mama, é o único já reconhecidamente eficaz na redução da mortalidade pela neoplasia mamária (SMS 2008).

No início da realização do exame, a mamografia era feita com a paciente deitada em decúbito lateral oblíquo com a mama apoiada sobre os chassis. O filme usado era muito sensível e o tubo de RX tinha o ânodo, bem como o filtro, alterado para produzir uma radiação “mole” e de melhor qualidade. Com o passar do tempo e com a evolução da tecnologia, os atuais mamógrafos fazem uma compressão nas mamas, que tem por finalidade fixar a mama e manter em uma posição desejada para uma boa qualidade de imagem do exame (LOPES, 2000).

No entanto, um grande número de mulheres relata desconforto, que varia de discreto à insuportável, vergonha de ter sua privacidade invadida, devido à simbologia que a mama representa para sensualidade feminina, sendo que, após o exame, os traumas físicos e psicológicos deixados podem levar as mulheres a evitar exames futuros ou, ainda, a comentar com amigas, impedindo que estas, por sua vez, submetam-se a este importante método propedêutico (RUFFO, 2006).

A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre elaborou o Protocolo de Rastreamento e Detecção Precoce do Câncer de Mama (SMS, 2008), com o objetivo de diminuir a morbimortalidade por câncer de mama, ampliando a cobertura do atendimento às mulheres, de forma qualificada, humanizada e integrada, principalmente as com fator de risco para a neoplasia; manter o seguimento e garantir o acesso às mamografias; realizar vigilância epidemiológica, e buscar ativamente as mulheres faltosas e as que nunca fizeram o exame, em parceria com a atenção básica do município, ofertando mais cotas de mamografia para as unidades e capacitando os profissionais.

Assim, considerando a importância da mamografia para o diagnóstico precoce do câncer de mama, o presente projeto tem por objetivo investigar os motivos pelos quais mulheres não realizam a mamografia, mesmo quando ela é oferecida sem custos para a paciente.

1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Diante do elevado número de mulheres que nunca realizaram o exame de mamografia, ou que o fazem quando apresentam algum sinal ou sintoma da doença, estão sendo diagnosticados casos de câncer de mama em fase avançada, o que dificulta o tratamento e diminui as chances de cura.

Atualmente, é ofertada na rede pública de Porto Alegre uma boa quantidade de cotas de mamografia que nem sempre são utilizadas, pois se percebe certa resistência das mulheres em fazer o exame.

Dentro do esforço para aumentar o rastreamento para o câncer de mama, foi dirigido aos profissionais de saúde da atenção básica do município de Porto Alegre uma

abordagem diferenciada na consulta da mulher adulta, orientando quanto ao câncer de mama e a importância de se fazer a mamografia para controle. Nessa rotina, um dos objetivos é que a usuária receba esclarecimento sobre a doença e saia da consulta com o exame autorizado em mãos.

Assim, poderíamos definir a pergunta de pesquisa da seguinte forma: “Quais os motivos pelos quais as mulheres não realizam o exame de mamografia, mesmo quando indicado pelos profissionais de saúde e oferecido de graça?”.

1.2 JUSTIFICATIVA

O presente trabalho tem por finalidade pesquisar os motivos pelos quais a população feminina assintomática não realiza mamografia no sentido de rastreamento; conhecer os valores, crenças e conceito presentes; e entender a concepção dessas mulheres a respeito da mamografia e do câncer de mama.

A partir dos resultados, os profissionais de saúde da rede básica poderão entender o câncer de mama como um problema de saúde pública e realizar uma busca ativa dessas mulheres para fazer o exame mamográfico, orientando-as, com uma abordagem diferenciada para a otimização da articulação intersetorial, a fim de reduzir danos e proteger a vida.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GERAL

Analisar, a partir de pesquisa qualitativa com uma entrevista semiestruturada, os possíveis obstáculos para a realização da mamografia.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.3.1. Conhecer os mitos existentes entre a população feminina de uma Unidade do Programa de Saúde da Família de Porto Alegre com relação à mamografia.

