

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**MARLA PRESA RAULINO SCHILLING**

**CONHECIMENTO E CRENÇAS ACERCA DO CÂNCER DE MAMA EM  
MULHERES DE RIO BRANCO, AC: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL**

**RIO BRANCO – AC**

**2014**

**MARLA PRESA RAULINO SCHILLING**

**CONHECIMENTO E CRENÇAS ACERCA DO CÂNCER DE MAMA EM  
MULHERES DE RIO BRANCO, AC: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de pesquisa:  
Processo Saúde-Doença: Epidemiologia e Atenção à Saúde

Orientadoras:  
Profa. Dra. Simone Perufo Opitz  
Profa. Dra. Rosalina Jorge Koifman

RIO BRANCO – AC

2014

## DEDICATÓRIA

---

*Dedico este trabalho aos meus pais Marisa e Raulino, ao meu marido Samuel e ao meu pequeno Heitor.*

## AGRADECIMENTOS

---

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus, por esta oportunidade de aprendizado, finalizado com grande prazer e satisfação. Por ter colocado o Acre na minha trajetória de vida, pois neste Estado vivenciei minhas maiores conquistas e alegrias.

À minha orientadora, *Profª Simone Perufo Opitz*, pelo incentivo, estímulo, apoio e contribuições. Simone, muito obrigada por esta parceria, por ter aceitado este desafio junto comigo.

À minha coorientadora, *Profª Rosalina Jorge Koifman*, por todo conhecimento transmitido com tanta dedicação, amor e paciência. Por sua energia contagiante que levarei como estímulo por toda a vida. Agradeço pela oportunidade de ter convivido com alguém que tem tanto a ensinar!!!

À *profª Ilce Ferreira da Silva*, por todas as orientações, conhecimento e dedicação. Por ter contribuído tanto com a conclusão desta pesquisa. Ilce, você foi essencial!!! Eternamente grata!!!

Ao *profº Sergio Koifman (in memorian)*, idealizador desta pesquisa, que lembrarei sempre como o maior exemplo de amor e dedicação à ciência.

À *profª Gina Torres*, por toda atenção e comprometimento. Muito obrigada pelas contribuições para a conclusão deste trabalho.

À *profª Andréia Ramos da Silva Bessa*, por ter aceitado participar como membro da Comissão Julgadora desta dissertação e pelas valiosas contribuições.

Aos *docentes do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre (UFAC) e da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)*, por todo ensinamento repassado e pela grandiosa contribuição com minha qualificação.

Ao *meu pai Paulo*, que me ensinou a enfrentar as adversidades, buscar meus objetivos, mas acima de tudo, me ensinou os verdadeiros valores da vida. Pai, você é meu maior exemplo!!!

À *minha mãe Marisa*, por todo amor, dedicação e carinho. Você que mesmo distante é tão presente em minha vida. Amo muito você!!!

Ao *meu companheiro de jornada, meu marido e melhor amigo, Samuel Schilling*. Obrigada por fazer parte da minha vida, por me apoiar em todos os momentos, por ser o maior torcedor das minhas conquistas.

*Ao meu filho amado, Heitor, por ser o meu maior estímulo para crescer e evoluir sempre.*

Aos meus colegas do curso de Mestrado em Saúde Coletiva por toda amizade, convivência agradável, companheirismo e troca de experiências.

À CAPES pelo apoio financeiro. A realização desta investigação foi viabilizada por meio da colaboração acadêmico-científica estabelecida entre o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre e o Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, o qual vem sendo apoiado com recursos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES/Programas PROCAD-NF 1442/2007 e PROCAD-NF 2557/2008).

## RESUMO

---

O câncer de mama é um grave problema de saúde pública em todo o mundo. É a neoplasia que mais acomete as mulheres ao redor do mundo, tanto nas regiões menos desenvolvidas quanto nas mais desenvolvidas. Conhecer os sinais e sintomas do câncer de mama e os fatores de risco poderão contribuir para que as mulheres procurem assistência médica em estágios menos avançados da doença. Trata-se de um estudo transversal de base populacional cujo objetivo foi avaliar o conhecimento dos fatores de risco, sinais e sintomas do câncer de mama e as crenças acerca da doença em mulheres com 40 anos ou mais no município de Rio Branco, AC. Participaram da pesquisa 478 mulheres de 35 setores censitários, sendo 31 setores urbanos e 4 setores rurais da capital acreana. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário semi-estruturado traduzido e adaptado, elaborado por pesquisadores da *American Cancer Society*, que avalia o conhecimento, as atitudes e as práticas de saúde das mamas nas mulheres. O questionário foi aplicado durante visita aos domicílios selecionados, no período de julho de 2012 a março de 2013. As entrevistadas apresentaram média de idade de 55,5 anos. O conhecimento dos fatores de risco para o câncer de mama mostrou-se satisfatório para alguns fatores como o histórico familiar de câncer de mama (80,8%), porém menos de um terço das entrevistadas (28,6%) reconheceram que a idade avançada aumenta muito o risco da doença. Quanto ao conhecimento dos sinais e sintomas, observou-se que 76,1% das mulheres reconheciam nódulo ou caroço na mama como sinal da doença. O conhecimento dos fatores de risco/sinais e sintomas do câncer de mama apresentou uma relação inversa com a idade, sendo que as mulheres com mais idade apresentaram menor conhecimento. Observou-se uma associação entre maior conhecimento e ter realizado exame Papanicolau e consulta ginecológica nos últimos 2 anos. Quanto às crenças, a grande maioria das mulheres (95%) acreditava que pancada no seio aumenta o risco da doença e 58,5% referiram que usar sutiã com arames aumenta o risco de desenvolver câncer de mama. De modo geral, os achados apontam que existem lacunas na comunicação da informação sobre a doença e sugerem a implantação de ações educativas que assegurem o acesso a informações, minimizando os estigmas e percepções equivocadas acerca do câncer de mama.

**Palavras – chave:** câncer de mama, conhecimento, fatores de risco, sinais e sintomas.

## ABSTRACT

---

Breast cancer is a serious public health problem in the whole world. It is the neoplasm that affects women the most around the world, both in the less developed regions and in the more developed ones. Knowing the signs and symptoms of breast cancer and the risk factors may contribute for women to seek medical assistance in less advanced stages of the disease. This is a cross-sectional population-based study whose objective was to assess the knowledge of risk factors, signs and symptoms of breast cancer and beliefs about the disease on women aged 40 or older in the city of Rio Branco. 478 women of 35 census tracts participated in the survey, being those 29 urban tracts and 04 rural tracts of Acre's capital. As an instrument for data collection, it was used a translated and adapted semi-structured questionnaire developed by researchers at the American Cancer Society, which assesses knowledge, attitudes and practices of health of the breasts in women. The questionnaire was administered during visits to the selected households in the period from July 2012 to March 2013. The respondents had an average age of 55.5 years old. The knowledge of risk factors for breast cancer was satisfactory to some factors such as family history of breast cancer (80.8%), but less than a third of the respondents (28.6%) recognized that advanced age greatly increases the risk of the disease. Regarding knowledge of signs and symptoms, it was observed that 76.1% of women recognized nodule or lump in the breast as a sign of the disease. Knowledge of risk factors/signs and symptoms of breast cancer showed an inverse relationship with age, as women of a higher age had less knowledge. It was observed an association between increased knowledge and having performed the Papanicolaou test and gynecological examination in the last two years. As for beliefs, the vast majority of women (95%) believed that blows to the breast increase the risk of the disease and 58.5% reported that wearing a bra with wires increases the risk of developing breast cancer. Overall, the findings suggest that there are gaps in the communication of information about the disease, and suggest the implementation of educational actions that ensure access to information, minimizing the stigma and misconceptions about breast cancer.

**Keywords:** breast cancer, knowledge, risk factors, signs and symptoms.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

---

AICR	American Institute for Cancer Research
WCRF	World Cancer Research Fund
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TRH	Terapia de Reposição Hormonal



## LISTA DE TABELAS

---

**Tabela 1** – Distribuição do conhecimento dos fatores de risco e sinais e sintomas do câncer de mama em mulheres com 40 ou mais anos do município de Rio Branco – AC, 2012 e 2013.

**Tabela 2** – Escore médio de conhecimento dos fatores de risco/sinais e sintomas, a partir das características sociodemográficas, reprodutivas, de assistência à saúde e quanto às experiências e compreensões acerca do câncer de mama, em mulheres de 40 ou mais anos no município de Rio Branco – AC, 2012 e 2013.

**Tabela 3** – Coeficiente de Regressão Linear bruto e ajustado do conhecimento dos fatores de risco/sinais e sintomas do câncer de mama em mulheres de 40 ou mais anos no município de Rio Branco – AC, 2012 e 2013.

**Tabela 4** – Conhecimento dos fatores de risco/sinais e sintomas, categorizados em alto, intermediário e baixo, segundo as características sociodemográficas, reprodutivas, de assistência à saúde e quanto às experiências e compreensões acerca do câncer de mama, em mulheres de 40 ou mais anos no município de Rio Branco – AC, 2012 e 2013.

**Tabela 5** – Razão de Chances (OR) do conhecimento categorizado em conhecimento alto versus conhecimento intermediário/baixo, segundo as características sociodemográficas, reprodutivas, de assistência à saúde e quanto às experiências e compreensões acerca do câncer de mama, em mulheres de 40 ou mais anos no município de Rio Branco – AC, 2012 e 2013.

**Tabela 6** – Distribuição das crenças sobre o risco de câncer de mama em mulheres com 40 ou mais anos no município de Rio Branco – AC, 2012 e 2013.

**Tabela 7** – Escore médio de crença, a partir das características sociodemográficas, reprodutivas, de assistência à saúde e quanto às experiências e compreensões acerca do câncer de mama, em mulheres de 40 ou mais anos no município de Rio Branco – AC, 2012 e 2013.

**Tabela 8** - Coeficiente de Regressão Linear bruto e ajustado das crenças em mulheres de 40 ou mais anos no município de Rio Branco – AC, 2012 e 2013.

**Tabela 9** – Crença categorizada em grau alto, intermediário e baixo, segundo as características sociodemográficas, reprodutivas, de assistência à saúde e quanto às experiências e compreensões acerca do câncer de mama, em mulheres de 40 ou mais anos no município de Rio Branco – AC, 2012 e 2013.

**Tabela 10** – Razão de Chances (OR) do grau de crença categorizado em alto versus intermediário/baixo, a partir das características sociodemográficas, reprodutivas, de assistência à saúde e quanto às experiências e compreensões acerca do câncer de mama, em mulheres de 40 ou mais anos no município de Rio Branco – AC, 2012 e 2013.

## **LISTA DE QUADROS**

---

**Quadro 1** – Distribuição do conhecimento dos fatores de risco e sinais e sintomas do câncer de mama em mulheres com 40 ou mais anos do município de Rio Branco – AC, 2012 e 2013.

## **LISTA DE ANEXOS**

---

**ANEXO A** Instrumento de coleta de dados

**ANEXO B** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**ANEXO C** Declaração de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa

## SUMÁRIO

---

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>16</b>
2.1 Epidemiologia do câncer de mama .....	16
2.2 Fatores de risco para o câncer de mama.....	17
2.3 Fatores de proteção contra o câncer de mama.....	21
2.4 Sinais e sintomas do câncer de mama .....	23
2.5 Conhecimento e crenças em saúde.....	24
2.6 Estudos internacionais acerca do conhecimento dos fatores de risco e sinais e sintomas do câncer de mama .....	24
2.7 Estudos nacionais acerca do conhecimento dos fatores de risco e sinais e sintomas do câncer de mama .....	32
<b>3 PERGUNTA DE PESQUISA .....</b>	<b>35</b>
<b>4 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>37</b>
<b>5 OBJETIVOS .....</b>	<b>39</b>
5.1 Objetivo geral.....	39
5.2 Objetivos específicos.....	39
<b>6 MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>41</b>
6.1 Delineamento do estudo e população.....	41
6.2 Critérios de inclusão.....	42
6.3 Critérios de exclusão .....	42
6.4 Teste piloto.....	42
6.5 Coleta de dados .....	42
6.6 Plano de Análise Estatística .....	46
6.6.1 Análise de dados .....	47
6.7 Aspectos éticos.....	47
<b>7 RESULTADOS .....</b>	<b>49</b>
<b>8 DISCUSSÃO .....</b>	<b>66</b>
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXO A – Instrumento de coleta de dados .....</b>	<b>86</b>
<b>ANEXO B – Termo de consentimento livre e esclarecido .....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO C – Declaração de Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.....</b>	<b>94</b>

# ***INTRODUÇÃO***

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama representa um grave problema de saúde pública em todo o mundo. É a principal causa de morte por câncer entre as mulheres nas regiões menos desenvolvidas e a segunda causa nas regiões mais desenvolvidas, atrás do câncer de pulmão. Estima-se que no ano de 2012, tenha ocorrido aproximadamente 1,67 milhões de casos novos de câncer de mama e 522 mil mortes pela doença em todo o mundo (FERLAY et al., 2012). Comparado às estimativas do ano de 2008, ocorreu um aumento de 20% no número de casos novos da doença e de 14% em relação ao número de mortes (FERLAY et al., 2008; FERLAY et al., 2012).

Este crescente aumento observado na incidência e mortalidade do câncer de mama nos últimos anos, deve-se em grande parte às mudanças comportamentais das mulheres, incluindo mudanças nos padrões reprodutivos/hormonais (LACEY et al., 2009; DESANTIS et al., 2014) e nutricionais (DANAIEI et al., 2005).

Os fatores reprodutivos associados ao maior tempo de exposição aos estrogênios endógenos como ter filhos tardiamente, menarca precoce e menopausa tardia, estão entre os principais fatores de risco para o câncer de mama. A exposição aos hormônios exógenos como os utilizados para terapia de reposição hormonal e os anticoncepcionais orais também exercem maior risco no desenvolvimento do câncer de mama (LACEY et al., 2009; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2011). Neste mesmo sentido, a amamentação exerce um efeito protetor contra o câncer de mama (STUBE et al., 2009).

Além dos fatores reprodutivos, fatores genéticos, como o histórico familiar da doença, fatores relacionados às exposições ambientais (exposição à radiação) e alguns hábitos relacionados ao estilo de vida estão associados a um risco maior de desenvolver o câncer de mama (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2011). Os fatores relacionados aos hábitos de vida, dentre os quais podem ser destacados o consumo de álcool, ganho de peso na fase adulta e a falta de atividade física, por serem modificáveis e contribuir com grande parte dos casos de câncer de mama (DANAIEI et al., 2005) devem ser conhecidos por todas as mulheres.

O conhecimento das mulheres sobre os sinais e sintomas do câncer de mama é outra medida de grande relevância para a redução da mortalidade pela doença. Mulheres que conhecem os sinais e sintomas do câncer de mama são capazes de identificar alterações

suspeitas nas mamas, levando-as a procurar assistência especializada mais rapidamente, elevando com isso suas chances de cura (SMITH et al., 2006).

Segundo Fugita (2004), o conhecimento apresentado pelos indivíduos é determinado por uma mescla de sua própria vivência, das crenças incorporadas e ainda do conhecimento repassado pelos profissionais da saúde e pelos meios de comunicação. Somando-se a isto, as crenças das mulheres acerca do câncer de mama e suas causas são culturalmente construídas e influenciam significativamente no comportamento da mulher quanto à própria saúde (FUGITA; GUALDA, 2006).

Diante disto, a presente pesquisa teve como objetivo avaliar o conhecimento e as crenças sobre o câncer de mama em mulheres com 40 anos ou mais no município de Rio Branco, AC. Explorar o conhecimento e as crenças acerca do câncer de mama, partindo das experiências e compreensões das mulheres, bem como do perfil sociodemográfico, reprodutivo e de assistência à saúde, podem contribuir para uma abordagem mais eficaz e acessível das ações de saúde contra o câncer de mama, melhorando os programas de saúde da mulher.

# ***REFERENCIAL TEÓRICO***

---



## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### *2.1 Epidemiologia do câncer de mama*

O câncer de mama é a neoplasia que mais acomete as mulheres ao redor do mundo, tanto nas regiões menos desenvolvidas quanto nas mais desenvolvidas. Foi estimado 1,67 milhões de casos novos de câncer de mama para o ano de 2012, o que corresponde a 25% de todos os tipos de câncer diagnosticados no sexo feminino. As taxas de incidência do câncer de mama variam muito nas diferentes regiões do planeta, sendo observadas as mais altas taxas na Europa Ocidental (96/100.000) e as menores na Ásia Oriental e África Central (27/100.000) (FERLAY et al., 2012).

Com relação à mortalidade, o câncer de mama é a quinta causa de morte por câncer em geral, com 522.000 mortes ao redor do mundo. Nos países menos desenvolvidos é a principal causa de morte entre as mulheres (324.000 mortes), responsável por 14,3% do total. Nas regiões mais desenvolvidas passou a ser a segunda causa de morte por câncer (198.000 mortes), responsável por 15,4% do total, atrás do câncer de pulmão. Quando comparada as taxas de mortalidade nas diferentes regiões, os países mais desenvolvidos apresentam menores taxas de mortalidade por câncer de mama em consequência do aumento da sobrevida. As taxas de mortalidade variam de 6/100.000 na Ásia Oriental até 20/100.000 na África Ocidental (FERLAY et al., 2012).

No Brasil, a expectativa é que sejam diagnosticados 57.120 casos novos de câncer de mama no ano de 2014, com um risco estimado de 56,09 casos novos para cada 100.000 mulheres (BRASIL, 2014).

Em Rio Branco, Estado do Acre, Nakashima, Koifman e Koifman, (2012) encontraram no período de junho de 2007 a junho de 2009, taxas de incidência de câncer de mama e de câncer de colo uterino similares, 41,5/100.000 e 41,3/100.000 respectivamente. Observaram ainda que o câncer de colo do útero foi a neoplasia mais frequente na faixa etária de 15 a 39 anos (9.2/100000), seguido pelo câncer de mama (3.2/100000). A partir dos 40 anos, o câncer de mama passou a ser o mais frequente em todos os grupos etários, seguido do câncer cervical.

Com relação às taxas de mortalidade pelo câncer de mama, entre os anos de 1980 e 1995, foi observada na região Norte uma variação de 37,5%, crescendo de 3,2 para 4,4 óbitos para cada 100 mil mulheres (WÜNSCH; MONCAU, 2002). Na cidade de Rio Branco,

também ocorreu uma tendência de aumento das taxas padronizadas de mortalidade por câncer de mama. Com variação anual de 5,5%, a taxa que após o ano de 1993 era de 2,9 óbitos/100 mil mulheres passou no ano de 2004 a apresentar 6,4 óbitos para cada 100.000 mulheres. Provavelmente a ausência de um amplo programa de rastreamento do câncer de mama, contemplando toda a população feminina sob risco e a precariedade da assistência terapêutica prestada a esta população, contribuam para que nos próximos anos continue crescente a tendência de mortalidade na região (NAKASHIMA; KOIFMAN; KOIFMAN, 2011).

## *2.2 Fatores de risco para o câncer de mama*

O histórico familiar de câncer de mama, bem como outros fatores entre os quais, não praticar atividade física, ingerir bebidas alcoólicas, não possuir histórico de amamentação e alguns aspectos da história reprodutiva e antropométricos foram identificados como fatores de risco para o surgimento do câncer de mama (WORLD CANCER RESEARCH FUND/AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH, 2007).

Embora alguns fatores de risco para a neoplasia mamária não possam ser modificáveis (idade, história familiar de câncer de mama, menarca precoce e a menopausa tardia), outros podem ser reduzidos ou mesmo eliminados (obesidade na pós-menopausa, o uso combinado de estrogênio e progesterona na terapia de reposição hormonal, o consumo de álcool e a inatividade física) (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2011).

Além disso, alguns destes fatores são mais fortemente associados ao desenvolvimento do câncer de mama por apresentarem maior risco relativo. O risco relativo compara o risco de doença entre pessoas com determinada exposição com o risco entre pessoas sem determinada exposição. É usado para responder quantas vezes é maior o risco de desenvolver a doença entre os indivíduos expostos a determinados fatores em relação aos não expostos. Para risco relativo maior que 1, o risco de doença é maior entre os expostos do que entre os não expostos, enquanto que para risco relativo menor que 1, observa-se uma associação inversa entre exposição e doença, ou um efeito protetor (SILVA,1999).

Os principais fatores de risco para o câncer de mama, bem como o risco relativo relacionado à presença de cada fator, estão apresentados no quadro a seguir:

Risco Relativo	Fator de Risco
>4.0	Idade (65+ versus <65)
	Biópsia confirmada de hiperplasia atípica
	Certas mutações genéticas herdadas (BRCA1 e / ou BRCA2)
	Mamas densas à mamografia
	História pessoal de câncer de mama
2.1- 4.0	Altos níveis endógenos de estrógeno e testosterona
	Alta densidade óssea (pós-menopausa)
	Alta dose de radiação no peito
	Dois parentes de primeiro grau com câncer de mama
1.1- 2.0	Consumo de álcool
	Herança judaica Ashkenazi
	Menarca precoce (<12 anos)
	Altura
	Alto nível socioeconômico
	Idade avançada da primeira gestação a termo (>30 anos)
	Menopausa tardia (>55 anos)
	Nunca ter amamentado
	Não ter gestação a termo
	Obesidade (pós-menopausa)/ganho de peso na fase adulta
	Um parente de primeiro grau com câncer de mama
	História pessoal de câncer de endométrio, ovário ou cólon
	Uso recente e de longo prazo de terapia de reposição hormonal com estrogênio e progesterona
	Uso recente de contraceptivos orais

**Quadro 1** – Fatores de risco e respectivos valores do risco relativo para o desenvolvimento do câncer de mama em mulheres.

Fonte: American Cancer Society. Breast Cancer Facts & Figures 2011-2012.

A idade é o principal fator de risco para o câncer de mama entre as mulheres. O risco relativo é superior a 4.0 quando comparado mulheres de 65 anos ou mais com mulheres de menor idade, embora o risco seja crescente até os 80 anos.

A história familiar de câncer de mama e a predisposição genética também são importantes fatores de risco para a doença. Em uma reanálise realizada em 52 estudos epidemiológicos, incluindo 58.209 mulheres com câncer de mama e 101.986 mulheres sem a doença, observou-se que quando comparado a mulheres sem história familiar de câncer de mama, o risco de desenvolver a doença é 1.8 vezes maior em mulheres com um parente de primeiro grau acometido pelo câncer de mama, aproximadamente 3 vezes maior para as que possuem dois parentes de primeiro grau acometidos e cerca de 4 vezes maior para quem possui três ou mais parentes acometidos (COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER, 2001).

Porém, é importante ressaltar que não são apenas os fatores genéticos os responsáveis pelo desenvolvimento do câncer de mama, pois a grande maioria dos casos de câncer de mama ocorre em mulheres sem história familiar da doença (KORDE; CALZONE; ZUJEWSKI, 2004). Em torno de 5 a 10% dos casos de câncer de mama são causados por mutações hereditárias, dentre as quais, os desencadeados pela suscetibilidade dos genes BRCA1 e BRCA2. Estas mutações hereditárias ocorrem em menos de 1% da população, sendo mais frequente em grupos étnicos específicos, como os Askenazi (SCHWARTZ et al., 2008).

Determinadas populações que migram de seus países de origem para outras localidades apresentam diferentes taxas de incidência da doença, demonstrando que os fatores ambientais também são determinantes no desenvolvimento do câncer de mama (GRAHAM, 2005). Grande parte da ocorrência de câncer de mama nas famílias resulta da interação entre fatores relacionados ao estilo de vida e a baixa variação genética, que pode ser compartilhada por mulheres de uma mesma família (LICHTENSTEIN et al., 2000).