1.3.2. Analisar as queixas como “desconforto” e “dor” durante a mamografia e identificar fatores a eles relacionados.

1.3.3. Relacionar se a distância física é um obstáculo para a mulher não fazer o exame.

1.3.4. Identificar fatores limitantes à realização do exame.

1.3.5. Elaborar uma proposta de superação dos limitantes identificados.

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa de cunho qualitativo, tendo como instrumento um questionário semiestruturado aplicado a mulheres acima de 40 anos, que residem na área de cobertura do PSF Orfanotrófio, situado no bairro Santa Teresa, município de Porto Alegre, RS. Esta Unidade de PSF cobre uma população de 3.561 usuários com 773 famílias em uma estimativa de 950 mulheres em idade fértil. Essa unidade de saúde oferece em torno de 400 consultas/mês, sendo que 11% das consultas são direcionadas à saúde da mulher. A Secretaria Municipal de Saúde disponibiliza 12 cotas mensais para o exame de mamografia para a Unidade, que nem sempre são utilizadas.

A estimativa inicial de entrevistas é de 12 a 15 mulheres, que serão realizadas nas casas das pacientes, com prévia autorização das mesmas, e também na Unidade, nas consultas de Enfermagem, e, principalmente, nas atividades em comemoração ao mês da mulher, em que serão realizadas palestras educativas a respeito da saúde da mulher, como DSTs, fertilidade, climatério, sexualidade e câncer de mama, e a importância da mamografia, além do agendamento de consultas médicas, especialmente para população feminina, e realização da coleta do exame citopatológico.

3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em anexo) para todas as entrevistas. O Projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Prefeitura Municipal de Porto Alegre para avaliação.

4. DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO

4.1. Revisão Teórica

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

A Organização Mundial da Saúde (OMS), nas décadas de 60 e 70, registrou um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base. Este tipo de câncer representa nos países ocidentais uma das principais causas de morte em mulheres. As estatísticas indicam o aumento de sua frequência tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento (INCA, 2008).

A estimativa é de que esse tipo de neoplasia continua crescendo e seja responsável pelo maior número de casos novos de câncer registrado (BRASIL, 2002).

No estado do Rio do Rio Grande do Sul, a incidência do câncer de mama é de aproximadamente 125/100.000 mulheres. Nessa região, a maioria das mulheres tem como sua única fonte para assistência médica os serviços públicos de saúde. Infelizmente, não tem sido uma ação oficial abrangente de longo prazo da saúde pública uma estratégia centrada na melhoria da detecção do câncer de mama para conseguir um diagnóstico precoce na região (MENKE, 2007).

Apesar das considerações acima expostas, é possível que mesmo com os descontínuos esforços na sensibilização da opinião pública contra o câncer de mama e da introdução do exame da mama e da triagem mamográfica, poderia-se ter forças motrizes para trazer melhorias na detecção do câncer precoce, levando ao diagnóstico nesta região geográfica (MENKE, 2007).

Assim, percebe-se que o câncer de mama não é somente um problema dos países industrializados, ele está presente também no Brasil, aonde as taxas de incidência vêm crescendo nos últimos anos e já se aproximam daquelas apresentadas em países desenvolvidos (REZENDE; BOTEAGA, 1998).

Mulheres africanas, que ocupam específicos grupos culturais com crenças, incluindo holismo, religiosidade, coletivismo, orientação futura, com pouco medo e menos visões fatalistas sobre o câncer de mama, estão mais propensas a buscar rastreamento da doença. Crenças culturais estão relacionadas aos fatores que levam as mulheres a aderir às orientações de rastreamento e a realizar a mamografia (TANG TRICIA, 2000).

Dados estimados pelo Ministério da Saúde para o ano de 2008 no Brasil mostram que 3,4% dos casos de câncer de mama são detectados na fase inicial, enquanto 60% são diagnosticados em casos avançados, quando a doença já se tornou incurável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Por ano, são diagnosticados aproximadamente 50 mil novos casos de câncer de mama e 19 mil de colo do útero. Esses são os tipos de câncer mais frequentes entre as mulheres brasileiras, excetuando-se o câncer de pele não melanoma, menos agressivo que os demais. As mulheres com 40 anos ou mais devem realizar o exame clínico das mamas anualmente. Aquelas que estão na faixa etária de 50 a 69 anos devem realizar, ainda, uma mamografia a cada dois anos (INCA, 2006).

No Encontro Nacional de 2008 para o Controle de Câncer de Mama e Colo de Útero, houve o debate sobre o Pacto pela Vida, em que se deu a discussão acerca da necessidade de acompanhamento constante dos indicadores de controle e qualidade pactuados pelos estados e municípios. Em relação ao câncer de mama, o indicador pactuado foi sobre a proporção de municípios com serviços de mamografia capacitados no Sistema de Informação do Câncer de Mama (Sismama), que será implantado em todo o país (INCA, 2006).

Tratam-se, aqui, de aspectos subjetivos, como desejos, valores, crenças e sentimentos, os quais têm relevância fundamental na adesão ou não da população aos programas, mostrando que a realidade é um fenômeno complexo e, portanto, é um fator cuja compreensão se faz imprescindível para alcançar os objetivos das campanhas sanitárias (SÁ, 1995).

A propósito, agir como se o público-alvo não tivesse nenhuma opinião sobre o tema a ser abordado pelas campanhas de prevenção parece ser um pressuposto implícito em diferentes ações de saúde. Contudo, vários autores (BERLINGUER, 1988;

BOLTANSKI, 1984; DUARTE, 1986; LOYOLA, 1984; MONTERO, 1985) demonstraram, em suas pesquisas, que todo grupo social tem representações sobre aqueles (ou tais) males a que seus corpos estão submetidos. Portanto, ao aproximar-se de um grupo social, neste caso, um grupo popular, deve-se considerar que este já possui um “saber” sobre o câncer, as suas causas, o seu modo de tratamento, etc.

4.2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As categorias saúde ou doença trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico (MINAYO, 1992).

Quatorze mulheres residentes da Vila Orfanatrópio, após autorização das mesmas, foram entrevistadas no período compreendido entre o mês de fevereiro a abril de 2009.

Foi utilizado como instrumento de coleta dos dados o roteiro da entrevista em anexo, que levantaram questionamentos que resultou em uma análise precisa, a qual respondeu aos objetivos da pesquisa. Os nomes citados nos relatos são fictícios, garantindo o sigilo e a privacidade das entrevistadas.

Observou-se que todas entrevistadas procuram atendimento de saúde, no primeiro momento, no PSF Orfanatrópio, devido à acessibilidade e distância física, das 14 entrevistadas, 12 relatam preferir atendimento ginecológico com profissional da saúde do sexo feminino, conforme o relato de uma delas a seguir:

(...) eu prefiro fazer o pré-câncer mesmo com mulher, a gente fica mais à vontade, sabe, quando a gente tem que tirar a roupa para o médico examinar dá uma vergonha, que ai a gente quer perguntar as coisas e acaba não perguntando. Tudo por causa da vergonha. (Soledade, 48anos).

O maior sentimento percebido no relato das mulheres que fazem exame de prevenção de forma regular é a vergonha. Cada vez que a mulher expõe seu corpo, aflora este sentimento, que pode ser justificado pelo tabu do sexo, proveniente da educação recebida, bem como de falta de informação.

Existiu, no discurso das mulheres objeto da pesquisa, uma valorização das atividades de prevenção, prova disso é que todas entrevistadas fazem consultas de enfermagem anualmente exclusivamente para coleta do exame citopatológico. Contudo, com o exame de mamografia ocorre o contrário, aquelas que já o fizeram, fizeram-no após os 40 anos. Em consulta dos prontuários médicos das entrevistadas, observou-se que todas as solicitações de mamografia, até o ano de 2008, foram feitas apenas pelo médico da unidade, o que dá para se notar uma falta de costume ou prática, podendo-se afirmar que a solicitação de exame de mamografia pelo corpo de enfermagem da unidade em questão não ocorre, porém, quando tratamos sobre a importância do autoexame de mama, as entrevistadas relataram que a enfermeira, na consulta e na coleta do exame citopatológico, foi quem as ensinou e orientou.

(...) tem dois anos que eu faço a mamografia que o doutor. Sempre me pede, bah, mas como dói, mais tem que se cuidar né? E eu tô sempre fazendo aquele que a X (enfermeira) me faz lá no posto, e pede pra gente fazer em casa. (Rosa, 55anos).

A causa primária da dor e do desconforto físico durante a mamografia é a compressão exercida sobre a mama pelo prato plástico de compressão e o porta filme do mamógrafo. O exame depende muito de uma compressão efetiva, que interfere diretamente na resolução mamográfica, reduzindo a imprecisão e melhorando a qualidade do contraste das imagens (RUFFO, 2006).

A maioria das entrevistadas referiu dor e desconforto durante a mamografia, sendo que apenas uma entrevistada relatou desconforto intolerável. Esse fato mostrou que a mamografia, apesar de ser um exame desconfortável e doloroso, é bem aceita entre as mulheres do grupo estudado.