Com relação aos fatores hormonais, os hormônios reprodutivos interferem no desenvolvimento do câncer de mama por aumentar a proliferação das células, ampliando por sua vez a probabilidade de danos ao DNA e promovendo o crescimento da neoplasia (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2011).

Segundo uma meta-análise, incluindo 118.964 mulheres com câncer de mama invasivo e 306.091 sem a doença, os efeitos da menarca precoce e da menopausa tardia sobre o risco de câncer de mama não agem apenas pelo prolongamento do total de ciclos reprodutivos. Os hormônios ovarianos endógenos são mais influentes nos tumores mamários do tipo estrogênio receptor-positivo do que no estrogênio receptor-negativo e ainda nos tumores lobulares do que nos ductais (COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER, 2012).

Os níveis de hormônios endógenos (estrogênio e testosterona) estão fortemente associados com o risco de câncer de mama em mulheres na pós-menopausa (KEY et al., 2002; TAMIMI et al., 2007). Neste período, as mulheres com altos níveis de hormônios endógenos apresentam cerca de duas vezes mais risco de desenvolver o câncer de mama quando comparado às mulheres com níveis mais baixos (KEY et al., 2002). Embora sejam escassos os estudos que investigam esta relação na pré-menopausa, principalmente pela complexidade de medir os níveis hormonais que variam ao longo do ciclo menstrual, os níveis circulantes de estrogênio e testosterona também podem ser importantes na etiologia do câncer de mama neste período (ELIASSEN et al., 2006).

Com relação à história reprodutiva, a gestação tem um efeito transitório sobre o risco de desenvolvimento do câncer de mama, pois aumenta o risco após o parto (particularmente em mulheres que tem o primeiro filho após os 30 anos) e reduz em anos posteriores. Em mulheres com mais de uma gestação, o efeito adverso de curto prazo é compensado pela proteção a longo prazo, obtida pela primeira gestação (LAMBE, 1994). Alguns estudos sugerem que a história reprodutiva, incluindo a nuliparidade e a idade tardia da primeira gestação, está mais fortemente associado ao risco de câncer de mama receptor hormonal positivo em comparação ao triplo-negativo (PHIPPS et al., 2011a; PHIPPS et al., 2011b).

O uso combinado de hormônios (estrogênio e progesterona) na menopausa aumenta a incidência e a mortalidade por câncer de mama, sendo maior o risco quando associado ao uso prolongado. Porém, o aumento do risco diminui a partir de 5 anos de interrupção da reposição hormonal (CHLEBOWSKI et al., 2010; BERAL et al., 2011). Observa-se ainda, que o risco também é maior para quem inicia o uso combinado de hormônios assim que a menopausa se instala, comparando às que iniciam tempos depois (PRENTICE et al., 2008; BERAL et al., 2011).

Com relação aos fatores clínicos, a densidade da mama à mamografia demonstrou ser um importante fator de risco para o câncer de mama. Mulheres com altos níveis de densidade mamária apresentam de 4 a 6 vezes mais risco de desenvolver câncer de mama quando comparado a mulheres com mamas menos densas (MCCORMACK; DOS SANTOS SILVA, 2006; CUMMINGS, 2009). Os fatores genéticos influenciam fortemente na densidade da mama, que reduz com o avançar da idade, a gestação e a menopausa (BOYD et al., 2002; URSIN et al., 2009). A alta densidade óssea na pós-menopausa também tem sido considerada fator de risco para o câncer de mama (CHEN et al., 2008).

Estudos revelam que lesões mamárias não proliferativas não estão associadas a crescimento excessivo da mama, apresentando pouco ou nenhum aumento sobre o risco de desenvolver câncer de mama. As lesões proliferativas sem atipia estão associadas a um aumento entre 1,5 a 2 vezes no risco de desenvolver câncer de mama (WANG et al., 2004; HARTMANN et al., 2005). Enquanto que as mulheres que apresentam lesões proliferativas com atipia estão associadas a um aumento entre 4 a 5 vezes no risco de desenvolver câncer de mama quando comparado às mulheres em geral (HARTMANN et al., 2005; ASHBECK et al., 2007).

As mulheres que desenvolveram o câncer de mama em algum momento da vida podem apresentar maior risco de desenvolver um segundo câncer de mama, sendo que nas mulheres que apresentaram a doença em idades mais jovens, este risco é ainda maior.

Mulheres diagnosticadas com câncer de mama antes dos 40 anos apresentam um risco 4,5 vezes maior de desenvolver câncer de mama novamente (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2009).

Dentre os fatores relacionados ao estilo de vida, o consumo de bebidas alcoólicas é considerado um fator de risco para o câncer de mama tanto na pré-menopausa quanto na pós-menopausa (WORLD CANCER RESEARCH FUND/AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH, 2007). Porém, consumo baixo ou moderado de álcool foi inversamente associado com o risco de câncer de mama. Esta associação inversa foi observada tanto para mulheres na pré-menopausa como na pós-menopausa para consumo de álcool inferior a 15g/dia (ZHANG; HOLMAN, 2011).

Alguns fatores de risco para o câncer de mama aumentam diretamente à exposição hormonal do tecido mamário, como a menarca precoce, menopausa tardia, uso de hormônios e obesidade, no entanto outros fatores estão associados a comportamentos reprodutivos de maior risco, tais como: não ter gestação a termo ou ocorrência da mesma em idade avançada (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2011).

A discussão acerca da causalidade do câncer de mama faz surgir algumas hipóteses como a ocorrida na última década, em que se divulgou na mídia que o uso de produtos aplicados para transpiração das axilas poderia causar câncer de mama. Mesmo na ausência de estudos conclusivos que confirmassem a associação entre o uso destes produtos e o câncer de mama, a divulgação permaneceu e a preocupação pública persiste (MIRICK; DAVIS; THOMAS, 2002). Além desta, muitas outras hipóteses já testadas e crenças a respeito da doença precisam ser investigadas e esclarecidas para a população, pois podem influenciar as ações de saúde da mulher.

### *2.3 Fatores de proteção contra o câncer de mama*

O *American Institute for Cancer Research* (AICR) e o *World Cancer Research Fund* (WCRF) consideram a prática da amamentação como fator de proteção para o câncer de mama em qualquer idade da mulher, porém, não está claramente estabelecido o tempo mínimo desta prática para que a proteção seja conferida.

Em revisão sistemática realizada com dados de 47 estudos de 30 países, com 50.302 mulheres com câncer de mama e 96.973 mulheres sem a doença, observou-se que o risco de desenvolver o câncer de mama diminui quanto maior o tempo de amamentação. Esta redução

foi de 4,5% para cada ano de manutenção da amamentação (COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER, 2002).

Huo e colaboradores (2008) pesquisando a associação entre tempo de amamentação e câncer de mama, em um estudo caso-controle realizado na Nigéria, observaram uma razão de chances de 0,93 (IC de 95% = 0,87-1,0) para um período de 12 meses de amamentação. Os autores relataram um efeito protetor do tempo de amamentação total, quando compararam mulheres que amamentaram por um período superior a 49 meses, com mulheres que amamentaram por 24 meses ou menos ( $p=0,005$ ), corroborando os achados do AICR e WCRF.

Um estudo que investigou a relação entre a prática da amamentação e o tipo de neoplasia mamária (ductal, lobular ou ductal-lobular), observou um efeito protetor significativo desta prática para o câncer de mama ductal. Mulheres que amamentaram apresentaram risco reduzido de desenvolvimento do câncer ductal (OR = 0,7; IC de 95% = 0,5-0,9) quando comparadas às mulheres que nunca amamentaram, sugerindo que existem diferenças etiológicas entre os diferentes tipos de câncer de mama (BEABER et al., 2008).

Um estudo realizado com 60.075 mulheres americanas corrobora que o aleitamento materno é um fator de proteção para o câncer de mama. As mulheres que amamentaram apresentaram um risco relativo de 0,75 (IC de 95% = 0,56-1,0) quando comparadas às que nunca amamentaram (STUEBE et al., 2009).

Gajalakshmi e colaboradores (2009) também observaram o efeito protetor da amamentação contra o desenvolvimento do câncer de mama para mulheres na pré-menopausa, a partir do tempo de dois anos de aleitamento total, sendo utilizado o tempo de aleitamento de um ano ou menos como referência.

Para Lord e colaboradores (2008) a lactação exerce proteção contra o câncer de mama independente de outros fatores e o aleitamento materno pode eliminar os efeitos negativos da gestação tardia. Nesse estudo, as mulheres que amamentaram após os 25 anos de idade apresentaram (OR= 0,57; IC de 95% = 0,37-0,87) quando comparado àquelas que nunca amamentaram.

Com relação à prática regular de atividade física, o AICR e o WCRF consideram como um provável fator de proteção para o câncer de mama no período da pós-menopausa. Lahmann e colaboradores (2007), em um estudo multicêntrico realizado em 10 países europeus com 218.169 mulheres, avaliaram a atividade física no lazer, no ambiente doméstico e a atividade física total, como o efeito protetor foi observado tanto em mulheres na pré-menopausa como na pós-menopausa. O maior quartil da atividade física doméstica, em

mulheres na pré-menopausa, foi associado com a redução no risco de câncer de mama, quando comparado ao menor quartil (RR= 0,71; IC de 95%= 0,55 - 0,90). Na pós-menopausa, estiveram associados com a redução do risco de câncer de mama, os maiores quartis da atividade física doméstica (RR= 0,81; IC de 95%= 0,70 - 0,93) e atividade física total (doméstica e no lazer) (RR= 0,86; IC de 95%= 0,73 - 0,95), tendo como referência os menores quartis.

Suzuki e colaboradores (2008) concluíram que a prática de atividade física exerce efeito protetor para a neoplasia maligna da mama tanto no período da pré-menopausa como na pós-menopausa. Nesse estudo, com uma coorte de 30.157 mulheres, observou-se menor risco de câncer de mama para a categoria mais ativa, tomando como referência a categoria menos ativa (RR= 0,45; IC de 95%= 0,25-0,78).

#### *2.4 Sinais e sintomas do câncer de mama*

O câncer de mama geralmente não produz sintomas quando o tumor é pequeno e com melhores resultados ao tratamento, o que torna muito importante seguir as recomendações de triagem para detectar a doença em um estágio inicial, antes que os sintomas se tornem presentes (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2011).

Quando a doença encontra-se em fase sintomática, o sinal físico mais comum é a presença de nódulo, geralmente indolor. Algumas vezes a mulher pode observar caroço ou inchaço nos gânglios linfáticos das axilas, antes mesmo que o tumor possa ser sentido na mama. Os sinais menos comuns da doença são: inchaço da mama, espessamento da pele e vermelhidão. Com relação aos mamilos, pode ocorrer descarga de líquidos, principalmente de secreção sanguinolenta; erosão mamilar, retração e inversão do mamilo (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2011; TAVASSOLI; DEVILEE, 2003).

Na presença dessas anormalidades, deve-se realizar a avaliação através de exames de imagem (mamografia e ultrassom), e ainda a avaliação citológica ou histológica da amostragem do tecido. Com a introdução do rastreamento do câncer de mama por meio da mamografia, observou-se um aumento da proporção de casos diagnosticados quando a doença ainda é assintomática (TAVASSOLI; DEVILEE, 2003).



## *2.5 Conhecimento e crenças em saúde*

O conhecimento representa a habilidade de recordar fatos específicos sobre determinado tema, baseado no aprendizado científico, ou a capacidade de um indivíduo aplicar fatos específicos com a intenção de solucionar problemas ou ainda a emissão de conceitos a partir da compreensão prévia sobre o assunto (MARINHO et al., 2003; BRITO et al., 2010).

A crença pode ser entendida como a ação de crer na verdade ou na possibilidade de um evento; convicção íntima; opinião que se adota com fé e convicção (FERREIRA, 2010). A crença é uma das estruturas mais importantes do comportamento humano, pois quando um indivíduo realmente acredita em algo, o seu comportamento é direcionado por essa crença, que necessariamente não é baseada em uma estrutura lógica de ideias (DILTS, 1993).

Na perspectiva antropológica, considera-se que a saúde e tudo que a ela se relaciona, incluindo a percepção do risco, de práticas preventivas, o conhecimento da causalidade, noções de tratamentos apropriados, entre outros, são fenômenos culturalmente construídos e interpretados (NICTER, 1989 apud UCHÔA; VIDAL, 1994).

Os indivíduos possuem um conhecimento próprio, uma crença a respeito da etiologia dos agravos de saúde que é consequência de sua própria vivência, podendo coincidir ou divergir do saber dos profissionais da saúde, porém deve ser sempre considerado e respeitado na realização da assistência a saúde. Muitas vezes, o conhecimento demonstrado pelos indivíduos baseia-se num complemento da própria vivência, das crenças herdadas, e do contato com profissionais da saúde e dos meios de comunicação (FUGITA, 2004).

Diante disso, compreender o conhecimento dos fatores de risco/sinais e sintomas do câncer de mama e as crenças das mulheres acerca da doença podem contribuir para definição de condutas a serem adotadas quanto às práticas preventivas e de detecção precoce do câncer de mama.

## *2.6 Estudos internacionais acerca do conhecimento dos fatores de risco e sinais e sintomas do câncer de mama*

Os estudos sobre conhecimento, crenças das mulheres acerca do câncer de mama, realizados em todo o mundo, mostraram que as mulheres, em geral, apresentam um baixo conhecimento dos sinais e sintomas da doença, além de percepções equivocadas sobre os reais riscos de desenvolver a doença, entre outros achados.

Em San Fernando, Trinidad e Tobago, um estudo com 314 mulheres de 40 anos ou mais, observou-se que quase metade (46,2%) das entrevistadas acreditava que a chance de sobreviver ao câncer de mama não é baixa, se o tumor for detectado precocemente. Esta percepção foi associada com o nível educacional destas mulheres ( $p < 0,01$ ). Em relação aos fatores de risco, 76,8% das mulheres sabiam que a história familiar de câncer de mama é um fator de risco para a doença, e este conhecimento foi associado à escolaridade ( $p < 0,01$ ). Quase dois terços (63,7%) das mulheres acreditavam erroneamente que trauma na mama é fator de risco da doença. O conhecimento dos fatores obesidade, consumo de álcool, idade avançada e trauma na mama, não se associaram com idade, escolaridade ou histórico familiar de câncer de mama (GOSEIN et al., 2014).

Em Dar es Salaam, Tanzânia, um estudo com 225 mulheres, das quais 56,9% estavam na faixa etária abaixo de 30 anos, teve como objetivo avaliar o conhecimento do câncer de mama, crenças e práticas entre as mulheres de baixa renda deste país. Com relação aos fatores de risco para o câncer de mama, mais da metade das entrevistadas identificaram o álcool (52,9%), seguidos por não amamentar no peito (47,6%), dieta (36,9%) e aumento da idade (26,2%). A história familiar de câncer de mama foi identificada como fator de risco por 16,4% das participantes, a obesidade por 14,2% e menarca precoce/menopausa tardia foi apontada por 7,1% das entrevistadas como fatores de risco para o câncer de mama. Em média, as mulheres identificaram corretamente apenas 30% dos fatores de risco questionados.

Com relação às crenças das entrevistadas sobre as causas do câncer de mama com base em mitos e folclore, 82,2% acreditavam que colocar dinheiro no sutiã causa câncer de mama, 70,2% responderam que é da vontade de Deus, 33,3% acreditam resultar de um ataque do inimigo, 26,7% citaram que coçar a mama causa a doença e 23,1% afirmaram que quando um bebê morde a mãe durante a amamentação pode causar câncer de mama. Infecção do verme da Guiné foi relacionada como causa do câncer de mama por 20% das entrevistadas, usar sutiã regularmente por 18,2% e amamentar por longo tempo foi apontado por 10,2%, como causa da doença. Entre as participantes, 6,2% acreditam que carícias prolongadas, feitas por um homem pode causar câncer de mama, 5,8% afirmaram que seios grandes causam a doença e 2,7% relataram que seios pequenos causam câncer de mama.

Acerca dos sintomas do câncer de mama, as entrevistadas identificaram corretamente, em média, 51% dos sintomas verificados. A maioria (70,2%) identificou um nódulo indolor na mama como um sintoma da doença. Outros sintomas identificados foram: crostas no mamilo (51,6%), vermelhidão persistente da mama (48,9%), um mamilo invertido (43,6%),

alteração no tamanho da mama (35,1%) e ondulações na mama (41,8%) (MORSE et al., 2014).

Um estudo realizado com 131 mulheres com idade entre 18 e 60 anos, das quais 71% possuía a mãe com câncer de mama, 23,7% uma irmã com a doença e 5,3% uma filha acometida pelo câncer de mama, avaliou o conhecimento dos fatores de risco do câncer de mama e medidas de detecção precoce. Realizado em Kuala Lumpur, Malásia, o estudo considerou o conhecimento de nove fatores de risco, que foram categorizados em dois níveis. Mulheres que conheciam de cinco a nove fatores de risco foram classificadas como tendo bom conhecimento, enquanto que as que acertaram quatro ou menos foram categorizada como tendo baixo conhecimento da doença. A maioria das entrevistadas (71%) apresentou pouco conhecimento dos fatores de risco para o câncer de mama, o que significa que foram incapazes de identificar mais de quatro fatores de risco. A maior parte sabia que o histórico familiar de câncer (74,8%), idade (58,8%), história prévia de tumor benigno/cisto na mama (57,3%), estão entre os fatores de risco do câncer de mama. A terapia hormonal antes ou durante a menopausa era de conhecimento de 35,9%, a prática da amamentação e o tempo que amamentou foi apontado por 34,4%. Os fatores reconhecidos por menos de 30% das participantes foram: método anticoncepcional (29%), não ter filhos (26,7%), idade da menopausa (25,2%) e idade de início da menstruação (21,4%).

A análise de correlação mostrou relação significativa entre a prática da mamografia e conhecimento dos fatores de risco do câncer de mama ( $p < 0,05$ ). O teste qui-quadrado também mostrou uma relação significativa entre a prática da mamografia e o conhecimento dos fatores de risco para o câncer de mama ( $p < 0,05$ ). Para a mamografia, o conhecimento dos fatores de risco do câncer de mama foi estatisticamente significativo para diferenciar o comportamento de rastreamento do câncer de mama. Aquelas que tinham pouco conhecimento dos fatores de risco foram 67,4% mais improváveis de realizar a mamografia do que aquelas com bom conhecimento. A análise de regressão mostrou que a relação com o paciente com câncer de mama, o conhecimento dos fatores de risco da doença e o grupo étnico previram 46,7% do comportamento de rastreamento pela mamografia ( $R^2 = 0,467$ ,  $R^2 = 0,430$  ajustado,  $F = 12,568$ ,  $p < 0,0001$ ) (SUBRAMANIAN et al., 2013).

Em Benin City, Nigeria, 365 mulheres com idade entre 19 e 49 anos, participaram de um estudo que se comprometeu em investigar o nível de consciência do câncer de mama, atitudes e práticas em relação às estratégias de detecção precoce. O estudo avaliou o conhecimento de onze fatores de risco para o câncer de mama e de sete sinais e sintomas da doença. A maior parte das entrevistadas (39,9%) conhecia entre 3 e 5 fatores de risco, 26,01%

não referiram nenhum dos onze fatores avaliados e 24,28% reconheceram de 1 a 2 fatores de risco. Apenas 8,96% conheciam entre 6 e 8 fatores de risco da doença e 0,87% entre 9 e 11 fatores. Com relação ao conhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, 25,1% acertaram entre 2 e 3 sinais e sintomas e 25,1% acertaram entre 4 e 5. O percentual de mulheres que não conhecia nenhum sinal ou sintoma da doença foi de 22,5% e as que apontaram apenas 1 sinal e sintoma foram 11,8%. Apenas 15% conheciam entre 6 e 7 sinais e sintomas do câncer de mama. A grande maioria das entrevistadas (91,6%) era da opinião que o câncer de mama pode ser curado se detectado precocemente, porém apenas 28,8% concordavam fortemente com este parecer. Observou-se uma associação muito forte entre o conhecimento dos fatores de risco do câncer de mama e a prática de estratégias preventivas ( $p < 0,01$ ). O conhecimento dos fatores de risco parece ser motivacional para a prática, provavelmente porque ajuda as pessoas a avaliar em que medida são vulneráveis (AZUBUIKE; OKWUOKEI, 2013).

Um estudo realizado no Egito, com 45 pacientes recém-diagnosticadas com câncer de mama, teve como objetivo avaliar a consciência destas mulheres acerca da doença. A média de idade da amostra foi de  $48,2 \pm 10,19$  anos. O escore de conhecimento dos fatores de risco para o câncer de mama foi baixo, com média de 4,3 em um máximo de 14. Os fatores mais reconhecidos foram: história familiar (56,82%), álcool (46,67%) e câncer de mama anterior (35,56%). Poucas mulheres sabiam que a menopausa tardia (13,64%) e a menarca precoce (2,22%) são fatores de risco da doença. Muitas mulheres acreditavam que amamentar (61,36%), fumar (55,56%) e trauma (37,78%) são fatores de risco para o câncer de mama. O estresse foi citado por 15,56% das mulheres como também sendo um fator de risco. Com relação aos sinais e sintomas, o escore de conhecimento foi de 4,1 de um máximo de 9, sendo que os mais citados foram: massa indolor (93,33%), massa axilar (75,56%) e retração mamilar (62,22%). Os sinais e sintomas menos conhecidos por parte das mulheres foram descoloração da pele da mama (15,91%) e mudança no tamanho da mama (9,09%). Neste estudo, o conhecimento foi correlacionado com a idade ( $r = -0,387$ ;  $p = 0,009$ ). O aumento da idade foi acompanhado por menor escore de conhecimento total de câncer de mama. O conhecimento total foi composto pelo conhecimento dos fatores de risco, sinais e sintomas, métodos de detecção precoce e conhecimento de opções de gerenciamento e prognóstico da doença (EL-SHINAWI et al., 2013).

Ainda no Egito, Allam e Elaziz (2012) avaliaram quanto as mulheres de Cairo sabem sobre câncer de mama relacionado à incidência, fatores de risco e prevenção, por meio de um estudo realizado com 600 mulheres, com idade média de  $40,5 \pm 11,0$  anos, frequentadoras de

unidades básicas de saúde. Verificou-se que quase metade das entrevistadas sabia que a idade por si só é um fator de risco para câncer de mama (45%), enquanto menos de um terço das mulheres identificaram corretamente a idade da menarca (28,2%) e idade ao primeiro trabalho de parto (31,7%) como um fator de risco para o câncer de mama. Os fatores de risco que as mulheres mais souberam relatar foram: exposição ao raio x (79,5%), terapia de reposição hormonal (75,7%), histórico pessoal de câncer de mama (70,8%) e uso de pílulas anticoncepcionais (58%). Histórico familiar de câncer de mama era do conhecimento de 48% das participantes e idade de início da menopausa de 45,8%. As participantes tinham menor conhecimento sobre o fato da mulher não ter filhos (38,7%) e do tempo de amamentação (39,5%).

Quanto à história familiar da doença, verificou-se que 29% das entrevistadas declararam ter uma história familiar de câncer de mama. Apenas 36% das mulheres com história familiar disseram que poderiam ter a doença no futuro. Com relação ao conhecimento das mulheres acerca da cura da doença, observou-se que 38,3% acreditam que o câncer de mama é incurável. O nível de educação afetou o conhecimento sobre curabilidade de câncer de mama. Mulheres altamente qualificadas referiram a curabilidade da doença em maior porcentagem (65%) em comparação com (52,9%) entre as mulheres menos instruídas e a diferença foi estatisticamente significativa.

Na Índia, 428 enfermeiras foram avaliadas quanto ao conhecimento acerca dos fatores de risco e práticas de detecção precoce do câncer de mama. A média de idade das entrevistadas foi de  $28,07 \pm 8,1$  anos. A maior parte estava na faixa etária de 21 a 30 anos. O conhecimento foi classificado de acordo com os acertos das participantes. Aquelas que obtiveram menos que 40% de acertos foram consideradas com pouco conhecimento, entre 40-60% com bom conhecimento, entre 60-80% com muito bom conhecimento e mais de 80% com excelente conhecimento. De acordo com a classificação, 10,5% das enfermeiras apresentaram conhecimento baixo, 25,2% tinham um bom conhecimento, 45% delas com muito bom conhecimento e 16,3% possuíam excelente conhecimento sobre os fatores de risco do câncer de mama e métodos de detecção precoce. O fator de risco mais conhecido foi a história familiar de câncer de mama (93,9%), seguido por: dieta e fatores relacionados à dieta (79,2%), gênero (ser do sexo feminino) (78%), uso de hormônios e alguns fatores reprodutivos (74%). Foi do conhecimento de 73,1% das entrevistadas que o risco aumenta com a idade e que a idade da menarca também é fator de risco para o câncer de mama. Outros dois fatores foram do conhecimento da maior parte das enfermeiras, doença benigna da mama

(72,2%) e radiação ionizante (71,9%), enquanto que a falta de atividade física foi respondida por apenas 24,5% (FOTEDAR et al., 2013).

Em outro estudo realizado na Índia, com 441 professoras de escolas públicas e privadas de Nova Deli, foi observado que 90,2% das entrevistadas sabiam que um nódulo na mama é um sinal da doença, 48,8% que o câncer de mama pode se apresentar com dor na mama e 34,9% que erosão do mamilo pode ser um sinal da doença. Era do conhecimento de 34,2% das mulheres que alterações na forma da mama e de 33,8% que alterações na pele da mama também podem ser sinais do câncer de mama. Ainda com relação ao conhecimento do câncer de mama, 59,2% afirmaram que não amamentar é um fator de alto risco da doença e 58% conheciam a história familiar como fator de risco. Uma porcentagem menor de professoras sabiam que: ter o primeiro filho tardiamente (21,3%), obesidade (11,6%) e menstruação precoce (7,7%) são fatores de risco do câncer de mama (KHOKHAR, 2009).

No Paquistão, um estudo com 373 mulheres com idade entre 18 e 70 anos, acompanhantes de pacientes de um grande centro de cuidados terciários, teve como um dos objetivos, determinar o nível de conscientização sobre os fatores de risco para o câncer de mama. Foi verificado que 48,3% das entrevistadas sabiam que ter um parente de primeiro grau com câncer de mama aumenta o risco de desenvolver a doença, 35,7% citaram que o uso de pílulas anticoncepcionais pode causar câncer de mama e 25,2% referiram que ter o primeiro filho com mais de 30 anos é um fator de risco para a doença. A obesidade como fator que predispõe ao câncer de mama foi apontado por 26,3% das entrevistadas e 12,6% responderam que quem começa a menstruar antes dos 12 anos apresenta maior risco.

Nesse estudo, foram verificados também, alguns fatores, considerados equivocados acerca dos reais fatores de risco do câncer de mama. Os percentuais de equívocos das mulheres foram: 50% acreditavam que a atividade física não tem efeito no desenvolvimento da doença; 49,9% que o tabagismo ativo ou passivo pode causar câncer de mama; 32,7% que usar muita roupa preta, especialmente roupas íntimas pretas, aumenta o risco de câncer de mama; 28,7% responderam que mulheres sem filhos tem menor chance de desenvolver o câncer de mama do que mulher com filhos. O uso de desodorante como fator que aumenta o risco de desenvolver o câncer de mama foi citado por 22,8% das participantes, 19,3% acreditam que mulheres com menos de 40 anos não precisam se preocupar com o desenvolvimento de câncer de mama, 11,3% citaram que beber chás em excesso aumenta o risco e 5,4% responderam que a amamentação predispõe ao câncer de mama.

Observaram-se associações positivas entre o nível de conhecimento dos fatores de risco e escolaridade ( $p < 0,001$ ) e renda familiar média ( $p = 0,01$ ), indicando que as mulheres

com ensino superior e renda elevada tiveram um nível significativamente maior de consciência sobre os fatores de risco. Tendências semelhantes, também foram observadas quando comparada a pontuação de equívocos com a renda e nível de escolaridade. A pontuação média para o conhecimento geral dos fatores de risco foi de  $2,84 \pm 2,53$  de um máximo de 13. O grupo de consciência elevada, composto 30% da amostra com maior pontuação apresentou um escore mínimo de 4,5. A regressão logística múltipla foi aplicada a este grupo e observou-se que o nível de educação e renda dos indivíduos eram as principais variáveis estatisticamente significativas associadas com alto nível de consciência (SOBANI et al., 2012).

A fim de desenvolver um modelo socioeconômico e cultural adequado para melhorar o tratamento do câncer de mama em Gana, Opoku, Benwell e Yarney (2012), realizaram um estudo qualitativo-quantitativo, que explorou o conhecimento do câncer de mama e das práticas preventivas. Nesse estudo, realizado com 474 mulheres, com idade entre 40 e 70 anos, observou-se um déficit de conhecimento sobre o câncer de mama, evidenciado a partir da desvalorização dos fatores de risco e do alto nível de desinformação apresentado pelas participantes. Apenas 8,2% e 1,7% mencionaram a idade avançada e a menarca precoce, respectivamente como fatores de risco para o CM. Outros fatores mencionados incluem fumar (10,5%), consumir bebidas alcoólicas (6,3%), exposição à radiação (5,1%) e não amamentar (8,6%). Informação importante mencionada por 20% das entrevistadas foi que moedas colocadas nos sutiãs, podem aumentar o risco da doença. O estudo encontrou uma fraca correlação entre os níveis de escolaridade e conhecimento acerca da doença. Apenas os níveis mais elevados de escolaridade foram correlacionados com níveis mais altos de conhecimento sobre a doença ( $p < 0,001$ ).

Yan (2009) desenvolveu um estudo com uma amostra de 496 mulheres de Hong Kong, com 20 anos ou mais de idade, cujo objetivo foi analisar o conhecimento dos fatores de risco do câncer de mama e empregou o Modelo de Crenças em Saúde para analisar as percepções e barreiras para o rastreamento do câncer de mama. Observou-se que a maioria das entrevistadas considerou a história familiar de câncer de mama (70,8%) e história anterior de problemas benignos na mama (77,0%) como fatores de risco para a doença. Donas de casa em tempo integral ( $\chi^2 = 16,46$ ,  $gl = 8$ ,  $p = 0,03$ ) e as mulheres com o ensino superior ( $\chi^2 = 17,33$ ,  $gl = 4$ ,  $p = 0,00$ ) foram mais propensas a reconhecer história familiar de câncer de mama como um fator de risco para a doença.

A terapia de reposição hormonal foi mencionada por 54% das entrevistadas, sendo que as aposentadas ( $\chi^2 = 42,12$ ,  $gl = 8$ ,  $p = 0,00$ ) foram mais propensas a concordar com este fator

de risco. Mais de 40% das mulheres mostraram não ter certeza em relação à menarca precoce, menopausa tardia, não ter filhos e uso de contraceptivos orais como fatores de risco para o câncer de mama, e não foram encontradas associações entre essas respostas e as características demográficas. Todas as mulheres mostraram não ter certeza de que a idade é um importante fator de risco para o câncer de mama. Apenas 11,3% das entrevistadas responderam que não amamentar é fator de risco. Duas entrevistadas mencionaram a emoção ou o estresse como possíveis fatores de risco para a doença.

Com relação à percepção da suscetibilidade, a maioria das mulheres acreditava que o câncer de mama é inevitável (72,0%) e 44,1% estavam preocupadas em contrair a doença. As mulheres, com menos de 29 anos ( $F = 2,79$ ,  $p = 0,17$ ), estudantes ( $F = 0,67$ ,  $p = 0,00$ ), com renda mensal maior que HK\$ 50.000 ( $F = 2,91$ ,  $p = 0,01$ ) e ensino superior ( $F = 3,80$ ,  $p = 0,02$ ) acreditavam ter menor vulnerabilidade de contrair a doença. Quanto à percepção da severidade, a maioria considerou o câncer de mama como uma doença grave (79,8%) e 93,0% sabiam que a doença era curável, quando detectado precocemente. Escores de gravidade percebidos diferiu significativamente entre os grupos de idade ( $F = 9,28$ ,  $p = 0,00$ ), educação ( $F = 24,51$ ,  $p = 0,00$ ) e de emprego ( $F = 6,26$ ,  $p = 0,00$ ). As mulheres que tinham menos de 29 anos de idade, estudantes e tinham nível universitário, tendo as pontuações mais baixas, tendiam a não considerar o câncer de mama como uma doença grave.

Lee-Lin e colaboradores (2007), realizaram um estudo com 100 mulheres de 40 ou mais anos, imigrantes chinesas nos Estados Unidos, com o objetivo de explorar o conhecimento e as crenças (fatores de risco, percepção da susceptibilidade, benefícios e barreiras) em relação às práticas de detecção precoce do câncer de mama nestas mulheres. O escore médio de conhecimento foi de 4,64 (DP = 2,16), o que significa que as participantes responderam corretamente em média 5 de 11 questões. Entre estas questões, 62% responderam que ter um parente próximo com câncer de mama aumenta o risco de ter a doença e 60% sabiam que ter um tumor mamário anterior também é um fator de risco. O excesso de peso foi reconhecido por 26% das entrevistadas como fator de risco do câncer de mama e 36% dessas mulheres sabiam que o risco de desenvolver câncer de mama aumenta com a idade. A maior parte (73%) acredita que mulheres com câncer de mama quase sempre precisam retirar a mama, 10% responderam que quando um nódulo mamário é descoberto, na maioria das vezes não se trata de câncer. Referente à mamografia 77% reconheceram que mulheres da sua idade devem realizar mamografia anualmente e 2% relataram que uma mamografia era necessária quando ocorrem sintomas. Em relação ao conhecimento dos fatores de risco, as mulheres acreditavam que ter um histórico familiar de câncer de mama



(88%), estresse (82%), meio ambiente (64%) e ter 50 anos ou mais (58%) pudessem contribuir para os seus riscos de desenvolver câncer de mama. Elas também relataram que aleitamento materno (64%) e ter uma atitude mental positiva (55%) diminuiriam seus riscos de ter câncer de mama.

### *2.7 Estudos nacionais acerca do conhecimento dos fatores de risco e sinais e sintomas do câncer de mama*

Na literatura nacional foram encontrados apenas três artigos que abordam a temática do conhecimento, percepções e crenças das mulheres acerca do câncer de mama, sendo um realizado na região Centro-Oeste e dois na região Sudeste, no Estado de São Paulo.

No município de Dourados, MS, foi realizado um estudo com 393 mulheres na faixa etária entre 40 e 69 anos, usuárias de um Programa de Estratégia de Saúde da Família, que teve como objetivo investigar o conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama. Observou-se que quase metade das participantes (45,8%) não conhecia nenhum fator de risco para o câncer de mama. O conhecimento de pelo menos um fator de risco para o câncer de mama mostrou-se associado com história familiar da doença ( $p=0,004$ ) e tempo de estudo ( $p=0,01$ ) (BATISTON et al., 2011).

Santos e Chubaci (2011) verificaram o conhecimento que as mulheres idosas, frequentadoras de centros de convivência, têm sobre o câncer de mama. Com relação ao conhecimento dos fatores de risco para o câncer de mama, 71,4% das entrevistadas afirmaram conhecer algum sintoma da doença e 28,6% responderam não conhecer. Verificou-se uma associação significativa entre realizar mamografia rotineiramente e conhecimento dos sintomas do câncer de mama ( $p = 0,047$ ).

Em um hospital de ensino do interior de São Paulo, foi realizado um estudo com 30 mulheres, familiares de pacientes com câncer de mama. Com relação ao conhecimento dos fatores de risco para o câncer de mama, foi perguntado às participantes se elas sabiam quais eram estes fatores, sendo que 46% responderam um fator, 27% citaram mais de um fator e outras 27% informaram não conhecer nenhum fator de risco para o câncer de mama. Algumas mulheres responderam que pancada no seio, falta de acompanhamento médico e estresse são fatores de risco para a doença. Neste estudo, concluiu-se que o conhecimento das familiares de mulheres em tratamento quimioterápico para o câncer de mama acerca dos fatores de risco da doença é baixo (OMOBINI et al., 2011).

Estes achados refletem o desconhecimento das mulheres acerca do câncer de mama e a escassez de pesquisas nacionais que abordem o conhecimento, as crenças das mulheres sobre a doença. Destaca-se a necessidade da realização de pesquisas que avaliem a temática em todo o Brasil e, em especial, na região Norte por não terem sido encontrados estudos com este objetivo.

***PERGUNTA DE PESQUISA***

### **3 PERGUNTA DE PESQUISA**

Qual o conhecimento e as crenças sobre o câncer de mama em mulheres acima de 40 anos, em Rio Branco, AC?

***JUSTIFICATIVA***

#### **4 JUSTIFICATIVA**

Muitos estudos relacionados à etiologia do câncer de mama e seus sinais e sintomas têm sido realizados. Entretanto, dos estudos sobre o conhecimento das mulheres acerca dos fatores de risco e sinais e sintomas do câncer de mama, a grande maioria foi desenvolvido entre grupos de mulheres já acometidas pela doença ou em categorias de profissionais da saúde ou em grupos de universitários, sendo que esses grupos apresentam um maior acesso a informação acerca da doença. São escassas as pesquisas que abordam o conhecimento e as crenças acerca da doença, tendo como referência as mulheres em geral.

O conhecimento e as crenças sobre o câncer de mama estão relacionados entre outros aspectos, às questões culturais, sendo relevante que esses estudos sejam aplicados em diferentes regiões. No município de Rio Branco e no Estado do Acre são escassas as pesquisas sobre o câncer de mama, assim como não foram encontrados estudos que avaliem o conhecimento e as crenças das mulheres acerca da doença, tornando relevante e inédito o desenvolvimento deste trabalho.

Essa pesquisa poderá contribuir para melhoria dos programas de saúde da mulher em Rio Branco, Acre, pois acredita-se que compreender o conhecimento das mulheres sobre os fatores de risco/sinais e sintomas do câncer de mama e as crenças relacionadas aos fatores que influenciam no desenvolvimento da doença podem contribuir para definição de ações a serem adotadas quanto às práticas preventivas e de detecção precoce da doença.

***OBJETIVOS***

## 5 OBJETIVOS

### *5.1 Objetivo geral*

- Avaliar o conhecimento e as crenças sobre o câncer de mama em mulheres com 40 anos ou mais no município de Rio Branco, AC.

### *5.2 Objetivos específicos*

- Caracterizar as variáveis sociodemográficas, reprodutivas e de assistência à saúde na população de estudo;

- Verificar o conhecimento dos fatores de risco/sinais e sintomas do câncer de mama e as crenças sobre os fatores que influenciam no desenvolvimento do câncer de mama em mulheres de 40 anos ou mais;

- Caracterizar as variáveis relacionadas às experiências e compreensões das mulheres de 40 anos ou mais acerca do câncer de mama;

- Analisar a associação das variáveis sociodemográficas, reprodutivas, de assistência à saúde e relacionadas às experiências e compreensões das mulheres ao conhecimento quanto aos fatores de risco/sinais e sintomas do câncer de mama;

- Analisar a associação das variáveis sociodemográficas, reprodutivas, de assistência à saúde e relacionadas às experiências e compreensões das mulheres às crenças sobre os fatores que influenciam no desenvolvimento do câncer de mama.



# ***MATERIAL E MÉTODOS***

---

## 6 MATERIAL E MÉTODOS

Este projeto é um subprojeto do estudo matriz denominado “*Estudo sobre conhecimentos, atitudes e práticas de Saúde da Mama em mulheres no Brasil*”, implementado sob a coordenação do professor Dr. Sérgio Koifman do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente, da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre.

### 6.1 Delineamento do estudo e população

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional realizado no município de Rio Branco, Estado do Acre.

A população do estudo foi selecionada a partir do plano amostral, do “Inquérito de saúde e nutrição de crianças e adultos de Rio Branco - Acre”, desenvolvido nos anos de 2007 e 2008, no qual a amostragem foi realizada por conglomerados em dois estágios de seleção. No primeiro estágio, foram selecionados os setores censitários. Utilizando como unidade amostral primária os 250 setores censitários delimitados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, <http://www.ibge.gov.br>) para o *Censo Demográfico* do ano 2000, foram selecionados 35 setores censitários, também utilizados pela *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD) no ano de 2006. No segundo estágio de seleção, foram sorteados 25 domicílios de cada setor selecionado, resultando em 875 domicílios. Para suprir eventuais perdas e recusas, foram selecionados 15% de domicílios a mais, totalizando 977 domicílios, que representam a população geograficamente distribuída no município de Rio Branco.

A partir do plano amostral desse inquérito, foi realizado um recorte dos domicílios onde residiam mulheres com 40 anos ou mais, gerando uma amostra estimada de 470 domicílios, com aproximadamente 475 mulheres. Sempre que um domicílio selecionado, onde havia uma mulher elegível para o estudo, encontrava-se fechado, ou a moradora não estava em casa, a entrevistadora retornava à residência, em dias e horários diferentes. Foram realizadas ao menos três tentativas de entrevista em cada domicílio selecionado. Nos casos, em que não foram encontradas mulheres com 40 anos ou mais no domicílio selecionado, devido a mudança de endereço ou falecimento, a entrevistadora visitou a residência adjacente e assim sucessivamente, até encontrar participante que atendessem aos critérios de inclusão.

Nos domicílios onde residiam mais de uma mulher atendendo aos critérios de inclusão, todas foram convidadas a participar da pesquisa.

A amostra foi composta por 478 mulheres com 40 anos ou mais, abrangendo 35 setores censitários, sendo 31 setores urbanos e 4 setores rurais do município de Rio Branco, Acre.

### *6.2 Critérios de inclusão*

Foram incluídas na pesquisa mulheres de 40 anos ou mais, independente de terem ou não histórico pessoal e/ou familiar de câncer de mama.

### *6.3 Critérios de exclusão*

Foram excluídas da amostra mulheres sem condições de responder e/ou compreender o questionário.

### *6.4 Teste piloto*

O teste piloto teve como objetivo avaliar a compreensão do questionário pelas participantes, mensurar o tempo empregado para sua aplicação e adequar o instrumento de coleta de dados.

Durante o teste piloto, o questionário foi aplicado em 28 mulheres com 40 anos ou mais, hospedadas na Casa de Apoio Amigos do Peito, acompanhantes de mulheres atendidas na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), do Hospital das Clínicas do Rio Branco, Acre. As entrevistas duraram em média 30 minutos.

### *6.5 Coleta de dados*

Para a coleta dos dados foram selecionadas entrevistadoras, do sexo feminino, estudantes dos cursos de graduação em Enfermagem e Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre e enfermeiras. As entrevistadoras foram devidamente treinadas, com a finalidade de padronizar a coleta de dados, elucidando dúvidas e eliminando quaisquer discrepâncias na abordagem das questões. As equipes de entrevistadoras receberam um mapa de cada setor censitário em que deviam trabalhar, com o endereço, nome e telefone de cada

entrevistada. Receberam ainda fichas, para registrar as residências onde não moravam mais as mulheres anteriormente catalogadas, e os motivos das substituições destas quando ocorriam. Visando o controle de qualidade da coleta de dados foram realizados encontros semanais da equipe, com o objetivo de elucidar dúvidas e reforçar o treinamento dado às entrevistadoras. Além disso, cada entrevistadora foi acompanhada pela pesquisadora, em diferentes etapas da coleta dos dados.

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário semi-estruturado, elaborado por pesquisadores da *American Cancer Society*, traduzido e retraduzido para o português, que avalia o conhecimento, as atitudes e as práticas de saúde das mamas nas mulheres. O instrumento é distribuído em módulos que contemplam informações sobre as características sociodemográficas; exposições ambientais e características reprodutivas; atenção/assistência de saúde; histórico de câncer e conhecimentos, crenças e atitudes acerca do câncer de mama, incluindo conhecimento dos fatores de risco, sinais e sintomas, práticas de detecção precoce entre outros. O questionário foi aplicado durante a visita aos domicílios selecionados, no período de julho de 2012 a março de 2013.

Para a realização deste estudo foram selecionadas as seguintes variáveis:

#### *Variáveis Dependentes*

- Conhecimento sobre o câncer de mama: avaliado através do escore de conhecimento dos fatores de risco e sinais e sintomas.

Para cada fator de risco avaliado, foi construído um escore de acertos, que variou de zero a dois pontos. Foi atribuída a pontuação zero as que responderam que o referido fator não aumentava as chances de uma mulher desenvolver câncer de mama, um às que acreditavam que aumentava um pouco as chances e dois às que responderam que o fator aumentava muito as chances de desenvolver o câncer de mama. Os fatores de risco investigados foram: idade avançada, não ter filhos, não amamentar no peito, uso de terapia de reposição hormonal, uso de anticoncepcionais orais, história de familiares com câncer, peso acima do normal, não praticar muito exercício físico, alimentação rica em gorduras, não consumir muitas frutas e verduras, consumo frequente de bebidas alcoólicas e exposição à radiação eletromagnética.

Para os sinais e sintomas, o escore de acertos também variou de zero a dois pontos. Foi atribuída a pontuação zero às que responderam que a ocorrência citada não se tratava de um sinal ou sintoma do câncer de mama, a pontuação um àquelas que responderam não saber se era ou não um sinal ou sintoma da doença e dois às que acreditavam se tratar de um sinal ou

sintoma do câncer de mama. Foram avaliados o conhecimento acerca dos seguintes sinais e sintomas: nódulo ou caroço na mama; descoloração, urticária, ou afundamento da pele da mama ou dos mamilos; dor na mama sem relação com a menstruação; retração mamilar; secreção do mamilo; mudança no tamanho e na forma da mama.

- Crenças acerca do câncer de mama: avaliado através do escore de fatores que não contribuem para o desenvolvimento do câncer de mama, considerados crenças das mulheres sobre a doença.

Foi construído um escore de respostas, que variou de zero a dois. A pontuação zero foi atribuída às mulheres que acreditavam que o fator questionado não aumentava as chances de uma mulher desenvolver câncer de mama, um às que responderam que aumentava um pouco as chances e dois às que acreditavam que o fator aumentava muito as chances de desenvolver o câncer de mama. As mulheres foram questionadas acerca dos seguintes fatores: pancada no seio; muitos parceiros sexuais; conservantes nos alimentos; alimentos transgênicos; estresse; depressão, raiva ou amargura; decepção pessoal; sexo oral e usar sutiã com arames.

### *Variáveis independentes*

#### *Sociodemográficas*

- Local de residência: categorizado em zona urbana e zona rural do município de Rio Branco, Acre.

- Idade: coletada de forma contínua; posteriormente estratificada em 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69 e 70 anos ou mais.

- Escolaridade: a informação foi obtida de forma contínua (anos que frequentou a escola) e de forma categórica (não foi à escola; ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo; ensino médio incompleto; ensino médio completo; superior incompleto e superior completo). Com estas informações foi dividida nas categorias de 0 a 8; de 9 a 12 e mais de 12 anos de estudo.