(...) Uma vez eu fui no médico e pedi pra ele pra fazer a mamografia, mas eu tinha 35anos, ai ele me explicou se eu não tivesse ninguém da minha família que tem câncer eu não precisava fazer, só quando eu tivesse 40 anos, mas mesmo assim eu fiz, (...) olha mais foi uma dor tão horrível como eu arrependi e agora já chegou a época de fazer de novo, meu Deus. (Maria, 40 anos).

Todos os estudos sobre câncer de mama relataram como fator de risco para a doença o fato de não ter amamentado, mas nenhuma das mulheres entrevistadas associou a não amamentação com a doença, ou seja, elas não estão totalmente esclarecidas a respeito de todos os fatores de risco para o câncer de mama. Das 14 entrevistadas, todas viviam com companheiro e tinham, no mínimo, dois filhos, e amamentaram, em média, até os três meses de vida dos seus filhos.

Uma série de entrevistas foi realizada nas residências das mulheres e percebeu-se que em todos os lares existiam televisores ou rádios, enquanto outros eletrodomésticos de bastante utilidade, como geladeira, a minoria possuía.

No dia 01 de abril de 2009, aconteceu audiência pública na Câmara de Deputados, em Brasília, com o objetivo de influenciar o poder público nacional na implementação da Lei 11.664/2008. A lei, que entrou em vigor no dia 29 de abril de 2009, garante a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres de mama e do colo de útero no âmbito do Sistema Nacional de Saúde. A audiência contou com a participação de organizações não governamentais ligadas à causa em todo país.

A problemática do câncer de mama no país, exposta num levantamento recém divulgado pelo Grupo Brasileiro de Estudos de Câncer de Mama (GBECAM), é muito grave, demonstrando uma diferença substancial nos índices de cura em mulheres tratadas no SUS e em hospitais privados. “A baixa qualificação dos profissionais da área da saúde na atenção à saúde da mama, a má qualidade dos equipamentos do SUS e a carência de programas de detecção precoce são fatores que contribuem para os altos

índices de mortalidade pela doença”, salientou a presidente do Instituto da Mama, Maira Caleffi (IMAMA, 2009).

A falta de campanhas publicitárias pode ser vista como uma problemática para a saúde da mulher, em especial o câncer de mama, sendo que certas informações só chegam a essa população em estudo por campanhas de grande impacto, via rádio, TV, e panfletos e cartazes com uma linguagem clara e de fácil entendimento em ambientes que essas pessoas frequentam.

(...) Antes eu nem preocupava em fazer esse exame (mamografia), ai quando passou essa novela que repetiu agora de tarde, que ta falando de câncer de mama sabe? Ai eu vim aqui no posto e consultei, e pedi o Dr. Ai eu fui lá e fiz, e daí todo ano eu faço, é só pegar o papel do pedido lá posto e ir lá no centro fazer. (Carmelita, 49 anos).

Durante algumas entrevistas, notou-se que ainda existem mulheres que não dão importância para o exame em questão.

(...) Toda vez que vou lá no posto pra fazer a consulta da mulher vocês me dá o pedido da mamografia, mas sempre acontece alguma coisa que não dá pra eu ir, mas vou ver se eu faço esse mês. (Eva, 46 anos).

O relato acima indica que ainda há falta de orientação da população feminina da área estudada, a qual é uma grande problemática para o PSF Orfanatórfio, dificultando cumprir o seu papel de atenção primária para a prevenção do câncer de mama. E indica, também, que os profissionais da unidade terão de reformular a conduta e a abordagem quando tratar sobre prevenção em saúde.

Ao se programar uma ação de saúde junto a grupos populares, deve-se ter presente que, antes da intervenção, esses grupos já possuem uma representação sobre as diferentes formas da doença e dos procedimentos terapêuticos através dos quais as

mesmas devem ser tratadas, situação que, na maioria das vezes, é ignorada pelos planejadores. Esse fato acaba por colaborar com o insucesso das campanhas, uma vez que não se trata de somente transmitir informação, mas de realizá-las de tal maneira que implique numa mudança de comportamento por parte da população (ANDRADE; COELHO, 1997).