- Estado civil: no instrumento apresentava-se em cinco categorias (solteira; casada/vive junto; viúva; divorciada/separada; outro) que foram dicotomizadas em mulheres sem companheiro e mulheres com companheiro.

#### *Reprodutivas*

- Gravidez: classificada a partir do histórico de gravidez em sim ou não.

- Amamentação por mais de um mês: categorizado em sim ou não segundo a prática de amamentar os filhos por mais de um mês.

- Estado menopausal: categorizado em sim ou não a partir da informação de estar na menopausa (com amenorreia há pelo menos um ano) ou não (estar com ciclo menstrual presente).

- Fez terapia de reposição hormonal: classificado em mulheres que realizaram a terapia de reposição hormonal alguma vez na vida e mulheres que não realizaram a reposição (sim/não).

#### *Assistência à saúde*

- Realização de exame Papanicolau: categorizado em sim ou não a partir da informação de terem realizado o exame preventivo para câncer de colo do útero alguma vez na vida.

- Tipos de serviço de saúde utilizados: categorizado em mulheres que utilizam somente o Sistema Único de Saúde (SUS) e mulheres que utilizam a assistência particular ou ambos (somente SUS/ não SUS ou misto).

- Consulta ginecológica nos últimos 2 anos: classificado em mulheres que realizaram consulta ginecológica nos últimos dois anos e mulheres que não realizaram (sim/ não).

#### *Experiências e compreensões*

Foram coletadas as informações referentes às experiências e compreensões das mulheres acerca do câncer de mama, por meio das seguintes questões:

- “*Alguém de sua família ou aparentado já teve câncer de mama alguma vez?*” Categorizada em sim ou não.

- “*Qual é a probabilidade da Sra desenvolver o câncer de mama no futuro? A Sra diria que sua chance de ter câncer de mama é muito baixa, baixa, moderada, alta ou muito alta*”. Foram agrupadas as respostas muito baixa e baixa; e muito alta e alta. Para análise dos dados, esta variável foi categorizada em baixa, moderada ou alta.

- “*Se a Sra tivesse câncer de mama, gostaria de saber?*” Categorizada em sim ou não.

- “*A Sra acredita que uma mulher que não tem parentes com câncer de mama poderá desenvolver a doença?*” Categorizada em sim ou não.

- “*Qual é a probabilidade de alguém que tem câncer de mama vir a falecer? A Sra diria que é muito pouco provável, pouco provável, provável ou a doença é fatal?*”. Foram

agrupadas as respostas muito pouco provável e pouco provável, tendo a categorização final, três níveis: pouco provável, provável ou a doença é fatal.

- *“Até que ponto a Sra acredita que o diagnóstico precoce do câncer de mama influenciará as chances de uma mulher sobreviver ao câncer de mama? Nada, pouco ou muito?”* Esta variável foi dicotomizada em muito; e nada ou pouco.

- *“A Sra acredita que pode ter câncer de mama sem ter um tumor ou nódulo no seio?”* Categorizada em sim ou não.

- *“Se uma mulher achar um nódulo ou caroço na mama, a senhora diria que quais são as chances de ser câncer de mama?”* Categorizada em alta, moderada ou baixa.

### 6.6 Plano de Análise Estatística

Após as entrevistas, foi realizada a codificação apropriada de cada uma das variáveis e elaborado um banco de dados contendo um dicionário com estas codificações. Os dados foram duplamente digitados, para serem feitas comparações na busca de eventuais inconsistências durante a alimentação do banco de dados.

Foram considerados como desfechos, o conhecimento dos fatores de risco/sinais e sintomas e a crença das mulheres acerca do câncer de mama, compostos pelos escores das perguntas referentes a cada um desses domínios (Anexo A). Os escores dos desfechos foram avaliados de forma contínua e posteriormente foram categorizados. Para composição do desfecho conhecimento de forma contínua foi calculado o escore das perguntas sobre o conhecimento dos fatores de risco/sinais e sintomas, que variou de 0 a 36 pontos. E para a composição do desfecho crença de forma contínua foi calculado o escore das perguntas referente às crenças relativas aos fatores etiológicos do câncer de mama, que variou de 0 a 18 pontos.

Visando categorizar as variáveis de desfecho utilizou-se como ponto de corte o tercil, sendo o conhecimento baixo definido pelo primeiro tercil (< 16 pontos), o conhecimento intermediário pelo segundo tercil (de 16 até 22 pontos) e o conhecimento alto pelo terceiro tercil (> 22 pontos). Em relação às crenças, o grau de crença baixo foi definido por menos que 7 pontos (primeiro tercil), grau de crença intermediária entre 7 e 11 pontos (segundo tercil) e grau de crença alto superior a 11 pontos (terceiro tercil).

Posteriormente, foi criada uma variável dicotômica em que se classificaram o conhecimento em alto e intermediário/baixo. Da mesma forma, para análise das crenças, foi criada uma variável dicotômica, onde se classificaram a crença em alta e intermediária/baixa.

### 6.6.1 Análise de dados

Utilizou-se o software *Microsoft Office Excell 2010*® para elaboração do banco de dados e posteriormente para realização das análises, os dados foram importados para o software *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS) versão 20.0.

Na análise dos dados foi realizada inicialmente a distribuição das frequências das variáveis de desfecho do estudo. Em seguida, para verificar a correlação entre as variáveis independentes categóricas e os desfechos contínuos (escore de conhecimento; escore de crenças) foi realizada a comparação de médias através do teste *t de Student* para amostras independentes. Para os desfechos dicotomizado (conhecimento alto versus intermediário/baixo; crença alta versus intermediária/baixa) foi realizado o teste qui-quadrado de Pearson. Foram exploradas as associações entre as variáveis independentes e as variáveis desfechos com nível de significância de 5%.

Realizou-se a regressão linear simples com o objetivo de avaliar o efeito das variáveis independentes sobre os escores de conhecimento e crenças. Em seguida, procedeu-se a regressão linear múltipla, sendo os ajustes realizados pelas variáveis idade e escolaridade.

Visando estimar as razões de chances brutas e ajustadas, e seus respectivos intervalos de confiança 95%, foi utilizada a regressão logística não-condicional, para ambos os desfechos (alto conhecimento dos fatores de risco/sinais e sintomas e alta crença). Os ajustes foram realizados pelas variáveis idade e escolaridade.

### 6.7 Aspectos éticos

A pesquisa obedeceu às questões éticas de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o projeto matriz foi aprovado em 03/11/2010 pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP, sob Protocolo nº 210/10, CAAE 0213.0.031.000-10 (Anexo C). Para todas as entrevistadas foi garantido o direito de não participação no estudo bem como lhes foi assegurado o sigilo das informações coletadas. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B) em duas vias.



***RESULTADOS***

## 7 RESULTADOS

A amostra foi composta por 478 mulheres com 40 anos ou mais (média =  $55,6 \pm 11,07$  anos), sendo que a faixa etária mais frequente foi a de 40 a 49 anos (35,6%). A maior parte das entrevistadas residia na zona urbana (93,1%) e 10,3% cursaram mais de 12 anos de estudo. O percentual de mulheres com e sem companheiro foi de aproximadamente 50% respectivamente.

A grande maioria (96,7%) apresentou histórico de gravidez e 90,8% amamentaram seus filhos por mais de um mês. Cerca de 75% da amostra estava na menopausa, e destas, 77,6% não fizeram terapia de reposição hormonal. Quanto à realização de exame preventivo do colo uterino, 9,2% referiram nunca ter realizado. A utilização exclusiva do Sistema Único de Saúde (SUS) foi mencionada por 66,5% das participantes e 60,3% referiu ter consultado ginecologista nos últimos dois anos.

Cerca de 11,0% das mulheres responderam que convive com alguém que teve ou tem câncer de mama. Dentre as entrevistadas, 9,5% acreditavam ter uma probabilidade alta de desenvolver a doença e 7,6% não gostaria de saber, caso tivesse câncer de mama. A maioria (90,5%) respondeu que mulher sem parentes com câncer de mama pode desenvolver a doença. Um percentual de 84% das entrevistadas acredita que o diagnóstico precoce influencia na chance de uma mulher sobreviver ao câncer de mama, porém 24,2% responderam que a doença é fatal. Aproximadamente 51% das entrevistadas acreditavam que uma mulher pode ter câncer de mama sem ter um tumor ou nódulo no seio e 32,1% mencionaram ser alta a chance de ser câncer de mama se uma mulher encontrar um nódulo no seio.

O escore médio de conhecimento dos fatores de risco e sinais e sintomas do câncer de mama foi de  $19,23 \pm 6,66$  pontos (mediana 19 pontos, primeiro quartil 15 pontos e terceiro quartil 24 pontos). O percentual de mulheres que reconheceram a idade avançada como fator que aumenta o risco de desenvolver a doença foi de 51,5%, sendo que apenas 28,6% acreditavam que aumenta muito o risco. A história familiar de câncer foi o fator de risco mais conhecido das entrevistadas (80,8%), enquanto que os fatores menos conhecidos foram não ter filhos (44,7%) e não praticar muito exercício físico (46,9%). A maior parte das mulheres sabia que nódulo ou caroço na mama (76,1%) e apresentar secreção no mamilo (72,6%) podem ser sinais de câncer de mama e 30,8% das participantes acreditavam que a inversão mamilar pode ser um sinal da doença (Tabela 1).

**Tabela 1** – Distribuição do conhecimento dos fatores de risco e dos sinais e sintomas do câncer de mama em mulheres com 40 ou mais anos do município de Rio Branco – AC, 2012 e 2013.

Conhecimento			
Fator de risco	Não (%)	Um pouco (%)	Muito (%)
<b>Idade avançada aumenta o risco de câncer de mama?</b>	230 (48,4)	109 (22,9)	136 (28,6)
<b>Não ter filhos aumenta o risco de câncer de mama?</b>	262 (55,3)	113 (23,8)	99 (20,9)
<b>Não amamentar no peito aumenta o risco de câncer de mama?</b>	200 (42,0)	116 (24,4)	160 (33,6)
<b>Fazer Terapia de Reposição Hormonal aumenta o risco de câncer de mama?</b>	225 (47,2)	78 (16,4)	174 (36,5)
<b>Usar anticoncepcionais orais aumenta o risco de câncer de mama?</b>	198 (41,6)	108 (22,7)	170 (35,7)
<b>História de familiares com câncer aumenta o risco de câncer de mama?</b>	91 (19,1)	94 (19,7)	291 (61,1)
<b>Ter peso acima do normal aumenta o risco de câncer de mama?</b>	233 (48,9)	117 (24,6)	126 (26,5)
<b>Não praticar muito exercício físico aumenta o risco de câncer de mama?</b>	253 (53,2)	135 (28,4)	88 (18,5)
<b>Alimentação rica em gorduras aumenta o risco de câncer de mama?</b>	151 (31,6)	99 (20,7)	228 (47,7)
<b>Não consumir muitas frutas e verduras aumenta o risco de câncer de mama?</b>	167 (35,2)	150 (31,6)	158 (33,3)
<b>Consumir bebidas alcoólicas frequentemente aumenta o risco de câncer de mama?</b>	155 (32,4)	110 (23,0)	213 (44,6)
<b>Exposição à radiação eletromagnética aumenta o risco de câncer de mama?</b>	201 (42,2)	85 (17,9)	190 (39,9)
Sinais e sintomas	Não	Sim	Não sei
<b>Nódulo ou caroço na mama pode ser um sinal ou sintoma de câncer de mama?</b>	100 (21,0)	363 (76,1)	14 (2,9)
<b>Descoloração, urticária ou afundamento da pele da mama ou dos mamilos pode ser um sinal ou sintoma de câncer de mama?</b>	133 (27,9)	270 (56,7)	73 (15,3)
<b>Dor na mama sem relação com a menstruação pode ser um sinal ou sintoma de câncer de mama?</b>	123 (25,7)	314 (65,7)	41 (8,6)
<b>Mamilo virado para dentro pode ser um sinal ou sintoma de câncer de mama?</b>	172 (36,0)	147 (30,8)	159 (33,3)
<b>Apresentar secreção no mamilo pode ser um sinal ou sintoma de câncer de mama?</b>	84 (17,6)	347 (72,6)	47 (9,8)
<b>Apresentar mudança no tamanho e na forma da mama pode ser um sinal ou sintoma de câncer de mama?</b>	137 (28,7)	279 (58,4)	62 (13,0)

A tabela 2, apresenta o escore médio de conhecimento dos fatores de risco/sinais e sintomas, a partir das características sociodemográficas, reprodutivas, de assistência à saúde e quanto às experiências e compreensões das mulheres. As entrevistadas que residiam na zona urbana do município, apresentaram média de conhecimento superior às que residiam na zona rural, porém sem diferença estatisticamente significativa. Quanto à idade, as mulheres com 70 anos ou mais apresentaram menor média de conhecimento em comparação às mulheres de outras faixas etárias, com diferenças estatísticas entre os grupos. Mulheres que realizaram exame Papanicolau e as que tiveram consulta ginecológica nos últimos 2 anos apresentaram um conhecimento significativamente maior.

As entrevistadas que referiram ter alta probabilidade de desenvolver câncer de mama apresentaram conhecimento significativamente maior em comparação às que acreditam ter probabilidade baixa e moderada. Mulheres que gostariam de saber caso tivessem câncer, apresentaram conhecimento significativamente superior em relação as que não gostariam. Quanto à probabilidade de quem tem câncer de mama vir a falecer, observou-se uma relação positiva de que quanto maior a probabilidade referida, maior o conhecimento apresentado, com diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de comparação. As entrevistadas que acreditavam que podem ter câncer de mama sem ter um tumor ou nódulo no

seio e as que acreditavam ser alta a chance de ser câncer de mama se uma mulher achar um nódulo no seio apresentaram conhecimento significativamente superior.

**Tabela 2** – Escore médio de conhecimento dos fatores de risco/sinais e sintomas, a partir das características sociodemográficas, reprodutivas, de assistência à saúde e quanto às experiências e compreensões acerca do câncer de mama, em mulheres de 40 ou mais anos no município de Rio Branco – AC, 2012 e 2013.

Variáveis	N (%)	Conhecimento	
		Média (DP)	P-valor
<b>Setor</b>			
Urbano	445 (93,1)	19,33 (6,655)	0,208
Rural	33 (6,9)	17,77 (6,607)	
<b>Idade</b>			
40 a 49	170 (35,6)	19,53 (6,432)	0,026
50 a 59	143 (29,9)	19,95 (6,327)	
60 a 69	103 (21,5)	19,05 (6,632)	
≥70	62 (13,0)	16,90 (7,679)	
<b>Escolaridade (anos)</b>			
0-8	285 (59,6)	19,25 (6,886)	0,283
9-12	144 (30,1)	18,75 (6,494)	
>12	49 (10,3)	20,53 (5,633)	
<b>Estado Marital</b>			
Sem companheiro	240 (50,3)	18,70 (6,737)	0,096
Com companheiro	237 (49,7)	19,73 (6,533)	
<b>Gravidez</b>			
Sim	462 (96,7)	19,17 (6,591)	0,279
Não	16 (3,3)	21,00 (8,319)	
<b>Amamentação por mais de 1 mês</b>			
Sim	416 (90,8)	19,06 (6,563)	0,228
Não	42 (9,2)	20,37 (6,796)	
<b>Menopausa</b>			
Sim	356 (74,5)	19,22 (6,743)	0,971
Não	122 (25,5)	19,25 (6,416)	
<b>Fez terapia de reposição hormonal</b>			
Sim	107 (22,4)	19,33 (6,386)	0,883
Não	370 (77,6)	19,22 (6,741)	
<b>Realizou Papanicolau</b>			
Sim	434 (90,8)	19,49 (6,594)	0,008
Não	44 (9,2)	16,64 (6,803)	
<b>Tipo de serviço de saúde utilizado</b>			
Somente SUS	317 (66,5)	19,25 (6,778)	0,934
Não SUS ou misto	160 (33,5)	19,20 (6,450)	
<b>Consulta ginecológica nos últimos 2 anos</b>			
Sim	286 (60,3)	19,99 (6,326)	0,001
Não	188 (39,7)	17,95 (6,926)	
<b>Convive com alguém que teve ou tem câncer de mama</b>			
Sim	53 (11,1)	19,94 (5,511)	0,412
Não	425 (88,9)	19,14 (6,787)	
<b>Probabilidade de desenvolver câncer de mama</b>			
Baixa	298 (65,6)	19,09 (6,761)	0,007
Moderada	113 (24,9)	18,66 (6,676)	
Alta	43 (9,5)	22,33 (5,577)	
<b>Se tivesse câncer de mama gostaria de saber</b>			
Sim	439 (92,4)	19,40 (6,596)	0,032
Não	36 (7,6)	16,85 (6,894)	
<b>Mulher sem parentes com câncer de mama pode desenvolver câncer de mama</b>			
Sim	427 (90,5)	19,33 (6,528)	0,580
Não	45 (9,5)	18,67 (7,755)	
<b>Probabilidade de quem tem câncer de mama vir a falecer</b>			
Doença fatal	114 (24,2)	20,23 (6,752)	0,059
Provável	200 (42,5)	19,49 (6,658)	
Pouco provável	157 (33,3)	18,32 (6,469)	
<b>Acredita que o diagnóstico precoce influencia na chance de sobreviver</b>			
Muito	398 (84,0)	18,97 (6,471)	0,137
Nada ou pouco	76 (16,0)	20,39 (7,520)	
<b>Acredita que pode ter câncer de mama sem ter um tumor ou nódulo no seio</b>			
Sim	232 (50,9)	20,19 (6,716)	0,001
Não	224 (49,1)	18,11 (6,570)	
<b>Chance de ser um câncer de mama se uma mulher achar um nódulo no seio</b>			
Alta	151 (32,1)	21,52 (6,532)	<0,001
Moderada	259 (55,0)	18,10 (6,480)	
Baixa	61 (13,0)	18,77 (6,382)	

Diferenças de valores se devem a dados faltosos (não respostas)

Foi realizada a Regressão Linear Bruta e Ajustada, para avaliar o efeito das variáveis independentes sobre os escores de conhecimento. As variáveis correlacionadas ao conhecimento, que apresentaram significância estatística, na análise univariada foram: idade, realização de exame Papanicolau, consulta ginecológica nos últimos dois anos, probabilidade de desenvolver câncer de mama, se tivesse câncer de mama gostaria de saber, probabilidade de quem tem câncer de mama vir a falecer, acredita que pode ter câncer de mama sem ter um tumor ou nódulo no seio e chance de ser câncer se uma mulher achar um nódulo no seio. Após ajuste por idade e escolaridade, todas as variáveis mantiveram a significância estatística, exceto a variável probabilidade de desenvolver câncer de mama. A variável acredita que o diagnóstico precoce influencia na chance de sobreviver, que não apresentou significância estatística na análise univariada, passou a apresentar após o ajuste. O conhecimento dos fatores de risco e sinais e sintomas esteve negativamente relacionado a idade, de modo que as mulheres mais velhas apresentaram menor conhecimento. As mulheres que realizaram exame Papanicolau, que tiveram consulta ginecológica nos últimos 2 anos, que responderam que gostariam de saber caso tivessem câncer de mama, que acreditavam ser alta a probabilidade de quem ter câncer vir a falecer, que pode ter câncer de mama sem ter um tumor ou nódulo no seio e aquelas que acreditam ser alta a chance de câncer de mama se uma mulher achar um nódulo no seio, apresentaram maior conhecimento. Quanto àquelas que acreditavam que o diagnóstico precoce influencia na chance de sobreviver à doença, apresentaram menor conhecimento dos fatores de risco e sinais e sintomas do câncer de mama (Tabela 3).

**Tabela 3** – Coeficiente de Regressão Linear bruto e ajustado do conhecimento dos fatores de risco/ sinais e sintomas do câncer de mama em mulheres de 40 ou mais anos no município de Rio Branco – AC, 2012 e 2013.

Variável	Conhecimento		Conhecimento	
	Coefficiente $\beta$ (IC: 95%)	P-valor	Coef $\beta$ ajus.* (IC: 95%)	P-valor
Setor	1,56 (-0,87 – 3,99)	0,208	1,59 (-0,85 – 4,02)	0,20
Idade	-0,06 (-0,12 – -0,01)	<b>0,026</b>	-0,06 (-0,12 – -0,006)	<b>0,031</b>
Escolaridade	0,03 (-0,124 – 0,18)	0,720	0,01 (-0,92 – 0,94)	0,984
Estado Marital	1,03 (-0,18 – 2,24)	0,096	0,84 (-0,39 – 2,07)	0,181
Gravidez	-1,84 (-5,16 – 1,49)	0,279	0,09 (-0,14 – 0,32)	0,453
Amamentação por mais de 1 mês	-1,30 (-3,43 – 0,82)	0,228	1,33 (-3,45 – 0,79)	0,217
Menopausa	-0,03 (-1,43 – 1,37)	0,971	1,21 (-0,46 – 2,89)	0,155
Fez terapia de reposição hormonal	0,11 (-1,35 – 1,57)	0,883	0,36 (-1,11 – 1,83)	0,634
Realizou Papanicolau	2,84 (0,74 – 4,94)	<b>0,008</b>	2,45 (0,28 – 4,62)	<b>0,027</b>
Tipo de serviço de saúde utilizado	-0,05 (-1,34 – 1,23)	0,934	0,13 (-0,66 – 0,93)	0,741
Consulta ginecológica nos últimos 2 anos	2,04 (0,81 – 3,27)	<b>0,001</b>	1,88 (0,57 – 3,20)	<b>0,005</b>
Convive com alguém que teve ou tem câncer de mama	0,80 (-1,12 – 2,73)	0,412	0,77 (-1,15 – 2,69)	0,429
Probabilidade de desenvolver câncer de mama	0,97 (0,02 – 1,92)	<b>0,044</b>	0,85 (-0,09 – 1,81)	0,078
Se tivesse câncer de mama gostaria de saber	2,54 (0,23 – 4,86)	<b>0,032</b>	2,58 (0,27 – 4,89)	<b>0,029</b>
Mulher sem parentes com câncer de mama pode desenvolver câncer de mama	0,67 (-1,39 – 2,72)	0,523	0,46 (-1,62 – 2,53)	0,666
Probabilidade de quem tem câncer de mama vir a falecer	0,97 (0,16 – 1,77)	<b>0,018</b>	1,03 (0,22 – 1,85)	<b>0,013</b>
Acredita que o diagnóstico precoce influencia na chance de sobreviver	-1,43 (-3,11 – 0,26)	0,097	-1,28 (-2,53 – -0,03)	<b>0,045</b>
Acredita que pode ter câncer de mama sem ter um tumor ou nódulo no seio	2,08 (0,84 – 3,32)	<b>0,001</b>	2,12 (0,87 – 3,37)	<b>0,001</b>
Chance de ser câncer de mama se uma mulher achar um nódulo no seio	1,88 (0,94 – 2,81)	<b>&lt;0,001</b>	1,88 (0,95 – 2,81)	<b>&lt;0,001</b>
Escore de Crença	0,86 (0,75 – 0,97)	<b>&lt;0,001</b>	0,85 (0,74 – 0,96)	<b>&lt;0,09</b>

A tabela 4 apresenta a distribuição do conhecimento dos fatores de risco/sinais e sintomas, categorizados em alto, intermediário e baixo, segundo características sociodemográficas, reprodutivas, de assistência à saúde e quanto às experiências e compreensões das mulheres.

De acordo com essa tabela o conhecimento das mulheres foi significativamente diferente entre as que realizaram o exame Papanicolau e as que não realizaram, sendo que as que realizaram apresentaram maior grau de conhecimento. Mulheres que tiveram consulta ginecológica nos últimos dois anos apresentaram maior grau de conhecimento em relação as que não tiveram, com significância estatística.

O conhecimento das mulheres foi significativamente diferente, segundo a variável probabilidade de quem tem câncer de mama vir a falecer, sendo que as que acreditavam que é pouco provável apresentaram menor conhecimento. As que acreditavam que podem ter câncer de mama sem ter um tumor ou nódulo no seio apresentaram maior conhecimento, sendo que um maior percentual de mulheres com alto conhecimento segundo a variável chance de ser câncer de mama se uma mulher achar um nódulo no seio foi observado entre as que acreditavam ser moderada a chance, sendo observada diferença estatisticamente significativa.

**Tabela 4** – Conhecimento dos fatores de risco/sinais e sintomas, categorizados em alto, intermediário e baixo, segundo as características sociodemográficas, reprodutivas, de assistência à saúde e quanto às experiências e compreensões acerca do câncer de mama, em mulheres de 40 ou mais anos no município de Rio Branco – AC, 2012 e 2013.

Variável	N (%)	Conhecimento			P-valor
		Alto N(%)	Intermediário N(%)	Baixo N(%)	
<b>Setor</b>					
Urbano	445 (93,1)	147 (96,7)	161 (92,0)	125 (91,2)	0,120
Rural	33 (6,9)	5 (3,3)	14 (8,0)	12 (8,8)	
<b>Idade</b>					
40 a 49	170 (35,6)	57 (37,5)	61 (34,9)	47 (34,3)	0,212
50 a 59	143 (29,9)	47 (30,9)	59 (33,7)	36 (26,3)	
60 a 69	103 (21,5)	34 (22,4)	37 (21,1)	28 (20,4)	
≥70	62 (13)	14 (9,2)	18 (10,3)	26 (19,0)	
<b>Escolaridade (anos)</b>					
0-8	285 (59,6)	94 (61,8)	99 (56,6)	82 (59,9)	0,132
9-12	144 (30,1)	41 (27,0)	53 (30,3)	48 (35,0)	
>12	49 (10,3)	17 (11,2)	23 (13,1)	7 (5,1)	
<b>Estado Marital</b>					
Sem companheiro	240 (50,3)	70 (46,4)	89 (50,9)	76 (55,5)	0,303
Com companheiro	237 (49,7)	81 (53,6)	86 (49,1)	61 (44,5)	
<b>Gravidez</b>					
Sim	462 (96,7)	146 (96,1)	168 (96,0)	134 (97,8)	0,630
Não	16 (3,3)	6 (3,9)	7 (4,0)	3 (2,2)	
<b>Amamentação por mais de 1 mês</b>					
Sim	416 (90,8)	128 (88,3)	153 (91,6)	122 (92,4)	0,438
Não	42 (9,2)	17 (11,7)	14 (8,4)	10 (7,6)	
<b>Menopausa</b>					
Sim	356 (74,5)	114 (75,0)	134 (76,6)	99 (72,3)	0,683
Não	122 (25,5)	38 (25,0)	41 (23,4)	38 (27,7)	
<b>Fez terapia de reposição hormonal</b>					
Sim	107 (22,4)	36 (23,7)	42 (24,0)	26 (19,1)	0,538
Não	370 (77,6)	116 (76,3)	133 (76,0)	110 (80,9)	
<b>Realizou Papanicolau</b>					
Sim	434 (90,8)	142 (93,4)	164 (93,7)	116 (84,7)	0,010
Não	44 (9,2)	10 (6,6)	11 (6,3)	21 (15,3)	
<b>Tipo de serviço de saúde utilizado</b>					
Somente SUS	317 (66,5)	104 (68,4)	108 (62,1)	94 (68,6)	0,365
Não SUS ou misto	160 (33,5)	48 (31,6)	66 (37,9)	43 (31,4)	
<b>Consulta ginecológica nos últimos 2 anos</b>					
Sim	286 (60,3)	101 (67,8)	110 (62,9)	67 (49,3)	0,004
Não	188 (39,7)	48 (32,2)	65 (37,1)	69 (50,7)	
<b>Convive com alguém que teve ou tem câncer de mama</b>					
Sim	53 (11,1)	17 (11,2)	23 (13,1)	12 (8,8)	0,476
Não	425 (88,9)	135 (88,8)	152 (86,9)	125 (91,2)	
<b>Probabilidade de desenvolver câncer de mama</b>					
Baixa	298 (65,6)	95 (64,2)	107 (65,6)	89 (69,0)	0,066
Moderada	113 (24,9)	32 (21,6)	40 (24,5)	35 (27,1)	
Alta	43 (9,5)	21 (14,2)	16 (9,8)	5 (3,9)	
<b>Se tivesse câncer de mama gostaria de saber</b>					
Sim	439 (92,4)	144 (96)	160 (91,4)	123 (90,4)	0,148
Não	36 (7,6)	6 (4)	15 (8,6)	13 (9,6)	
<b>Mulher sem parentes com câncer de mama pode desenvolver câncer de mama</b>					
Sim	427 (90,5)	137 (90,7)	159 (92,4)	117 (86,7)	0,232
Não	45 (9,5)	14 (9,3)	13 (7,6)	18 (13,3)	
<b>Probabilidade de quem tem câncer de mama vir a falecer</b>					
Doença fatal	114 (24,2)	46 (30,7)	39 (22,5)	25 (18,7)	0,015
Provável	200 (42,5)	62 (41,3)	81 (46,8)	50 (37,3)	
Pouco provável	157 (33,3)	42 (28,0)	53 (30,6)	59 (44)	
<b>Acredita que o diagnóstico precoce influencia na chance de sobreviver</b>					
Muito	398 (84,0)	120 (80,0)	151 (86,6)	119 (86,9)	0,165
Nada ou pouco	76 (16,0)	30 (20,0)	23 (13,2)	18 (13,1)	
<b>Acredita que pode ter câncer de mama sem ter um tumor ou nódulo no seio</b>					
Sim	232 (50,9)	87 (60,8)	84 (50,6)	55 (41,4)	0,005
Não	224 (49,1)	56 (39,2)	82 (49,4)	78 (58,6)	
<b>Chance de ser um câncer de mama se uma mulher achar um nódulo no seio</b>					
Alta	151 (32,1)	65 (43,0)	53 (30,8)	26 (19,4)	0,001
Moderada	259 (55,0)	67 (44,4)	95 (55,2)	91 (67,9)	
Baixa	61 (13,0)	19 (12,6)	24 (14,0)	17 (12,7)	

Ponto de corte para conhecimento alto (>22 pontos); intermediário (de 16 a 22); baixo (<16 pontos).

A tabela 5 apresenta a análise de Regressão Logística, para verificar as variáveis associadas com o conhecimento das mulheres sobre os fatores de risco/sinais e sintomas do câncer de mama.

As razões de chances brutas mostraram que as mulheres que tiveram alto conhecimento apresentaram maiores chances de residir no setor urbano e terem realizado consulta ginecológica nos últimos 2 anos. Quanto às variáveis relacionadas às percepções das mulheres acerca do câncer de mama, encontrou-se associação significativa entre o conhecimento e as variáveis: probabilidade de desenvolver câncer de mama, probabilidade de quem tem câncer de mama vir a falecer, acreditar que pode ter câncer de mama sem ter um tumor ou nódulo no seio e a chance de ser câncer de mama se uma mulher achar um nódulo no seio.

Após ajuste pelas variáveis idade e escolaridade, as mulheres com alto conhecimento apresentaram chance 2,81 vezes superior de residir no setor urbano. Para as mulheres que realizaram consulta ginecológica nos últimos 2 anos a magnitude de associação foi de 1,68 (IC95% 1,08 – 2,61) comparado às que não tiveram consulta.

As mulheres com alto conhecimento apresentaram chance 2,14 vezes maior de acreditar ter alta probabilidade de desenvolver câncer de mama quando comparado as que acreditavam ter probabilidade moderada e baixa. Para as mulheres que acreditam que a doença é fatal, a magnitude de associação foi de 1,94 (IC95%: 1,14 – 3,29) comparado às que acreditam que é pouco provável que quem tem câncer de mama venha a falecer. Mulheres que apresentaram alto conhecimento tiveram 1,79 vezes mais chance de acreditar que pode ter câncer de mama sem ter um tumor ou nódulo no seio, em comparação as que não acreditavam. Para as mulheres que acreditavam ser alta a chance de ser câncer de mama se encontrar um nódulo no seio, a força de associação foi de 2,91 (IC95%: 1,70 – 5,00) em relação as que acreditavam ser baixa e moderada a chance.



**Tabela 5** – Razão de Chances (OR) do conhecimento categorizado em conhecimento alto versus conhecimento intermediário/baixo, segundo as características sociodemográficas, reprodutivas, de assistência à saúde e quanto às experiências e compreensões acerca da doença, em mulheres de 40 ou mais anos no município de Rio Branco – AC, 2012 e 2013.

Variável	Conhecimento		OR bruta	IC: 95%	OR ajustada	IC: 95%
	Alto N (%)	Intermediário /Baixo N(%)				
<b>Setor</b>						
Urbano	147 (96,7)	286 (91,7)	2,67	1,01-7,10	2,81	1,05-7,50
Rural	5 (3,3)	26 (8,3)	1		1	
<b>Idade (anos)</b>						
40 a 49	57 (37,5)	108 (34,6)	1,66	0,84-3,28	1,79	0,89-3,59
50 a 69	81 (53,3)	160 (51,3)	1,59	0,82-3,10	1,68	0,87-3,28
≥ 70	14 (9,2)	44 (14,1)	1		1	
<b>Escolaridade (anos)</b>						
0-8	94 (61,8)	181 (58,0)	1		1	
9-12	41 (27,0)	101 (32,4)	0,78	0,50-1,21	0,73	0,46-1,14
> 12	17 (11,2)	30 (9,6)	1,10	0,57-2,10	1,02	0,53-1,96
<b>Estado marital</b>						
Com companheiro	81 (53,6)	147 (47,1)	1,30	0,88-1,92	1,28	0,86-1,90
Sem companheiro	70 (46,4)	165 (52,9)	1		1	
<b>Gravidez</b>						
Sim	146 (96,1)	302 (96,8)	0,81	0,29-2,26	0,83	0,29-2,33
Não	06 (3,9)	10 (3,2)	1		1	
<b>Amamentação por mais de 1 mês</b>						
Sim	128 (88,3)	275 (92,0)	0,66	0,34-1,27	0,61	0,31-1,18
Não	17 (11,7)	24 (18,0)	1		1	
<b>Menopausa</b>						
Sim	114 (75,0)	233 (74,7)	1,02	0,65-1,59	1,20	0,70-2,05
Não	38 (25,0)	79 (25,3)	1		1	
<b>Fez terapia de reposição hormonal</b>						
Sim	36 (23,7)	68 (21,9)	1,10	0,70-1,56	1,16	0,72-1,85
Não	116 (76,3)	243 (78,1)	1		1	
<b>Realizou Papanicolau</b>						
Sim	101 (72,7)	189 (71,6)	1,62	0,78-3,39	1,61	0,75-3,44
Não	38 (27,3)	75 (28,4)	1		1	
<b>Tipo de serviço de saúde utilizado</b>						
Não SUS ou misto	48 (31,6)	109 (35,0)	0,85	0,56-1,29	0,87	0,55-1,37
Somente SUS	104 (68,4)	202 (65,0)	1		1	
<b>Consulta ginecológica nos últimos 2 anos</b>						
Sim	101 (67,8)	117 (56,9)	1,59	1,06-2,40	1,68	1,08-2,61
Não	48 (32,2)	134 (43,1)	1		1	
<b>Convive com alguém que teve ou tem câncer de mama</b>						
Sim	17 (11,2)	35 (11,2)	0,99	0,54-1,84	1,02	0,55-1,89
Não	35 (88,8)	277 (88,8)	1		1	
<b>Probabilidade de desenvolver câncer de mama</b>						
Baixa/Moderada	127 (85,8)	271 (92,8)	1		1	
Alta	21 (14,2)	21 (7,2)	2,13	1,12-4,05	2,14	1,12-4,07
<b>Se tivesse câncer de mama gostaria de saber</b>						
Sim	144 (96,0)	283 (91,0)	2,37	0,96-5,86	2,43	0,98-6,02
Não	06 (4,0)	28 (9,0)	1		1	
<b>Mulher sem parentes com câncer de mama pode desenvolver câncer de mama</b>						
Sim	137 (90,7)	276 (89,9)	1,10	0,57-2,13	1,10	0,56-2,17
Não	14 (9,3)	31 (10,1)	1		1	
<b>Probabilidade de quem tem câncer de mama vir a falecer</b>						
Pouco provável	42 (28,0)	112 (36,5)	1		1	
Provável	62 (41,3)	131 (42,7)	1,26	0,79-2,01	1,28	0,80-2,05
Doença fatal	46 (30,7)	64 (20,8)	1,92	1,14-3,22	1,94	1,14-3,29
<b>Acredita que o diagnóstico precoce influencia na chance de sobreviver</b>						
Muito	120 (80,0)	270 (86,8)	0,61	0,36-1,02	0,60	0,36-1,01
Nada ou pouco	30 (20,0)	41 (13,2)	1		1	
<b>Acredita que pode ter câncer de mama sem ter um tumor ou nódulo no seio</b>						
Sim	87 (60,8)	139 (46,5)	1,78	1,19- 2,68	1,79	1,19-2,69
Não	56 (39,2)	160 (53,5)	1		1	
<b>Chance de ser um câncer de mama se uma mulher achar um nódulo no seio</b>						
Baixa/Moderada	19 (12,5)	93 (29,8)	1		1	
Alta	133 (87,5)	219 (70,2)	2,97	1,73-5,01	2,91	1,70-5,00

Em relação às crenças sobre o câncer de mama entre as entrevistadas, o escore médio foi de  $9,29 \pm 4,01$  pontos (mediana 9 pontos, primeiro quartil 6 pontos e terceiro quartil 12 pontos). Cerca de 95% das entrevistadas acreditava que pancada no seio aumenta o risco de uma mulher desenvolver câncer de mama. A maior parte das entrevistadas respondeu que fatores psicológicos/emocionais como estresse (68,9%), depressão, raiva ou amargura (62,5%) e decepção pessoal (55,8%) podem aumentar o risco de desenvolver a doença. Cerca de 40% da amostra acreditava que um elevado número de parceiros sexuais aumenta muito o risco da doença. O uso de sutiã com arames foi apontado por 58,5% das mulheres como fator de risco do câncer de mama (Tabela 6).

**Tabela 6** – Distribuição das crenças sobre o risco de câncer de mama em mulheres com 40 ou mais anos do município de Rio Branco – AC, 2012 e 2013.

Crenças	Não (%)	Um pouco (%)	Muito (%)
<b>Sofrer pancada no seio aumenta o risco de câncer de mama?</b>	24 (5)	59 (12,4)	394 (82,6)
<b>Elevado número de parceiros sexuais aumenta o risco de câncer de mama?</b>	212 (44,4)	77 (16,1)	188 (39,4)
<b>Consumir alimentos com conservantes aumenta o risco de câncer de mama?</b>	159 (33,5)	126 (26,5)	190 (40)
<b>Consumir alimentos transgênicos aumenta o risco de câncer de mama?</b>	184 (39)	135 (28,6)	153 (32,4)
<b>Sofrer estresse aumenta o risco de câncer de mama?</b>	149 (31,2)	61 (12,8)	268 (56,1)
<b>Ter depressão, raiva ou amargura aumenta o risco de câncer de mama?</b>	179 (37,5)	91 (19,1)	207 (43,4)
<b>Ter uma decepção pessoal aumenta o risco de câncer de mama?</b>	211 (44,2)	89 (18,7)	177 (37,1)
<b>Praticar sexo oral aumenta o risco de câncer de mama?</b>	336 (70,7)	58 (12,2)	81 (17,1)
<b>Usar sutiã com arames aumenta o risco de câncer de mama?</b>	198 (41,5)	141 (29,6)	138 (28,9)

A tabela 7 apresenta o escore médio de crenças sobre o câncer de mama, a partir das características sociodemográficas, reprodutivas, de assistência à saúde e quanto às experiências e compreensões das mulheres.

Com relação às crenças, as mulheres na faixa etária entre 50 a 59 anos, apresentaram maior média de crença em relação às mulheres de outros grupos etários, com significância estatística. De modo semelhante ao observado em relação ao conhecimento, mulheres que tiveram consulta ginecológica nos últimos 2 anos, apresentaram escore médio de crença significativamente maior.

As mulheres que referiram ter alta probabilidade de desenvolver o câncer de mama apresentaram escore de crenças superior às que referiram probabilidade moderada ou baixa, porém sem diferença estatisticamente significativa. Observou-se diferença significativa entre as médias de crenças das mulheres quando considerada a vontade de saber, caso tivesse câncer de mama. Mulheres que gostariam de saber se tivessem câncer de mama apresentaram maior escore médio de crença. O escore médio de crença foi significativamente superior entre

as entrevistadas que acreditavam que podem ter câncer de mama sem ter um tumor ou nódulo no seio. As que acreditavam ser alta a chance de ser câncer de mama se uma mulher achar um nódulo no seio apresentaram maior escore médio de crença em comparação àquelas que acreditavam ser moderada e baixa a chance de ter câncer de mama, com significância estatística (Tabela 7).

**Tabela 7** – Escore médio de crença, a partir das características sociodemográficas, reprodutivas, de assistência à saúde e quanto às experiências e compreensões acerca do câncer de mama, em mulheres de 40 ou mais anos no município de Rio Branco – AC, 2012 e 2013.

Variáveis	N (%)	Crença	
		Média (DP)	P-valor
<b>Setor</b>			
Urbano	445 (93,1)	9,30 (4,046)	0,867
Rural	33 (6,9)	9,18 (3,627)	
<b>Idade</b>			
40 a 49	170 (35,6)	09,53 (4,094)	0,005
50 a 59	143 (29,9)	09,94 (3,576)	
60 a 69	103 (21,5)	08,81 (4,276)	
≥70	62 (13,0)	07,93 (3,995)	
<b>Escolaridade (anos)</b>			
0-8	285 (59,6)	09,24 (4,206)	0,533
9-12	144 (30,1)	09,18 (3,791)	
>12	49 (10,3)	09,90 (3,496)	
<b>Estado Marital</b>			
Sem companheiro	240 (50,3)	08,97 (4,090)	0,085
Com companheiro	237 (49,7)	09,62 (3,926)	
<b>Gravidez</b>			
Sim	462 (96,7)	09,28 (3,999)	0,595
Não	16 (3,3)	09,86 (4,605)	
<b>Amamentação por mais de 1 mês</b>			
Sim	416 (90,8)	09,25 (4,030)	0,456
Não	42 (9,2)	09,74 (3,683)	
<b>Menopausa</b>			
Sim	356 (74,5)	09,36 (4,029)	0,578
Não	122 (25,5)	09,12 (3,981)	
<b>Fez terapia de reposição hormonal</b>			
Sim	107 (22,4)	09,54 (3,939)	0,503
Não	370 (77,6)	09,24 (4,037)	
<b>Realizou Papanicolau</b>			
Sim	434 (90,8)	09,39 (3,969)	0,097
Não	44 (9,2)	08,33 (4,368)	
<b>Tipo de serviço de saúde utilizado</b>			
Somente SUS	317 (66,5)	09,25 (4,112)	0,722
Não SUS ou misto	160 (33,5)	09,39 (3,832)	
<b>Consulta ginecológica nos últimos 2 anos</b>			
Sim	286 (60,3)	09,71 (3,827)	0,003
Não	188 (39,7)	08,58 (4,147)	
<b>Convive com alguém que teve ou tem câncer de mama</b>			
Sim	53 (11,1)	09,54 (3,600)	0,643
Não	425 (88,9)	09,26 (4,066)	
<b>Probabilidade de desenvolver câncer de mama</b>			
Baixa	298 (65,6)	09,28 (3,956)	0,313
Moderada	113 (24,9)	09,14 (4,272)	
Alta	43 (9,5)	10,22 (3,313)	
<b>Se tivesse câncer de mama gostaria de saber</b>			
Sim	439 (92,4)	09,39 (4,019)	0,036
Não	36 (7,6)	07,91 (3,799)	
<b>Mulher sem parentes com câncer de mama pode desenvolver câncer de mama</b>			
Sim	427 (90,5)	09,43 (3,979)	0,175
Não	45 (9,5)	08,57 (4,049)	
<b>Probabilidade de quem tem câncer de mama vir a falecer</b>			
Doença fatal	114 (24,2)	09,61 (4,041)	0,577
Provável	200 (42,5)	09,35 (3,935)	
Pouco provável	157 (33,3)	09,09 (4,057)	
<b>Acredita que o diagnóstico precoce influencia na chance de sobreviver</b>			
Muito	398 (84,0)	09,29 (4,023)	0,781
Nada ou pouco	76 (16,0)	09,15 (4,037)	
<b>Acredita que pode ter câncer de mama sem ter um tumor ou nódulo no seio</b>			
Sim	232 (50,9)	09,74 (3,854)	0,007
Não	224 (49,1)	08,70 (4,128)	
<b>Chance de ser um câncer de mama se uma mulher achar um nódulo no seio</b>			
Alta	151 (32,1)	10,32 (4,039)	<0,001
Moderada	259 (55,0)	08,75 (3,926)	
Baixa	61 (13,0)	09,25 (3,872)	

Foi realizada a Regressão Linear Bruta e Ajustada, para avaliar o efeito das variáveis independentes sobre os escores de crenças. Na Regressão Bruta as variáveis associadas às crenças, que apresentaram significância estatística foram: idade, consulta ginecológica nos últimos 2 anos, se tivesse câncer de mama gostaria de saber, acredita que pode ter câncer de mama sem ter um tumor ou nódulo no seio e chance de ser câncer de mama se uma mulher achar um nódulo no seio. O escore de conhecimento associou-se ao escore de crença na análise bruta e ajustada, de modo que as mulheres com maior escore de crença apresentaram maior escore de conhecimento. Após o ajuste, por idade e escolaridade, a variável do estado menopausal passou a apresentar significância estatística. As demais variáveis mantiveram correlação significativa após o ajuste por idade e escolaridade. Deste modo, as mulheres com mais idade apresentaram menor escore de crença. As mulheres que estavam na menopausa, que realizaram consulta ginecológica nos últimos dois anos, que gostariam de saber caso tivessem câncer de mama, que acreditavam que pode ter câncer de mama sem ter um tumor ou nódulo no seio e que acreditavam ser alta a chance de câncer de mama se uma mulher achar um nódulo no seio apresentaram maior escore de crença. (Tabela 8).

**Tabela 8** - Coeficiente de Regressão Linear bruto e ajustado das crenças em mulheres de 40 ou mais anos no município de Rio Branco – AC, 2012 e 2013.