Além das dificuldades intrínsecas de cada mulher, foram registradas outras que interferem no seu acesso aos serviços de saúde, como distância física de onde se faz o exame de mamografia, que, geralmente, ocorre nos centros comerciais, longe das vilas, e nem sempre as pacientes tem o dinheiro naquele dia para custear a passagem do ônibus municipal, deixando de fazer o exame na data marcada pelo laboratório.

(...) Não já me pediram antes pra fazer a mamografia, mas daí eu não fui, tava sem dinheiro pra passagem ai acabei não fazendo, muito depois e fui e fiz, e foi agora no ano passado. (Nara, 57 anos).

Outros sentimentos emergiram, em relação à organização dos serviços, como o descontentamento e a indignação pela demora no atendimento ou agendamento do exame.

(...) fui lá e fiquei a tarde todinha lá sentada esperando. (Sara, 43 anos).

O nervosismo e o medo estiveram presentes na fala das mulheres entrevistadas, antes, durante e após a realização do exame, como expresso a seguir:

(...) Tenho medo de fazer por causa um pouco da dor, e depois até sair o resultado e, pior ainda, porque a gente fica com medo de dá alguma coisa errada né. (Tereza, 55 anos).

Pode-se dizer que o medo é um sentimento de inquietação diante de um perigo real ou imaginário.

O medo age como sinal condicionante e que antecipa o sofrimento, caso tome proporções altas (MYRA & LOPEZ, 1996).

O medo é desencadeado a partir de uma situação concreta, presente e maléfica. Alguns relatos evidenciaram que o medo está relacionado ao exame, propriamente dito, e à expectativa de terem algum problema de saúde.

Na maioria dos estudos relatados na literatura, o impacto da detecção precoce do câncer de mama após a sobrevivência é essencialmente observado quando as pacientes são diagnosticadas com lesões palpáveis no exame mamográfico, ou quando tem < 1,5 centímetros palpáveis de lesão. Portanto, países em desenvolvimento, como o Brasil, em que um significativo número de pacientes ainda são diagnosticados em estadiamento avançado da doença, tem um longo caminho a percorrer em termos de sensibilização das pacientes e na criação de oficiais políticas de saúde pública para detecção precoce do câncer de mama (MENKE, 2007).

4.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Observou-se, no grupo pesquisado, conhecimento sobre a existência do câncer de mama e sobre o exame de mamografia, porém existem dificuldades para utilizar a mamografia na prevenção e no tratamento da doença em questão. Levando em conta os resultados da pesquisa, indicamos que são vários os fatores que interferiram para a não realização do exame de mamografia. Assim, recomenda-se que se priorize a divulgação das probabilidades de cura em estágios precoces da enfermidade e investimento em campanhas que alcancem as classes de baixo nível social, da mesma forma que se reforce para os profissionais de saúde a necessidade da solicitação do exame e orientações, valorizando a peculiaridade da população atendida.

Ficou evidente que a mulher percebe o exame como uma circunstância envolta de sensações relacionadas, na maioria das vezes, à vergonha, ao medo de doer e ao nervosismo, e às dificuldades sociais.

O controle do câncer, visto como uma realidade possível para certas condições, necessita ser incorporado ao repertório cultural da vida em sociedade e do grupo pesquisado.

Os avanços tecnológicos conquistados para o controle de câncer de mama faz-se necessário, mas também o avanço no conhecimento que busque trabalhar a relação dos sujeitos da doença com tais resultados, de forma que possamos avaliar as mudanças ocorridas e as que serão necessárias no âmbito do conhecimento.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIMAR, Lopes, 2000. **Guia Prático de Mamografia**. SENAC. 2º edição

ANDRADE, Vera; COELHO, Maria Alice Sigaud Machado. **O Processo de ações comunitárias em saúde**. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 57 – 63, 1997.

BARDIN, Lawrence, 1991. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70.

BERLINGUER, Giovanni, 1988. **A doença**. São Paulo: Hucitec.

BOLTANSKI, Luc, 1984. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer, 1994. **Controle do câncer cérvico-uterino e de mama**: normas e manuais técnicos. 3. ed. rev. Rio de Janeiro.

DATASUS, 2008. <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>. Acesso dia 12/11/2008.

IMAMA, 2009. HTTP: www.institutoadamama.org.br/home. Acesso em 30/04/2009.