Variável	Crença		Crença	
	Coeficiente $\beta$ (IC: 95%)	P-valor	Coef $\beta$ ajus.* (IC: 95%)	P-valor
Setor	0,121 (-1,30; 1,54)	0,867	0,104 (-1,32; 1,53)	0,886
Idade	-0,042 (-0,07; -0,01)	<b>0,012</b>	-0,042 (-0,07; -0,01)	<b>0,016</b>
Escolaridade	0,004 (-0,08; 0,094)	0,922	0,025 (-0,53; 0,58)	0,929
Estado Marital	0,643 (-0,08; 1,37)	0,085	0,502 (-0,23; 1,24)	0,183
Gravidez	-0,580 (-2,72; 1,56)	0,595	-0,489 (-2,62; 1,64)	0,653
Amamentação por mais de 1 mês	-0,484 (-1,75; 0,79)	0,456	-0,519 (-1,79; 0,75)	0,424
Menopausa	0,238 (-0,60; 1,07)	0,578	1,200 (0,20; 2,19)	<b>0,019</b>
Fez terapia de reposição hormonal	0,302 (-0,58; 1,18)	0,503	0,471 (-0,42; 1,36)	0,299
Realizou exame Papanicolau	1,068 (-0,19; 2,32)	0,097	0,735 (-0,56; 2,03)	0,267
Tipo de serviço de saúde utilizado	0,141 (-0,63; 0,92)	0,722	0,253 (-0,59; 1,10)	0,559
Consulta ginecológica nos últimos 2 anos	1,131 (0,38; 1,87)	<b>0,003</b>	0,995 (0,20; 1,78)	<b>0,014</b>
Convive com alguém que teve ou tem câncer de mama	0,275 (-0,88; 1,43)	0,643	0,246 (-0,91; 1,40)	0,676
Probabilidade de desenvolver câncer de mama	0,271 (-0,29; 0,83)	0,348	0,190 (-0,38; 0,76)	0,513
Se tivesse câncer de mama gostaria de saber	1,477 (0,09; 2,86)	<b>0,036</b>	1,490 (0,11; 2,86)	<b>0,034</b>
Mulher sem parentes com câncer de mama pode desenvolver câncer de mama	0,858 (-0,38; 2,10)	0,175	0,742 (-0,51; 1,99)	0,245
Probabilidade de quem tem câncer de mama vir a falecer	0,260 (-0,22; 0,74)	0,294	0,304 (-0,18; 0,79)	0,225
Acredita que o diagnóstico precoce influencia na chance de sobreviver	0,143 (-0,86; 1,15)	0,781	0,077 (-0,93; 1,08)	0,881
Acredita que pode ter câncer de mama sem ter um tumor ou nódulo no seio	1,035 (0,29; 1,78)	<b>0,007</b>	1,054 (0,30; 1,80)	<b>0,006</b>
Chance de ser câncer de mama se uma mulher achar um nódulo no seio	0,787 (0,22; 1,35)	<b>0,007</b>	0,787 (0,22; 1,35)	<b>0,006</b>
Escore de Conhecimento	0,338 (0,29; 0,38)	<b>&lt;0,001</b>	0,335 (0,28; 0,38)	<b>&lt;0,001</b>

A tabela 9 apresenta a distribuição do grau de crença sobre o câncer de mama categorizado em alto, intermediário e baixo, segundo características sociodemográficas, reprodutivas, de assistência à saúde e quanto às experiências e compreensões das mulheres.

O grau de crenças apresentou diferenças significativas entre as faixas etárias, sendo observado maior percentual de mulheres com alto grau de crença na faixa etária de 40 a 49 anos. As mulheres que realizaram exame Papanicolau e consulta ginecológica nos últimos dois anos apresentaram maior grau de crenças, em relação as que não realizaram, com diferença significativa entre os grupos.

Foi observado que as entrevistadas que acreditavam que uma mulher sem parentes com câncer de mama pode desenvolver a doença apresentaram alto grau de crenças, com diferença estatisticamente significativa. As mulheres que acreditavam que podem ter câncer de mama sem ter um tumor ou nódulo no seio apresentaram maior grau de crenças. Um maior percentual de mulheres classificadas com alto grau de crenças foi observado entre as que acreditavam ser moderada a chance de ser câncer de mama se uma mulher achar um nódulo na mama.

**Tabela 9** – Crença categorizada em grau alto, intermediário e baixo, segundo as características sociodemográficas, reprodutivas, de assistência à saúde e quanto às experiências e compreensões acerca do câncer de mama, em mulheres de 40 ou mais anos no município de Rio Branco – AC, 2012 e 2013.

Variável	N (%)	Crenças			P-valor
		Alto N(%)	Intermediário N(%)	Baixo N(%)	
<b>Setor</b>					
Urbano	445 (93,1)	140 (93,3)	182 (93,8)	110 (90,9)	0,602
Rural	33 (6,9)	10 (6,7)	12 (6,2)	11 (9,1)	
<b>Idade</b>					
40 a 49	170 (35,6)	59 (39,3)	65 (33,5)	43 (35,5)	0,016
50 a 59	143 (29,9)	49 (32,7)	66 (34,0)	25 (20,7)	
60 a 69	103 (21,5)	32 (21,3)	34 (17,5)	32 (26,4)	
≥70	62 (13,0)	10 (6,7)	29 (14,9)	21 (17,4)	
<b>Escolaridade (anos)</b>					
0-8	285 (59,6)	91 (60,7)	111 (57,2)	76 (62,8)	0,517
9-12	144 (30,1)	45 (30,0)	57 (29,4)	36 (29,8)	
>12	49 (10,3)	14 (9,3)	26 (13,4)	09 (7,4)	
<b>Estado Marital</b>					
Sem companheiro	240 (50,3)	74 (49,3)	94 (48,7)	66 (54,5)	0,571
Com companheiro	237 (49,7)	76 (50,7)	99 (51,3)	55 (45,5)	
<b>Gravidez</b>					
Sim	462 (96,7)	145 (96,7)	187 (96,4)	119 (98,3)	0,590
Não	16 (3,3)	05 (3,3)	07 (3,6)	02 (1,7)	
<b>Amamentação por mais de 1 mês</b>					
Sim	416 (90,8)	130 (90,3)	165 (88,7)	110 (94,0)	0,301
Não	42 (9,2)	14 (9,7)	21 (11,3)	07 (6,0)	
<b>Menopausa</b>					
Sim	356 (74,5)	114 (76,0)	144 (74,2)	88 (72,7)	0,826
Não	122 (25,5)	36 (24,0)	50 (25,8)	33 (27,3)	
<b>Fez terapia de reposição hormonal</b>					
Sim	107 (22,4)	32 (21,3)	50 (25,8)	20 (16,7)	0,162
Não	370 (77,6)	118 (78,7)	144 (74,2)	100 (83,3)	
<b>Realizou Papanicolau</b>					
Sim	434 (90,8)	140 (93,3)	179 (92,3)	103 (85,1)	0,043
Não	44 (9,2)	10 (6,7)	15 (7,7)	18 (14,9)	
<b>Tipo de serviço de saúde utilizado</b>					
Somente SUS	317 (66,5)	106 (70,7)	118 (61,1)	87 (71,9)	0,073
Não SUS ou misto	160 (33,5)	44 (29,3)	75 (38,9)	34 (28,1)	
<b>Consulta ginecológica nos últimos 2 anos</b>					
Sim	286 (60,3)	98 (66,2)	123 (63,7)	59 (49,2)	0,009
Não	188 (39,7)	50 (33,8)	70 (36,3)	61 (50,8)	
<b>Convive com alguém que teve ou tem câncer de mama</b>					
Sim	53 (11,1)	17 (11,3)	24 (12,4)	11 (9,1)	0,666
Não	425 (88,9)	133 (88,7)	170 (87,6)	110 (90,9)	
<b>Probabilidade de desenvolver câncer de mama</b>					
Baixa	298 (65,6)	89 (62,2)	130 (69,9)	70 (62,5)	0,172
Moderada	113 (24,9)	39 (27,3)	37 (19,9)	35 (31,2)	
Alta	43 (9,5)	15 (10,5)	19 (10,2)	07 (6,2)	
<b>Se tivesse câncer de mama gostaria de saber</b>					
Sim	439 (92,4)	143 (96,0)	176 (91,7)	108 (89,3)	0,102
Não	36 (7,6)	06 (4,0)	16 (8,3)	13 (10,7)	
<b>Mulher sem parentes com câncer de mama pode desenvolver câncer de mama</b>					
Sim	427 (90,5)	140 (93,3)	175 (91,6)	100 (84,7)	0,046
Não	45 (9,5)	10 (6,7)	16 (8,4)	18 (15,3)	
<b>Probabilidade de quem tem câncer de mama vir a falecer</b>					
Doença fatal	114 (24,2)	38 (25,5)	43 (22,5)	30 (25,4)	0,862
Provável	200 (42,5)	66 (44,3)	80 (41,9)	49 (41,5)	
Pouco provável	157 (33,3)	45 (30,2)	68 (35,6)	39 (33,1)	
<b>Acredita que o diagnóstico precoce influencia na chance de sobreviver</b>					
Muito	398 (84,0)	125 (85,0)	163 (84,5)	100 (82,6)	0,858
Nada ou pouco	76 (16,0)	22 (15,0)	30 (15,5)	21 (17,4)	
<b>Acredita que pode ter câncer de mama sem ter um tumor ou nódulo no seio</b>					
Sim	232 (50,9)	81 (57,4)	96 (51,6)	50 (42,7)	0,062
Não	224 (49,1)	60 (42,6)	90 (48,4)	67 (57,3)	
<b>Chance de ser um câncer de mama se uma mulher achar um nódulo no seio</b>					
Alta	151 (32,1)	63 (42,6)	55 (28,8)	27 (22,7)	0,003
Moderada	259 (55,0)	68 (45,9)	105 (55,0)	79 (66,4)	
Baixa	61 (13,0)	17 (11,5)	31 (16,2)	13 (10,9)	
<b>Conhecimento</b>					
Alto	152 (32,8)	79 (53,7)	62 (32,8)	09 (7,6)	<0,001
Intermediário	175 (37,7)	54 (36,7)	86 (45,5)	32 (26,9)	
Baixo	137 (29,5)	14 (9,5)	41 (21,7)	78 (65,5)	

Ponto de corte para grau de crença alto (>11 pontos); intermediário (de 7 a 11); baixo (<7 pontos).

A tabela 10 apresenta a análise de Regressão Logística, para verificar as variáveis associadas com as crenças das mulheres sobre os fatores de risco do câncer de mama.

As razões de chances brutas mostraram que as mulheres com alto grau de crenças apresentaram maior chance de estar na faixa etária de 40 a 69 anos. Foi observada uma associação significativa entre o grau de crença e acreditar ser alta a chance de ser câncer de mama se uma mulher achar um nódulo no seio. O grau de crença associou-se ainda ao conhecimento das mulheres.

Após ajuste pelas variáveis idade e escolaridade, as mulheres com alto grau de crenças apresentaram chance 2,08 vezes maior de acreditar ser alta a chance de ser câncer de mama se uma mulher achar um nódulo no seio quando comparado às que acreditavam ser moderada/baixa a chance. Para as mulheres que apresentaram alto conhecimento a magnitude de associação foi de 09,55 (IC95%: 5,01-18,19) comparado às que apresentaram conhecimento baixo. As mulheres com alto grau de crença apresentaram chance 2,75 vezes maior de estar na faixa etária de 40 a 69 anos em comparação a faixa etária de 70 ou mais.



**Tabela 10** – Razão de Chances (OR) do grau de crença categorizado em alto versus intermediário/baixo, a partir das características sociodemográficas, reprodutivas, de assistência à saúde e quanto às experiências e compreensões acerca do câncer de mama, em mulheres de 40 ou mais anos no município de Rio Branco – AC, 2012 e 2013.

Variável	Grau de Crença		OR bruta	IC: 95%	OR ajustada	IC: 95%
	Alto	Intermediário/Baixo				
<b>Setor</b>						
Urbano	140 (93,3)	292 (92,7)	1,10	0,51-2,38	1,14	0,52-2,48
Rural	10 (6,7)	23 (7,3)	1		1	
<b>Idade (anos)</b>						
40 a 69	140 (93,3)	265 (84,1)	2,64	1,30-5,36	2,75	1,34-5,65
≥ 70	10 (6,7)	50 (15,9)	1		1	
<b>Escolaridade (anos)</b>						
0-8	91 (60,7)	187 (59,4)	1		1	
≥ 9	59 (39,3)	128 (40,6)	0,94	0,63-1,40	0,85	0,56-1,28
<b>Estado marital</b>						
Com companheiro	76 (50,7)	154 (49,0)	1,06	0,72-1,57	1,01	0,68-1,50
Sem companheiro	74 (49,3)	160 (51,0)	1		1	
<b>Gravidez</b>						
Sim	145 (96,7)	306 (97,1)	0,85	0,28-2,59	0,87	0,28-2,68
Não	05 (3,3)	09 (2,9)	1		1	
<b>Amamentação por mais de 1 mês</b>						
Sim	130 (90,3)	275 (90,8)	0,94	0,48-1,85	0,92	0,46-1,82
Não	14 (09,7)	28 (9,2)	1		1	
<b>Menopausa</b>						
Sim	114 (76,0)	232 (73,7)	1,13	0,72-1,77	1,62	0,94-2,80
Não	36 (24,0)	83 (26,3)	1		1	
<b>Fez terapia de reposição hormonal</b>						
Sim	32 (21,3)	70 (22,3)	0,94	0,58-1,51	1,02	0,63-1,66
Não	118 (78,7)	244 (77,7)	1		1	
<b>Realizou Papanicolau</b>						
Sim	140 (93,3)	282 (89,5)	1,63	0,78-3,42	1,51	0,71-3,23
Não	10 (6,7)	33 (10,5)	1		1	
<b>Tipo de serviço de saúde utilizado</b>						
Não SUS ou misto	44 (29,3)	109 (34,7)	0,78	0,51-1,19	0,85	0,53-1,35
Somente SUS	102 (70,7)	205 (65,3)	1		1	
<b>Consulta ginecológica nos últimos 2 anos</b>						
Sim	98 (66,2)	182 (58,1)	1,41	0,93-2,12	1,38	0,89-2,13
Não	50 (33,8)	131 (41,9)	1		1	
<b>Convive com alguém que teve ou tem câncer de mama</b>						
Sim	17 (11,3)	35 (11,1)	1,02	0,55-1,89	1,02	0,55-1,90
Não	133 (88,7)	280 (88,9)	1		1	
<b>Probabilidade de desenvolver câncer de mama</b>						
Baixa/Moderada	128 (89,5)	272 (91,3)	1		1	
Alta	15 (10,5)	26 (8,7)	1,22	0,62-2,39	1,15	0,58-2,26
<b>Se tivesse câncer de mama gostaria de saber</b>						
Sim	143 (96,0)	284 (90,7)	2,43	0,98-5,99	2,52	1,01-6,24
Não	06 (4,0)	29 (9,3)	1		1	
<b>Mulher sem parentes com câncer de mama pode desenvolver câncer de mama</b>						
Sim	140 (93,3)	275 (89,0)	1,73	0,83-3,60	1,71	0,81-3,61
Não	10 (6,7)	34 (11,0)	1		1	
<b>Probabilidade de quem tem câncer de mama vir a falecer</b>						
Pouco provável	45 (30,2)	107 (34,6)	1		1	
Provável	66 (44,3)	129 (41,7)	1,21	0,77-1,92	1,23	0,78-1,96
Doença fatal	38 (25,5)	73 (23,6)	1,23	0,73-2,09	1,22	0,72-2,09
<b>Acredita que o diagnóstico precoce influencia na chance de sobreviver</b>						
Muito	125 (85,0)	263 (83,8)	1,10	0,64-1,89	1,09	0,63-1,89
Nada ou pouco	22 (15,0)	51 (16,2)	1		1	
<b>Acredita que pode ter câncer de mama sem ter um tumor ou nódulo no seio</b>						
Sim	81 (57,4)	146 (48,2)	1,45	0,97-2,17	1,43	0,95-2,14
Não	60 (42,6)	157 (51,8)	1		1	
<b>Chance de ser um câncer de mama se uma mulher achar um nódulo no seio</b>						
Baixa/Moderada	85 (57,4)	228 (73,5)	1		1	
Alta	63 (42,6)	82 (26,5)	2,06	1,36-3,11	2,08	1,37-3,15
<b>Conhecimento-1</b>						
Alto	79 (53,7)	71 (23,1)	09,45	4,98-17,93	9,55	5,01-18,19
Intermediário	54 (36,7)	118 (38,3)	3,89	2,05-7,38	3,93	2,06-7,50
Baixo	14 (9,5)	119 (38,6)	1		1	
<b>Conhecimento-2</b>						
Alto	79 (53,7)	71 (23,1)	3,87	2,55-5,89	3,86	2,53-5,89
Intermediária/baixo	68 (46,3)	237 (76,9)	1		1	

***DISCUSSÃO***

## 8 DISCUSSÃO

O crescente aumento na incidência e mortalidade atribuída ao câncer de mama nos últimos anos (FERLAY, 2008; FERLAY, 2012), reforça a importância das mulheres conhecerem os principais fatores de risco e sinais e sintomas desta doença. Mulheres que conhecem os fatores de risco podem cuidar melhor da própria saúde, com adoção de hábitos saudáveis, visto que muitos dos fatores que aumentam o risco de desenvolver o câncer de mama estão associados ao estilo de vida. Além disso, reconhecer os principais fatores envolvidos na etiologia da doença poderia aumentar a percepção do risco destas mulheres, levando-as a realizar regularmente os exames de detecção precoce da doença. Nesse sentido, conhecer os sinais e sintomas pode contribuir para que as mulheres procurem assistência médica aos primeiros sinais da doença, em estágios menos avançados, elevando as chances de cura (SMITH et al., 2006). Por outro lado, as crenças sobre os fatores etiológicos do câncer de mama também influenciam na conduta das mulheres quanto à própria saúde (FUGITA, 2004) e explorar estas questões é de extrema relevância para construção de políticas públicas voltadas a população feminina.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) e o Ministério da Saúde (MS) vêm ampliando nos últimos três anos, a estratégia de comunicação de “estar alerta” para o câncer de mama, voltada tanto a população feminina como aos profissionais da saúde. Essa estratégia preconiza que todas as mulheres devam conhecer os principais fatores de risco, entre eles, a idade de maior risco de acometimento, além dos sinais e sintomas do câncer de mama (BRASIL, 2014).

Os resultados desse estudo evidenciaram que embora o conhecimento tenha sido satisfatório em relação a alguns fatores de risco e sinais e sintomas do câncer de mama, existem lacunas na comunicação da informação sobre a doença no município de Rio Branco, Estado do Acre. O baixo conhecimento das mulheres sobre alguns dos principais fatores de risco para o câncer de mama merece atenção especial. Observou-se que apesar de a idade avançada ser o principal fator de risco entre as mulheres (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2011), menos de um terço das entrevistadas (28,6%) a reconheceram como um fator que aumenta muito o risco da doença. Esse resultado é comparável ao observado por Grunfeld e colaboradores (2002), realizado com 996 mulheres britânicas, em que apenas 30% das mulheres reconheceram a idade avançada como fator de risco para o câncer de mama. De modo semelhante, um estudo realizado na Tanzânia, com 225 mulheres de baixa renda,

observou que 26,2% das entrevistadas referiram o aumento da idade como um fator de risco para a doença (MORSE et al., 2014). Esses achados são bastante preocupantes e sugerem que a população feminina, tanto em países de maior ou menor renda, desconhece a relevância da idade para o surgimento do câncer de mama.

A história familiar de câncer de mama foi o fator de risco mais reconhecido pelas mulheres de Rio Branco (80,8%), resultado também encontrado em outros estudos realizados em diversos países. Gosein e colaboradores (2014), em um estudo em Trinidad e Tobago, observou que 76,8% das mulheres reconheciam a história familiar como fator de risco para o câncer de mama. Na Índia, (93,9%) das entrevistadas, de uma amostra de 428 enfermeiras, referiram o histórico familiar da doença como fator de risco (FOTEDAR et al., 2013). Percentual semelhante foi observado por Grunfeld e colaboradores (2002), em que 90% das mulheres britânicas referiram como fator de risco, o histórico familiar de câncer de mama. Em Hong Kong, e nos Estados Unidos, observou-se que um percentual de 70,8%, e de 62% das mulheres respectivamente, reconheciam o histórico familiar como fator que aumenta o risco de desenvolver câncer de mama (YAN, 2009; LEE-LIN et al., 2007). Em todos estes estudos a história familiar de câncer de mama foi o fator de risco mais conhecido.

Esses dados revelam que independente da cultura, padrão etário e das experiências de vida, as mulheres em geral, associam o câncer de mama a causas genéticas e que esta é uma realidade mundial. Entretanto, a maioria das mulheres com câncer de mama não possuem histórico familiar da doença. Apenas de 5 a 10% de todos os casos de câncer de mama feminino apresentam mutações herdadas em genes de susceptibilidade para a doença. A maior parte destas mutações está localizada nos genes BRCA1 e BRCA2, sendo que menos de 1% da população em geral apresenta tais mutações (SCHWARTZ et al., 2008; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2013).

Segundo DeSantis e colaboradores (2014), o crescente aumento observado na incidência do câncer de mama nos últimos anos reflete em grande parte, as mudanças nos padrões reprodutivos, entre as quais a primeira gestação tardia e ter menos filhos. Apesar disto, o fator de risco relacionado às questões reprodutivas menos conhecido pela amostra desta pesquisa, foi a nuliparidade. No presente estudo, 20,9% das entrevistadas acreditavam que não ter filhos aumentava muito o risco de câncer de mama e 23,8% responderam que aumentava um pouco o risco. Resultados semelhantes foram observados em outros estudos, onde o conhecimento deste fator de risco variou de 26,7% a 38,7% em um estudo com 131 mulheres com histórico familiar de câncer de mama em Kuala Lumpur, Malásia e em uma amostra de 600 mulheres com média de idade de 40,5 anos, em Cairo, Egito, respectivamente.

(SUBRAMANIAN et al., 2013; ALLAM; ELAZIZ 2012; YAN, 2009). Esses estudos apontam que as mulheres, em geral, pouco conhecem sobre a importância da exposição hormonal na etiologia do câncer de mama, em especial para determinados tipos de tumores mamários. Alguns estudos sugerem que a história reprodutiva, incluindo a nuliparidade e a idade tardia da primeira gestação, estão mais fortemente associadas ao risco de câncer de mama receptor hormonal positivo em comparação ao triplo-negativo (PHIPPS et al., 2011a; PHIPPS et al., 2011b).

Através de uma meta-análise que avaliou a contribuição de diversos fatores de risco modificáveis para a carga global de câncer, observou-se que excluindo a contribuição dos fatores reprodutivos, 21% de todas as mortes por câncer de mama no mundo são atribuídas ao consumo de álcool, excesso de peso/obesidade e inatividade física. A proporção foi maior nos países de maior renda (27%), em que a contribuição mais importante foi atribuída ao excesso de peso/obesidade. Nos países de média e baixa renda a contribuição destes fatores foi de 18% e a inatividade física foi o principal determinante da doença (10%) (DANAIEI et al., 2005).

Apesar da relevância da inatividade física para o desenvolvimento do câncer de mama, principalmente em países de média e baixa renda, este foi o fator de risco relacionado ao estilo de vida, reconhecido por menor percentual da amostra do presente estudo (46,9%). Em estudo realizado na Arábia Saudita, com 200 mulheres de 20 anos ou mais, 15,5% referiram a falta de atividade física como fator de risco para o câncer de mama. Na Índia, a falta de atividade física como fator de risco para a doença foi reconhecido por 24,5% das enfermeiras (RADI, 2013; FOTEDAR et al., 2013). Portanto, apesar das diferenças percentuais, em todos os estudos a falta de atividade física foi o fator de risco que as mulheres menos conheciam. Estes achados são de grande importância, por se tratar de um fator de risco modificável e com grande impacto para o câncer de mama em países de média e baixa renda. As ações educativas voltadas para redução da incidência do câncer de mama devem conscientizar as mulheres sobre a importância dos hábitos saudáveis incluindo a prática de atividade física. Suzuki e colaboradores (2008) observaram que a prática de atividade física exerce efeito protetor para a neoplasia maligna da mama tanto no período da pré-menopausa como na pós-menopausa.

Quanto aos sinais e sintomas do câncer de mama, o nódulo ou caroço na mama, foi o sinal mais referido pelas mulheres (76,1%). De modo semelhante, Morse e colaboradores (2014) observaram que 70,2% das entrevistadas reconheciam nódulo indolor como um sinal do câncer de mama, sendo este o sinal mais conhecido. El-Shinawi e colaboradores (2013) e

Khokhar (2009) observaram que 93,3% e 90,2% das entrevistadas, respectivamente, conheciam nódulo na mama como um sinal da doença. Em São Paulo, um estudo realizado com 98 idosas de três Centros de Convivência da Terceira Idade, observou que 71,4% delas referiram a presença de nódulo ou caroço na mama como um sinal da doença (SANTOS; CHUBACI, 2011).

O conhecimento acerca dos sinais e sintomas do câncer de mama é uma importante medida de detecção precoce da doença. Considerando a associação entre o tamanho do tumor e o prognóstico da doença, o objetivo da detecção precoce não se limita a ampliar a proporção de casos detectados quando a doença ainda não apresenta sinais e sintomas, mas também os casos da doença sintomática com tamanho do tumor reduzido. A grande maioria das mulheres que são diagnosticadas com câncer de mama no mundo a cada ano, apresentam sintomas no momento do diagnóstico e grande parte não têm acesso à mamografia como forma de rastreamento, o que reforça a importância da conscientização acerca dos sinais e sintomas da doença (SMITH et al., 2006).

Os resultados para as correlações entre o escore de conhecimento e a variável idade, mostraram que as mulheres com mais idades apresentaram menor conhecimento dos fatores de risco/sinais e sintomas do câncer de mama. Esse achado é comparável ao estudo de Grunfeld e colaboradores (2002), que observou que mulheres com 75 anos ou mais identificaram menos fatores de risco do que mulheres com idade inferior a 65 anos ( $p < 0,001$ ). Quanto aos sinais e sintomas, as mulheres com 75 anos ou mais identificaram menos sinais e sintomas do que as mulheres com idade entre 25 e 74 anos ( $p < 0,001$ ). Esses dados são bastante preocupantes visto que as mulheres mais velhas estão em maior risco de desenvolver a doença. O risco relativo é superior a 4.0 quando se compara mulheres de 65 anos ou mais com mulheres de menor idade, embora o risco seja crescente até os 80 anos (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2011).

Mulheres que realizaram o exame Papanicolau e que tiveram consulta ginecológica nos últimos dois anos, apresentaram maior conhecimento, o que indica um maior acesso aos serviços de saúde, levando à informação de qualidade. Estes achados sugerem que a consulta ginecológica é um momento importante de troca de informação entre o profissional da saúde e as mulheres, onde boa parte do conhecimento repassado é absorvido pelas mulheres. Além disso, as mulheres que tiveram alto conhecimento dos fatores de risco/sinais e sintomas apresentaram chance 2,81 vezes maior de residir no setor urbano. Esse achado pode ser explicado pelo fato das mulheres que residem nas regiões urbanas dos municípios terem, em

geral, acesso mais facilitado aos meios de comunicação, seja através da televisão, revistas, internet ou outros.

O maior conhecimento apresentado pelas mulheres que responderam que gostariam de saber caso tivessem câncer de mama, sugere que quanto maior o conhecimento sobre os fatores de risco/sinais e sintomas do câncer de mama, mais positiva é a atitude da mulher frente à doença, colocando o medo como um possível limitador do conhecimento.

Quanto à opinião das entrevistadas referente à probabilidade dela desenvolver a doença, 9,5% responderam ser alta, 24,9% acreditavam ser moderada e 65,6% referiram ser baixa. Um percentual semelhante de baixa percepção do risco (67,6%) foi observado em um estudo realizado em Seul, na Coreia com 222 mulheres com idades entre 30 e 50 anos (CHUNG; LEE, 2013). As mulheres com alto conhecimento apresentaram chance 2,14 vezes maior de acreditar ter alta probabilidade de desenvolver câncer de mama quando comparadas àquelas que acreditavam ter probabilidade moderada e baixa. Segundo Fugita e Gualda (2006), a percepção da suscetibilidade do problema de saúde, por estar relacionado ao componente cognitivo, é dependente ainda que parcialmente, do conhecimento adquirido. Isto pode evidenciar que o conhecimento dos fatores de risco e sinais e sintomas do câncer de mama possa ter levado as mulheres entrevistadas a acreditarem ter maior probabilidade de desenvolver a doença.

Destaca-se que as mulheres com alto conhecimento dos fatores de risco/sinais e sintomas apresentaram maior chance de acreditar que a doença é fatal em relação a acreditar ser pouco provável que uma mulher com câncer de mama venha falecer. Esse resultado pode em parte ser explicado pelo fato de que o conhecimento avaliado não incluía a história natural da doença nem o comportamento biológico da mesma. Assim, embora a mulher possa conhecer os fatores de risco e sinais e sintomas do câncer de mama, ela pode não conhecer necessariamente os fatores relacionados ao prognóstico e sobrevida. Outra possível explicação seria o fato de que as percepções, interpretações, e as ações, inclusive no campo da saúde, são culturalmente construídas. A percepção do que é relevante ou problemático, entre os profissionais da saúde, é determinado pelo conhecimento científico, mas para os indivíduos de uma comunidade é determinado por uma rede de símbolos que incluem o conceito científico e cultural, determinando a maneira de agir e pensar frente a um específico problema de saúde (UCHÔA; VIDAL, 1994).

Portanto, tais dados apontam que o conhecimento das mulheres sobre os fatores de risco/sinais e sintomas do câncer de mama não estão diretamente relacionados ao conhecimento científico de que a doença tem cura se diagnosticada precocemente. Sugerem

ainda que o conhecimento muitas vezes está mais relacionado às experiências vividas e aos medos destas mulheres.

Em relação à chance de ser um câncer de mama se uma mulher achar um nódulo no seio, o percentual de entrevistadas que acreditavam ser baixa foi de 13%. Este resultado é comparável ao observado em um estudo, com mulheres de 40 ou mais anos, imigrantes chinesas nos Estados Unidos, em que 10% responderam que quando um nódulo mamário é descoberto, na maioria das vezes não se trata de câncer (LEE-LIN et al., 2007).

Acreditar que a chance de ser câncer de mama se uma mulher achar um nódulo no seio é alta, e que pode ter câncer de mama sem ter um tumor ou nódulo no seio foi associado ao maior conhecimento dos fatores de risco e sinais e sintomas. Pelo fato do nódulo ou caroço no seio ter sido o fator de risco mais conhecido pelas mulheres, podemos inferir que as mulheres associem a presença desse sinal como uma grande chance de ser câncer de mama. As mulheres que tinham maior conhecimento sabiam que nem sempre a doença se manifesta como um nódulo, podendo ocasionar alterações na pele da mama, erosão, retração e inversão mamilar (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2011; TAVASSOLI; DEVILEE, 2003).

As mulheres que conviviam com alguém que teve ou tem câncer de mama não apresentaram maior conhecimento dos fatores de risco e sinais e sintomas da doença. Esperava-se que mulheres que convivessem com pacientes com câncer de mama apresentassem maior conhecimento acerca da doença, porém neste estudo, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Quanto às crenças, os resultados revelaram que as mulheres de 40 anos ou mais no município de Rio Branco, creem em diversos fatores que não apresentam evidências científicas para o desenvolvimento do câncer de mama. Assim, um percentual de 95% das entrevistadas acreditavam que sofrer pancada no seio aumenta o risco de uma mulher desenvolver câncer de mama, sendo que 82,6% responderam que aumenta muito o risco e 12,4% acreditavam que aumenta um pouco. Gosein e colaboradores (2014) observaram que quase dois terços (63,7%) das entrevistadas acreditavam que trauma na mama é fator de risco para a doença. Em pesquisa realizada em Cairo, Egito, foi observado um percentual de 37,78% de mulheres recém-diagnosticadas com câncer de mama que referiram trauma na mama como fator de risco para doença (EL-SHINAWI et al., 2013). Esses resultados sugerem que mulheres de diferentes regiões do mundo creem que trauma na mama aumenta o risco de desenvolver a doença. De fato, o que tem sido observado é que o trauma no seio leva as mulheres a procurarem assistência especializada, onde muitas vezes ocorre o diagnóstico de uma lesão pré-existente (BALLESIO, 2012).



O uso de sutiã com arames foi referido como fator de risco para o câncer de mama por 58,5% das participantes deste estudo. Morse e colaboradores (2014) observaram que 82,2% das entrevistadas acreditavam que colocar dinheiro no sutiã e 18,2% que o uso regular de sutiã, causava a doença. Em Gana, um estudo com 474 mulheres na faixa etária de 40 a 70 anos, observou que 20% das entrevistadas acreditavam que colocar moedas no sutiã aumentava o risco de desenvolver a doença (OPOKU, 2012).

Embora as comparações entre os escores de crenças sejam limitados pelas diferenças metodológicas dos estudos, incluindo diferentes escalas, populações analisadas e grupos etários, Fugita e Gualda (2006) afirmam que os indivíduos possuem um conhecimento próprio, uma crença a respeito da etiologia dos agravos de saúde que é consequência de sua própria vivência, podendo coincidir ou divergir do saber dos profissionais da saúde. Muitas vezes, o conhecimento demonstrado pelos indivíduos baseia-se num complemento da própria vivência, das crenças herdadas, e do contato com profissionais da saúde e dos meios de comunicação (FUGITA, 2004). Portanto apesar das diferenças metodológicas, os achados da literatura evidenciam a existência de alguns padrões de crenças comuns a mulheres de diferentes idades, etnias e culturas.

De modo geral, os resultados aqui discutidos destacam um elevado componente de crenças entre as mulheres da capital acreana acerca dos fatores que influenciam no desenvolvimento do câncer de mama.

Os resultados para associação entre crenças e as variáveis sociodemográficas, mostraram que as mulheres da faixa etária entre 40 e 69 anos apresentaram maior grau de crenças quando comparadas às mulheres de 70 ou mais anos. Ressalta-se a forte associação encontrada entre conhecimento e crenças, em que mulheres com alto conhecimento tiveram maior chance de apresentar alto grau de crença.

Na regressão linear ajustada observou-se que as mulheres que estavam na menopausa, que tiveram consulta ginecológica nos últimos dois anos e que gostariam de saber caso tivessem câncer de mama apresentaram maior crença.

Entre as limitações do estudo, podemos destacar o fato de termos usado uma escala que ainda não foi amplamente utilizada em diferentes estudos, limitando a comparação com outras pesquisas. Contudo, não podemos deixar de destacar que a maioria dos estudos sobre o conhecimento dos fatores de risco/sinais e sintomas foram desenvolvidos entre grupos de mulheres acometidas pela doença, em categorias de profissionais da saúde ou em grupos de universitários, que tem maior probabilidade de acesso a informação de qualidade a respeito da doença.

No presente estudo, obteve-se uma amostra de base populacional, onde as mulheres foram escolhidas aleatoriamente na população em geral, refletindo o grau de conhecimento das mulheres residentes no município de Rio Branco, Acre. Além disso, o questionário utilizado foi desenvolvido pela Sociedade Americana de Câncer para este fim e traduzido para o português por um brasileiro com proficiência em inglês e retraduzido para o inglês por um profissional de saúde americano com proficiência em português.

O desenvolvimento pioneiro desta pesquisa de base populacional no Brasil poderá contribuir para melhoria dos programas de saúde da mulher em Rio Branco, Acre, através da implantação de ações educativas que assegurem o acesso a informações, minimizando os estigmas e percepções equivocadas acerca da doença. Segundo Anderson e colaboradores (2006) as barreiras sociais como a falta de consciência das mulheres acerca do câncer de mama, o fatalismo atribuído à doença, e o medo, podem ser superadas com ações educativas, incluindo a mensagem de que as mulheres devem se tornar responsáveis pela própria saúde.

***CONSIDERAÇÕES FINAIS***

---

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo ficou evidenciado que existem lacunas importantes em relação ao conhecimento das mulheres sobre os fatores que contribuem para o desenvolvimento do câncer de mama e dos sinais e sintomas da doença.

Embora a grande maioria das entrevistadas reconhecesse o histórico familiar de câncer como um importante fator de risco, destaca-se o baixo percentual de mulheres que referiram que a idade avançada aumenta o risco de desenvolver câncer de mama.

Entre os fatores de risco menos conhecidos destacaram-se: não ter filhos e não praticar atividade física. Quanto aos sinais e sintomas, a maioria das mulheres sabia que nódulo ou caroço na mama pode ser um sinal da doença, porém poucas reconheciam a inversão mamilar. Outro resultado que deve ser ressaltado foi o alto percentual de mulheres que acreditavam que pancada no seio, usar sutiã com arames e elevado número de parceiros sexuais aumentariam o risco de uma mulher desenvolver câncer de mama.

Foi observado que as mulheres com maior idade apresentaram menor conhecimento dos fatores de risco e sinais e sintomas do câncer de mama. Considerando que as mulheres de maior idade, configuram-se o grupo de maior risco de acometimento da doença, esse resultado aponta para necessidade de ações educativas direcionadas para este grupo da população.

Os achados reforçam a necessidade de ações educativas planejadas e bem elaboradas, que abordem de forma mais acessível e eficaz os fatores relacionados a um risco aumentado de desenvolver câncer de mama, bem como os sinais e sintomas menos comuns da doença.

Sugere-se o desenvolvimento de novos estudos, que levem em consideração fatores culturais, as experiências e compreensões das mulheres acerca da doença.

Determinar os fatores associados ao maior conhecimento das mulheres é imprescindível para o direcionamento das ações educativas. Esses achados poderão contribuir para melhoria dos programas de saúde da mulher, levando-as ao maior conhecimento e minimizando os medos, estigmas e mitos que possam interferir na atitude pró-ativa destas mulheres frente ao câncer de mama, tornando-as mais participativas no autocuidado.

# ***REFERÊNCIAS***

## REFERÊNCIAS

ALLAM, M. F.; ELAZIZ, K. M. A. Evaluation of the level of knowledge of Egyptian women of breast cancer and its risk factors. A cross sectional study. **Journal of Preventive Medicine and Hygiene**, v. 53, p. 195-198, 2012.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer Facts & Figures 2009**. Atlanta: 2009. 62 p.

\_\_\_\_\_. **Cancer Facts & Figures 2013**. Atlanta: 2013. 62p.

\_\_\_\_\_. **Breast Cancer Facts & Figures 2011-2012**. Atlanta: 2011. 34 p.

ANDERSON, B. O.; YIP, C.; RAMSEY, S. D.; et al. Breast Cancer in Limited-Resource Countries: Health Care Systems and Public Policy. **The Breast Journal**, v. 12, n. 1, p. 54-69, 2006.

ASHBECK, E. L.; ROSENBERG, R. D.; STAUBER, P. M.; KEY, C. R. Benign breast biopsy diagnosis and subsequent risk of breast cancer. **Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention**, v. 16, n. 3, p. 467-472, 2007.

AZUBUIKE, S. O.; OKWUOKEI, S. O. Knowledge, Attitude and Practices of Women Towards Breast Cancer in Benin City, Nigeria. **Annals of Medical and Health Sciences Research**, v. 3, n. 2, 2013.

BALLESIO L.; RAVAZZOLO N.; DI PASTENA F.; BARRA V.; MANGANARO L. An incidental finding of breast cancer after breast injury. **La Clinica Terapeutica**, v.123, n.2, 2012.

BATISTON, A.P.; TAMAKI, E. M.; SOUSA, L. A.; SANTOS, M. L. Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 2, p. 163-171, 2011.

BEABER, E. F.; HOLT, V. L.; MALONE, K. E.; PORTER, P. L.; DALING, J. R.; LI, C.I. Reproductive factors, age at maximum height, and risk of three histologic types of breast cancer. **Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention**, v. 17, p. 3427-3434, 2008.

BERAL, V.; REEVES, G.; BULL, D.; GREEN, J. Breast cancer risk in relation to the interval between menopause and starting hormone therapy. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 103, n. 4, p. 296-305, 2011.

BOYD, N.F.; DITE, G.S.; STONE, J.; et al. Heritability of mammographic density, a risk factor for breast cancer. **New England Journal of Medicine**, v. 347, n. 12, p. 886-894, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2014: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: 2014. 126 p.

BRITO, L. M. O.; CHEIN, M. B. C.; BRITO, L. G. O.; AMORIM, A. M. M.; MARANA, H. R. C. Conhecimento, prática e atitude sobre o autoexame das mamas de mulheres de uma cidade de Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 32, n. 5, p. 241-246, 2010.

CHEN, Z.; ARENDELL, L.; AICKIN, M.; CAULEY, J.; LEWIS, C. E.; CHLEBOWSKI, R. Hip bone density predicts breast cancer risk independently of Gail score: results from the Women's Health Initiative. **Cancer**, v. 113, n. 5, p. 907-915, 2008.

CHLEBOWSKI, R. T.; ANDERSON, G. L.; GASS, M.; et al. Estrogen plus progestin and breast cancer incidence and mortality in postmenopausal women. **Journal of the American Medical Association**, v. 304, n. 15, p. 1684-1692, 2010.

COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER. Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58,209 women with breast cancer and 101,986 women without the disease. **The Lancet**, v. 358, p. 1389-1399, 2001.

\_\_\_\_\_. Breast cancer and breast feeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. **The Lancet**, v. 360, p. 187-195, 2002.

\_\_\_\_\_. Menarche, menopause, and breast cancer risk: individual participant meta-analysis, including 118 964 women with breast cancer from 117 epidemiological studies. **The Lancet Oncology**, v. 13, p. 1141-1151, 2012.

CHUNG C. W.; LEE S. J. Estimated risks and optimistic self-perception of breast cancer risk in Korean women. **Applied Nursing Research**, v. 26, p. 180-185, 2013.

CUMMINGS, S.R.; TICE, J. A.; BAUER, S.; et al. Prevention of breast cancer in postmenopausal women: approaches to estimating and reducing risk. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 101, n. 6, p. 384-398, 2009.

DANAEI G., HOORN, S. V.; LOPEZ, A. D.; et al. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. **The Lancet**, v. 366, p. 1784-1793, 2005.

DESANTIS, C.; MA, J.; BRYAN, L.; JEMAL, A. Breast Cancer Statistics, 2013. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 64, p. 52-62, 2014.

DILTS, R. Crenças: identificação e mudança. In: \_\_\_\_\_. **Crenças: caminhos para saúde e o bem-estar**. São Paulo: Summus, 1993. p.15-35.

ELIASSEN, A. H.; MISSMER, S. A.; TWOROGER, S. S.; et al. Endogenous steroid hormone concentrations and risk of breast cancer among premenopausal women. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 98, n. 19, p. 1406-1415, 2006.

EL-SHINAWI, M.; YOUSSEF, A.; ALSARA, M.; ALY, M. K.; MOSTAFA, M.; YEHIA, A.; HURLBERT, M.; EL-TAWAB, R. A.; MOHAMED, M. M. Assessing the level of breast cancer awareness among recently diagnosed patients in Ain Shams University Hospital **The Breast**, v. 22, p. 1210-1214, 2013.

FERLAY J.; SHIN H. R.; BRAY F.; FORMAN D.; MATHERS C. D.; PARKIN D. **GLOBOCAN 2008**, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10. [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; Year. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr>>. Acessado em: 02 jul. 13.

FERLAY, J.; SOERJOMATARAM, I.; ERVIK, M.; DIKSHIT, R.; ESER, S.; MATHERS, C.; REBELO, M.; PARKIN, D. M.; FORMAN, D., BRAY, F. **GLOBOCAN 2012**, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr>>. Acessado em: 22 jul. 14.

FERREIRA, A. B. H. **Mini Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 8ª ed. São Paulo: Positivo, 2010.

FOTEDAR, V.; SEAM, R. K.; GUPTA, M. K.; GUPTA, M.; VATS, S.; VERMA, S. Knowledge of Risk Factors & Early Detection Methods and Practices towards Breast Cancer among Nurses in Indira Gandhi Medical College, Shimla, Himachal Pradesh, India. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 14, 2013.

FUGITA, R. M. I. **Crenças de mulheres sobre a causalidade de seu câncer de mama**. 2004. 236p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.



FUGITA, R. M. I.; GUALDA, D. M. R. A causalidade do câncer de mama à luz do Modelo de Crenças em Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 4, p 501-506, 2006.

GAJALAKSHMI, V.; MATHEW, A.; BRENNAN, P.; RAJAN, B.; KANIMOZHI, V. C.; MATHEWS, A.; et al. Breastfeeding and breast cancer risk in India: a multicenter case-control study. **International Journal of Cancer**, v. 125, p. 662-665, 2009.

GRAHAM, A. C. Epidemiology and prevention of breast cancer. **Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention**, v. 14, p. 768-772, 2005.

GRUNFELD, E. A.; RAMIREZ, A. J.; HUNTER, M. S.; RICHARDS, M.A. Women's knowledge and beliefs regarding breast cancer. **British Journal of Cancer**, v. 86, n. 9, p. 1373-1378, 2002.

GOSEIN, M. A.; PEREIRA, S. M. P.; NARINESINGH, D.; AMEERAL, A. Breast Cancer and Mammography: Knowledge, Attitudes, Practices and Patient Satisfaction Post-mammography at the San Fernando General Hospital, Trinidad. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, v. 25, n 1, p. 142-160, 2014.

HARTMANN, L. C.; SELLERS, T. A.; FROST, M. H.; et al. Benign breast disease and the risk of breast cancer. **The New England Journal of Medicine**, v. 353, n.3, p. 229-237, 2005.

HUO, D.; ADEBAMOWO, C. A.; OGUNDIRAN, T. O.; AKANG, E.E.; CAMPBELL, O.; ADENIPEKUN, A.; et al. Parity and breastfeeding are protective against breast cancer in Nigerian women. **British Journal of Cancer**, v. 98, p. 992-996, 2008

KEY, T.; APPLEBY, P.; BARNES, I.; REEVES, G. Endogenous sex hormones and breast cancer in postmenopausal women: reanalysis of nine prospective studies. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 94, n. 8, p. 606-616, 2002.

KHOKHAR, A. Level of Awareness Regarding Breast Cancer and its Screening amongst Indian Teachers. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 10, 2009.

KORDE, L. A.; CALZONE, K. A.; ZUJEWSKI, J. Assessing breast cancer risk: genetic factors are not the whole story. **Postgraduate Medicine**, v. 116, n. 4, p. 6-8, 11-14, 19-20, 2004.