INCA, 2008. **Incidência de Câncer no Brasil**. <http://www.cancer.org.br>. Acesso em 06/12/2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, 1992. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Editora Hucitec.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006. **Caderno de atenção Básica**, controle dos cânceres de Colo de Útero e da Mama. Brasília: Ministério da Saúde.

MENKE, Carlos Henrique. **Tumor Size as a Surrogate End Point for the Detection of Early Breast Cancer: A 30-Year (1972-2002), Single-Center Experience in Southern Brazil**. Blackwell Publishing, Inc., The Breast Journal, volume 13, n. 5, p. 448 – 456, 2007.

- MYRA & LOPEZ, 1996. **Os quatro gigantes da alma: o medo, a ira, o dever, o amor.** Rio de Janeiro.
- SMS de Porto Alegre / RS, 2008. **Protocolo de rastreamento detecção e precoce do câncer de mama** do município de Porto Alegre. p.8
- RESENDE, Vera Lúcia; BOTEGA, Neury José. Grupo de apoio psicológico a mulheres com câncer de mama: principais fantasias inconscientes. **Estudos de Psicologia.** Campinas, SP, 1998. v. 15, n.1, p. 39 – 48.
- RUFFO, Freitas Júnior. **Desconforto e dor Durante Realização da Mamografia.** *Rev. Assoc. Med. Bras.*, Goiânia, vol. 52, n. 5, p. 333 – 336, 2006.
- SÁ, Maria Castilho. 1995 **A complexidade da realidade, os problemas de saúde e o planejamento possível: a necessidade de uma abordagem interativa.** In: PITTA, Aurea Maria da Rocha. (Org.). **Saúde & comunicação: visibilidades e silêncios.** São Paulo: Hucitec, cap. 5, p 196-216.
- TANG E TRICIA, 2000. **Cultural Barriers to Mammography: Clinical Breast Exam, and Breast Self-Exam among Chinese-American Women 60 and Older.** *Preventive Medicine* 31: 575–583.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O câncer de mama é um das principais causa de morte entre as mulheres em todo o mundo. O exame de mamografia é uma ferramenta útil para o diagnóstico precoce dessa doença sendo indicado para todas as mulheres, de acordo com a sua idade e a presença de fatores de risco.

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, em uma pesquisa sobre a realização do exame de mamografia. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua é a outra da pesquisadora responsável. Em caso de recusa não será penalizada de forma alguma.

As seguintes informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo que visa pesquisar os motivos pelos quais algumas mulheres não realizam a mamografia, mesmo quando há uma indicação de um profissional de saúde.

A sua participação será através da resposta a um roteiro de entrevista que busca esclarecer os tais motivos limitantes a realização da mamografia.

Serão garantidos o sigilo e privacidade as participantes assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.

A sua participação nessa pesquisa é totalmente voluntária e você pode retirar-se da mesma em qualquer momento, sem que isso implique em qualquer forma de punição ou restrição aos serviços de saúde.

Esse projeto de pesquisa será submetido à aprovação pelo Comitê de Ética Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

Em caso de alguma dúvida ou esclarecimento, você pode entrar em contato com os pesquisadores responsáveis nos telefones ou e-mail listados abaixo.

Data: ___/___/___

Nome e assinatura da Entrevistada.

Pesquisadora Responsável: Gláucia de Souza Mendonça

E-mail: glauciamendonca@hotmail.com

Telefone: (51) 92869475

ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. Dados demográficos e de contexto familiar: nome, idade, situação conjugal, há quanto tempo mora no local, origem étnica, número e idade dos filhos, até que idade amamentou os filhos.
2. Relação com os serviços de saúde: como define o seu padrão de busca de assistência à saúde, local preferencial de busca de atendimento de saúde e motivos para tal escolha, conhece o nome do médico, tem preferência para fazer exame ginecológico com profissional homem ou mulher, por quê?
3. Qual foi sua última consulta de saúde da mulher? Costuma consulta para atividades de prevenção?
4. Na sua família houve parentes próximos como mãe, avó, irmã com história de câncer de mama?
5. Costuma fazer o auto-exame de mama? Como faz? Quem ensinou?
6. Para que serve a mamografia?
7. Já fez mamografia? Onde? Em que circunstâncias? Quem solicitou? Como foi a experiência? Tem o exame em casa? Se não fez, como imagina que é a realização do exame?
8. Conhece algum relato de experiência ruim ao realizar o exame?
9. Porque a informante acha que existem mulheres que não fazem o exame de mamografia?