- LAHMANN, P. H.; FRIEDENREICH, C.; SCHUIT, A. J.; SALVINI, S.; ALLEN, N. E.; KEY, T. J.; et al. Physical activity and breast cancer risk: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. **Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention**, v. 16, p. 36-42, 2007.
- LAMBE, M.; HSIEH, C.; TRICHOPOULOS, D.; EKBOM, A.; PAVIA, M.; ADAMI, H. O. Transient increase in the risk of breast cancer after giving birth. **The New England Journal of Medicine**, v. 331, n. 1, p. 5-9, 1994.
- LACEY, J.V.; KREIMER, A. R.; BUYS, S. S.; MARCUS, P. M.; et al. Breast cancer epidemiology according to recognized breast cancer risk factors in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial Cohort. **BioMed Central Cancer**, v. 84, n. 9, 2009.
- LEE-LIN, F. L.; MENON, U.; PETT, M.; NAIL, L.; LEE, S.; MOONEY, K. Breast Cancer Beliefs and Mammography Screening Practices Among Chinese American Immigrants. **Journal of Obstetric, Gynecologic, Neonatal Nursing**, v. 36, p. 212-221, 2007.
- LICHTENSTEIN, P.; HOLM, N. V.; VERKASALO, P. K.; et al. Environmental and heritable factors in the causation of cancer—analyses of cohorts of twins from Sweden, Denmark, and Finland. **The New England Journal of Medicine**, v. 343, n.2, p 78-85, 2000.
- LORD, S. J.; BERNSTEIN, L.; JOHNSON, K. A.; MALONE, K. E.; MC-DONALD, J. A.; MARCHBANKS, P. A.; et al. Breast cancer risk and hormone receptor status in older women by parity, age at first birth, and breastfeeding: a case-control study. **Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention**, v. 17, p. 1723-1730, 2008.
- MARINHO, L. A. B.; COSTA-GURGEL, M. S.; CECATTI, J. G.; OSIS, M. J. D. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 576-582, 2003.
- MCCORMACK, V. A.; DOS SANTOS SILVA, I. Breast density and parenchymal patterns as markers of breast cancer risk: a meta-analysis. **Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention**, v. 15, n. 6, p.1159-1169, 2006.
- MIRICK, D. K.; DAVIS, S.; THOMAS, D. B. Antiperspirant use and the risk of breast cancer. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 94, n. 20, p. 1578-1580, 2002.
- MORSE, E. P.; MAEGGA, B.; JOSEPH, G.; MIESFELDT, S. Breast Cancer Knowledge, Beliefs, and Screening Practices among Women Seeking Care at District Hospitals in Dar es Salaam, Tanzania. **Breast Cancer: Basic and Clinical Research**. v. 8, 2014.

NAKASHIMA, J. P.; KOIFMAN, S.; KOIFMAN, R. J. Tendência de mortalidade por neoplasias malignas selecionadas em Rio Branco, Acre, Brasil, 1980-2006. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n.6, p. 1165-1174, 2011.

NAKASHIMA, J. P.; KOIFMAN, S.; KOIFMAN, R. J. Cancer incidence in the Western Amazon: population-based estimates in Rio Branco, Acre State, Brazil, 2007-2009 **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2125-2132, 2012.

OMOBINI, N. A.; BOSQUETTI, L. S.; PAIVA, B. S. R.; JULIANI, C. M. C. M.; SPIRI, W. C. Estudo com familiares de pacientes com câncer de mama: abordando conhecimento sobre fatores de risco. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 1, p. 013-018, 2011.

OPOKU, S.Y.; BENWELL, M.; YARNEY, J. Knowledge, attitudes, beliefs, behaviour and breast cancer screening practices in Ghana, West Africa. **Pan African Medical Journal**, v.11, n. 28, 2012

PHIPPS, A.I.; CHLEBOWSKI, R. T.; PRENTICE, R.; et al. Reproductive history and oral contraceptive use in relation to risk of triple-negative breast cancer. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 103, n. 6, p. 470-477, 2011a.

\_\_\_\_\_. BUIST, D. S.; MALONE, K. E.; et al. Reproductive history and risk of three breast cancer subtypes defined by three biomarkers. **Cancer Causes Control**, v. 22, n. 3, p. 399-405, 2011b.

PRENTICE, R. L.; CHLEBOWSKI, R. T.; STEFANICK, M. L.; et al. Estrogen plus progestin therapy and breast cancer in recently postmenopausal women. **American Journal of Epidemiology**, v. 167, n. 10, p.1207-1216, 2008.

RADI, S. M. Breast Cancer Awareness among Saudi Females in Jeddah. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 14, 2013.

SANTOS, G. D.; CHUBACI, R. Y. S. O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo (SP, Brasil). **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n. 5, p. 2533-2540, 2011.

SMITH, R.A.; CALEFFI, M.; ALBERT, U.S.; et al Breast Cancer in Limited-Resource Countries: Early Detection and Access to Care. **The Breast Journal**, v. 12, n. 1, p. 16-26, 2006.

SILVA, I. **Cancer Epidemiology: Principles and Methods**. International Agency for Research on Cancer Lyon, France 1999.

SOBANI, Z.; SAEED, Z.; BALOCH, H. N.; MAJEED, A.; CHAUDRY, S.; SHEIKH, A.; UMAR, J.; WASEEM, H.; MIRZA, M.; QADIR, I.; KHAN, S. M.; KADIR, M. Knowledge attitude and practices among urban women of Karachi, Pakistan, regarding breast cancer. **Journal of Pakistan Medical Association**, v. 62, n. 11, 2012.

STUEBE, A. M.; WILLETT, W. C.; XUE, F.; MICHELS, K. B. Lactation and incidence of premenopausal breast cancer: a longitudinal study. **Archives of Internal Medicine**, v.169, p.1364-1371, 2009.

SUBRAMANIAN, P.; ORANYE, N. O.; MASRI, A. M.; TAIB, N. A.; AHMAD, N. Breast Cancer Knowledge and Screening Behaviour among Women with a Positive Family History: A Cross Sectional Study. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 14, 2013.

SUZUKI, S.; KOJIMA, M.; TOKUDOME, S.; MORI, M.; SAKAUCHI, F.; FUJINO, Y.; et al. Effect of physical activity on breast cancer risk: findings of the Japan Collaborative Cohort Study. **Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention**, v. 17, n. 3, p. 396-401, 2008.

SCHWARTZ, G. F.; HUGHES, K. S.; LYNCH, H. T.; et al. Proceedings of the international consensus conference on breast cancer risk, genetics, & risk management, April, 2007. **Cancer**, v. 113, n. 10, p. 2627-2637, 2008.

TAMIMI, R. M.; BYRNE, C.; COLDITZ, G. A.; HANKINSON, S. E. Endogenous hormone levels, mammographic density, and subsequent risk of breast cancer in postmenopausal women. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 99, n.15, p.1178-1187, 2007.

TAVASSOLI, F. A.; DEVILLE, P. World Health Organization Classification of Tumours. **Pathology and Genetics of Tumours of the Breast and Female Genital Organs**. IARC Press: Lyon 2003

UCHÔA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n.4, p. 497-504, 1994.

URSIN, G.; LILLIE, E. O.; LEE, E.; et al. The relative importance of genetics and environment on mammographic density. **Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention**, v.18, n.1, p.102-112, 2009.

WANG, J.; COSTANTINO, J.P.; TAN-CHIU, E., WICKERHAM, D.L.; PAIK, S.; WOLMARK, N. Lower-category benign breast disease and the risk of invasive breast cancer. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 96, n. 8, p. 616-620, 2004.

WORLD CANCER RESEARCH FUND / AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH. **Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective**. Washington DC: American Institute for Cancer Research; 2007.

WÜNSCH, F. V.; MONCAU, J. E. C. Mortalidade por câncer no Brasil 1980-1995: Padrões regionais e tendências temporais. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 48, n.3 p. 250-257, 2002.

YAN, Y. Y. Breast Cancer: Knowledge and Perceptions of Chinese Women in Hong Kong. **Global Journal of Health Science**, v. 1, n.2, 2009.

ZHANG, M.; HOLMAN, C. D. J. Low-to-moderate alcohol intake and breast cancer risk in Chinese women. **British Journal of Cancer**, v. 105, p. 1089-1095, 2011.

***ANEXOS***

**ANEXO A – Instrumento de coleta de dados**

**ESTUDO SOBRE CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DE SAÚDE DA  
MAMA NO BRASIL**

**INFORMAÇÃO E ANTECEDENTES GERAIS (GEN)**

**GERAL**

1. GEN - Nome: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Ponto de Referência: \_\_\_\_\_

Telefones de contato: \_\_\_\_\_

Entrevistadora: \_\_\_\_\_

2. GEN - 2 Em que local a Sra. nasceu?

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

3. GEN - 3 Com qual idade a Sra. se mudou para Rio Branco? \_\_\_\_\_ anos

4. GEN - 4 Qual é a sua data de nascimento? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

5. GEN - 5 Qual a sua idade? \_\_\_\_\_ anos completos

6. GEN - 6 Maior escolaridade:

(0) Não fui à escola

(1) Ensino Fundamental incompleto (menos que 8 anos)

(2) Ensino Fundamental completo (8 anos)

(3) Ensino médio incompleto (9-11 anos)

(4) Ensino médio completo (12 anos)

(5) Superior incompleto

(6) Superior completo

7. GEN - 7 Quantos anos ao todo a Sra. frequentou a escola? \_\_\_\_\_

8. GEN - 8 Estado Civil:

(0) Solteira

(1) Casada / Vive junto

(2) Viúva

(3) Divorciada/Separada (4) Outro \_\_\_\_\_

9. GEN - 9 Qual é a sua ocupação atual? \_\_\_\_\_

10. GEN - 10. Qual é a sua religião?

(0) Católica

(1) Africana (candomblé, umbanda)

(2) Evangélica

(3) Espírita

(4) Testemunha Jeová

(5) Muçulmana

(6) Israelita

(7) Nenhuma crença

(8) Outra

1. GEN AC - 1 Qual a renda mensal total da sua família?(aproximadamente): \_\_\_\_\_

2. GEN AC - 2 Quantas pessoas sobrevivem com essa renda? \_\_\_\_\_ adultos \_\_\_\_\_ crianças

**EXPOSIÇÕES AMBIENTAIS E INFORMAÇÕES ADICIONAIS**

11. GEN - 11 Com qual idade a Sra. teve sua primeira menstruação? \_\_\_\_\_ anos
12. GEN - 12 A Sra. já ficou grávida alguma vez?  
 1 Sim  
 0 Não (**Se não, ir para o item GEN -15**)
13. GEN - 13 Qual era sua idade quando engravidou pela primeira vez? \_\_\_\_\_ anos
14. GEN - 14 Quantas vezes a Sra. ficou grávida ? \_\_\_\_\_
15. GEN - 15 A Sra. amamentou seus filhos no peito por mais de um mês?  
 1 Sim  
 0 Não
16. GEN - 16 A Sra. já entrou na menopausa (as regras diminuíram ou acabaram)?  
 1 Sim  
 0 Não
17. GEN - 17 A Sra. já fez alguma vez o exame preventivo de câncer do colo do útero?  
 (Papanicolau)  
 1 Sim  
 0 Não (**Se não, ir para o item GEN -19**)
18. GEN - 18 Quando foi a ultima vez que a Sra fez o exame preventivo de câncer do colo do útero (Papanicolau)? \_\_\_\_\_(Ano)
19. GEN - 19 A Sra já fumou mais de 100 cigarros durante toda sua vida?  
 1 Sim  
 0 Não (**Se não, ir para o item GEN -22**)
20. GEN - 20 A Sra fuma ao menos um cigarro por dia?  
 1 Sim  
 0 Não
21. GEN - 21 Se sim, quantos cigarros a Sra costuma fumar diariamente? \_\_\_\_\_cigarros
22. GEN - 22 A Sra consome bebidas alcoólicas? (cerveja, vinho, cachaça, outras)  
 1 Sim  
 0 Não
23. GEN - 23 Se sim, então pense sobre o seu consumo há cerca de um ano atrás e diga quantas vezes a Sra consumiu bebida alcoólica
- |                                 | Cerveja | Vinho | Destilados (cachaça, etc) | Outros |
|---------------------------------|---------|-------|---------------------------|--------|
| 0. Menos que uma vez por mês    | _       | _     | _                         | _      |
| 1. Menos que uma vez por semana | _       | _     | _                         | _      |
| 2. 1-2 vezes por semana         | _       | _     | _                         | _      |
| 3. 4-5 vezes por semana         | _       | _     | _                         | _      |
| 4. Diariamente                  | _       | _     | _                         | _      |



24. GEN - 24 No seu trabalho, a Sra. anda bastante a pé?  
1 Sim  
0 Não
25. GEN - 25 No seu trabalho, a Sra carrega peso ou faz outra atividade pesada?  
1 Sim  
0 Não
26. GEN - 26 A Sra costuma fazer a faxina na sua casa?  
1 Sim  
0 Não
3. GEN AC - 3 A Sra costuma fazer algum tipo de atividade física? (caminhada, ginástica, outras)  
1 Sim  
0 Não
4. GEN AC - 4 Se sim, quantas vezes por semana? \_\_\_\_\_
5. GEN AC - 5 Se sim, geralmente por quanto tempo cada dia? \_\_\_\_\_

**CONHECIMENTOS, CRENÇAS E ATITUDES SOBRE O CÂNCER (CCA)**  
**Gostaria de fazer a você algumas perguntas sobre a saúde da mama e o câncer de mama.**

**RISCO PESSOAL**

31. CCA-1. Na sua opinião, qual é a probabilidade da Sra desenvolver o câncer de mama no futuro? Você diria que sua chance de ter câncer de mama é muito baixa, baixa, moderada, bastante alta ou muito alta?  
0. Muito baixa  
1. Baixa  
2. Moderada  
3. Alta  
4. Muito alta
32. CCA-2. A Sra acredita que uma mulher que não tem parentes com câncer de mama poderá desenvolver um câncer de mama?  
1. Sim  
0. Não
33. CCA-3. A Sra acredita que o câncer de mama é contagioso? Ou seja, A Sra acredita que poderá contrair câncer de mama ao ter contato próximo com alguém que tenha câncer de mama?  
1. Sim  
0. Não

**SEVERIDADE**

34. CCA-4. Se A Sra tivesse câncer de mama, gostaria de saber?  
1. Sim  
0. Não

35. CCA-5. Qual é a probabilidade de alguém que tem câncer de mama de vir a falecer? A Sra diria que é...

0.  **muito pouco provável**
1.  **pouco provável**
2.  **provável**
3.  **a doença é fatal**

36. CCA-6. Até que ponto **a Sra** acredita que o diagnóstico precoce do câncer de mama influenciará as chances de uma pessoa sobreviver ao câncer de mama?

0.  **Nada**
1.  **Pouco**
2.  **Muito**

### CONHECIMENTOS SOBRE OS FATORES DE RISCO

37. CCA-7. Vou ler alguns fatores que podem ou não influenciar as chances de uma pessoa vir a ter câncer de mama.

A Sra acredita que (*exponha um dos fatores abaixo*) aumenta(m) **MUITO, UM POUCO, NÃO AUMENTA** a(s) chances de uma pessoa contrair câncer ou a Sra **NÃO TEM UMA OPINIÃO** sobre (*exponha o mesmo fator*):

FATORES DE RISCO	Muito	Um pouco	Não aumenta	Sem opinião
1. <b>fumar</b>	2	1	0	99
2. <b>alimentação rica em gorduras</b>	2	1	0	99
3. <b>exposição ao sol</b>	2	1	0	99
4. <b>pesticidas, inseticidas ou outros venenos químicos</b>	2	1	0	99
5. <b>aditivos (conservantes) nos alimentos</b>	2	1	0	99
6. <b>não consumir muitas frutas e verduras</b>	2	1	0	99
7. <b>tensões da vida (estresse)</b>	2	1	0	99
8. <b>consumo frequente de bebidas alcoólicas</b>	2	1	0	99
9. <b>pancada no seio</b>	2	1	0	99
10. <b>muitos parceiros sexuais</b>	2	1	0	99
11. <b>história de familiares com câncer</b>	2	1	0	99
12. <b>cor da pele</b>	2	1	0	99
13. <b>não praticar muito exercício físico</b>	2	1	0	99
14. <b>sexo oral</b>	2	1	0	99
15. <b>pecado</b>	2	1	0	99
16. <b>usar sutiã com arames</b>	2	1	0	99
17. <b>idade avançada</b>	2	1	0	99
18. <b>estar acima do peso normal</b>	2	1	0	99
19. <b>uso de desodorante</b>	2	1	0	99
20. <b>uso de métodos anticoncepcionais (explicar)</b>	2	1	0	99
21. <b>uso de terapia de reposição hormonal</b>	2	1	0	99
22. <b>outros remédios</b>	2	1	0	99
23. <b>consumo de leite ou produtos derivados de leite</b>	2	1	0	99

24. <b>depressão, raiva , amargura ou ressentimento</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>99</b>
25. grande decepção pessoal	2	1	0	99
26. <b>inveja ou ciúme</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>99</b>
27. <i>mau-olhado</i>	2	1	0	99
28. <b>não ter filhos</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>99</b>
29. <b>alimentos transgênicos (geneticamente modificados)</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>99</b>
30. <b>não amamentar no peito</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>99</b>
31. radiação emitida por campos magnéticos (morar perto de linhas de transmissão – linhões - ou postes com transformadores elétricos)	2	1	0	99
32. radiação emitida por ultrassom ou outro aparelho de exames de imagem	2	1	0	99

### CONHECIMENTO ACERCA DOS SINAIS E SINTOMAS DO CÂNCER DE MAMA

38. CCA - 8 A Sra acredita que pode ter câncer de mama sem ter um tumor ou nódulo no seio?

1. Sim
0. Não

### TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL

Eu gostaria de fazer algumas perguntas a Sra sobre a terapia de reposição hormonal, que são remédios com hormônios que as mulheres podem receber para aliviar alguns dos sintomas da menopausa.

39. TRH - 1 A Sra já fez alguma vez terapia de reposição hormonal?

1. Sim
0. Não **(Ir para o item PDP - 1)**

40. TRH - 2 Com que idade a Sra começou a fazer terapia de reposição hormonal?

0. Antes dos 40 anos
1. Entre 41 e 45 anos
2. Entre 46 e 50 anos
3. Entre 51 e 55 anos
4. Acima de 55 anos

49. TRH - 3. Durante quanto tempo a Sra fez uso da terapia de reposição hormonal?

0. Menos de 3 meses
1. De 3 a 6 meses
2. De 6 meses a 1 ano
3. De 1 a 2 anos
4. De 2 a 5 anos
5. Mais de 5 anos

50. TRH - 4. A Sra ainda está fazendo terapia de reposição hormonal?

1. Sim
0. Não

51. PDP - 7. Eu vou ler para a Sra algumas ocorrências que podem ou não ser sinais ou sintomas do câncer de mama. O(A) (*ocorrência na relação abaixo*) pode ser um sintoma de câncer de mama?

<b>OCORRÊNCIA</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não Sei</b>
a. Nódulo ou caroço na mama	1	0	99
b. Descoloração, urticária ou afundamento da pele da mama ou dos mamilos	1	0	99
c. Dor na mama sem relação com a menstruação	1	0	99
d. Mamilo virado para dentro	1	0	99
e. Secreção do mamilo	1	0	99
f. Mudança no tamanho e na forma da mama	1	0	99

52. PDP - 8. Se uma mulher achar um nódulo ou caroço na mama, a Sra diria que as chances de ser câncer de mama são:

0. baixas
1. moderadas
2. altas

## **ANEXO B – Termo de consentimento livre e esclarecido**

### **Conhecimento e crenças acerca do câncer de mama em mulheres de Rio Branco, AC: estudo de base populacional.**

#### **INTRODUÇÃO E PROPÓSITOS**

A Sra está sendo convidada a participar de uma pesquisa sobre o que as mulheres de Rio Branco-Acre pensam, sentem, conhecem e fazem em relação ao câncer de mama e ao diagnóstico precoce do câncer. Estou solicitando a sua participação porque a Sra é mulher, mora em Rio Branco e tem pelo menos 40 anos de idade.

Você não é obrigada a participar deste estudo e pode se recusar a responder quaisquer perguntas e pode retirar-se da pesquisa a qualquer momento. Não existem penalidades se a Sra escolher não participar deste estudo. Se a Sra decidir participar, toda informação obtida será totalmente sigilosa e confidencial, e o seu nome não será nunca divulgado em nenhuma circunstância.

#### **PROCEDIMENTO**

A Sra será entrevistada e responderá a algumas perguntas, que devem tomar cerca de 30 minutos. Estas informações nunca serão vinculadas a nenhuma informação pessoal como seu nome, endereço ou outra informação que torne possível uma outra pessoa identificá-la ou contatá-la.

As perguntas que a Sra responderá serão sobre o que a Sra sabe sobre o câncer de mama, suas causas, sobre o diagnóstico no início da doença, sobre o que a Sra pode fazer para prevenir a doença e sobre seu tratamento.

#### **RISCOS**

Não existem riscos pessoais, políticos ou sociais conhecidos que possam ocorrer devido a sua participação nesta entrevista.

#### **BENEFÍCIOS**

A participação da Sra nesta pesquisa poderá não trazer benefícios pessoais imediatos. A informação que a Sra vier a fornecer, no entanto, ajudará no planejamento futuro para as comunicações em saúde em relação ao controle do câncer de mama no Brasil. Esta informação nos ajudará a direcionar as mudanças no modo como as pessoas sentem e respondem ao câncer de mama e à prevenção do câncer de mama, e ajudará na melhoria dos métodos do controle de câncer, o que também acarretará em benefícios ao sistema público de saúde.

#### **CONFIDENCIALIDADE**

A informação que você nos dará nesse questionário para esta pesquisa permanecerá confidencial. Seu nome não será incluído nos resultados do estudo. Os resultados serão somente apresentados de forma resumida e não será possível identificar qualquer resposta individual.

#### **CONTATOS**

Se você tiver qualquer pergunta, pode fazê-la agora. Se você tiver perguntas sobre o estudo em um momento posterior, você poderá entrar em contato com o Dr. Sergio Koifman no e-mail [koifman@ensp.fiocruz.br](mailto:koifman@ensp.fiocruz.br), ou Prof<sup>a</sup>Enf<sup>a</sup> Maria Fernanda de Sousa Oliveira, no e-mail [mariafernanda\\_ufac@hotmail.com](mailto:mariafernanda_ufac@hotmail.com)., ou Prof<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Simone Perufo Opitz, no telefone 68-32291513. Se você tiver perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo,

you can contact the Ethics Committee in Research/UFAC, at phone 68-39012711 which supervises the protection of human participants in research.

### **PARTICIPATION VOLUNTARY AND WITHDRAWAL**

Participation in this research is voluntary. You will be able to refuse to participate or to refuse to answer any questions that you do not want to answer. You will be able to stop answering questions at any time during the interview. If you decide to participate and then change your mind, you will be able to withdraw at any time if you so desire. Your participation in the research will have no negative repercussions, and the Sra will not be judged or mistreated for this decision. The Sra will not receive any compensation for participation in this research. I will give the Sra a copy of this consent form so that the Sra can keep it. If the Sra is willing to be a volunteer and participate in this research, please sign below.

I declare that I understand the objectives, risks and benefits of participation in this research and I consent to participate.

---

Assinatura do participante

---

Cidade

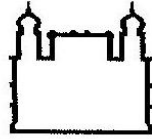
---

Data

---

Pesquisador

## ANEXO C – Declaração de Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 05 de novembro de 2010.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

**PROCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 201/10**  
**CAAE: 0213.0.031.000-10**

**Título do Projeto:** “Estudo sobre conhecimentos, atitudes e práticas de saúde da mama em mulheres no Brasil”

**Classificação no Fluxograma:** Grupo I

**Pesquisador Responsável:** Sergio Koifman

**Instituição onde se realizará:** Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/FIOCRUZ

**Data de recebimento no CEP-ENSP:** 23 / 09 / 2010

**Data de apreciação:** 03 / 11 / 2010

**Parecer do CEP/ENSP:** Aprovado.

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d, da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.

Atenção: Este projeto será encaminhado à Conep e, portanto, deve aguardar a apreciação final desta, para início da execução.

  
Prof. Angela Esther  
Coordenadora  
Comitê de Ética em Pesquisa  
CEP/ENSP