

Estudo dos fatores que contribuem com a adesão ao rastreamento mamográfico

Study of the factors that contribute to the adhesion to mammographic screening

Jéssica Vilela Ferreira Ferrazzo de Araujo

Graduanda do curso de Medicina (UNIPAM).

E-mail: jessi_araujo@yahoo.com.br

Flávio Rocha Gil

Professor orientador (UNIPAM).

E-mail: frgil@terra.com.br

Resumo: O câncer de mama é o tipo de neoplasia mais frequente entre as mulheres brasileiras e também o de maior mortalidade. Recentemente, várias políticas visando o rastreamento dessa doença vêm sendo introduzidas no país. O presente trabalho visa identificar a adesão ao rastreamento mamográfico desse câncer entre as mulheres participantes do programa Unipam Sênior, no município de Patos de Minas/MG. Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo e transversal, em que a coleta de dados foi feita por meio da técnica de entrevista/questionários com registro em formulário. A amostra constituiu-se de 79 mulheres com idade igual ou superior a 50 anos; 96,2% delas já realizaram mamografia, 43,4% utilizaram o Sistema Único de Saúde para realizar esse exame e 86% receberam orientações acerca dessa neoplasia. Esses achados apontam uma altíssima adesão quanto ao acesso ao rastreamento mamográfico nessa amostra, que foi atribuído ao elevado índice de escolaridade, apesar da baixa renda familiar encontrada.

Palavras-chave: Neoplasias da Mama. Programas de Rastreamento. Saúde da Mulher. Mamografia. Prevenção de Câncer de Mama.

Abstract: The breast cancer is the most common cancer among Brazilian women and also the one with bigger mortality. Recently, many screening politics about this disease has been introduced in the country. This research wants to identify the adhesion to mammography screening for this kind of cancer among the women from Unipam Sênior from Patos de Minas/MG. This is a quantitative, descriptive and cross-sectional study in which the data collection was made by interview/ questionnaires technique record in forms. The sample consisted in 79 women, 50 years old or more; 96,2% of them had already taken mammography, 43,4% used the Brazilian Unified National Health System (SUS) to do this exam and 86% received orientation about this neoplasia. These finds indicate a great adhesion in the access of mammography screening in this sample, which was assigned to the high scholarity index, despite the low familiar income.

Keywords: Breast Cancer. Screening Programs. Women's Health. Mammography. Breast Cancer Prevention.

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Promoção à Saúde tem como um de seus objetivos promover a qualidade de vida e diminuir a fragilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes. Nesse sentido, o governo federal lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, que aborda, entre outras doenças, o câncer de mama. Diante disso, pretende-se aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos e tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer, além de aperfeiçoar o rastreamento desse câncer e universalizar os exames a todas as mulheres (BRASIL, 2013).

O câncer de mama é, atualmente, o segundo tipo com maior prevalência no mundo e o mais frequente entre as mulheres, correspondendo a 22% dos novos casos a cada ano (INCA, 2013). É considerado, também, a neoplasia que mais acomete o sexo feminino no Brasil, exceto na região Norte e excluindo-se os tumores de pele não melanoma. A faixa etária mais acometida é por volta dos 50 anos, sendo que, raramente, acontece antes dos 30. Entretanto, nos últimos tempos, houve um aumento na incidência desse câncer a nível mundial, mesmo nas mulheres mais jovens (SANTOS JUNIOR; SOARES, 2012).

Segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (BRASIL, 2011), em 2011, ocorreram 13.345 mortes em decorrência dessa neoplasia, sendo 120 homens e 13.225 mulheres. Há uma estimativa do Instituto Nacional de Câncer – INCA de que, em 2014, haja 57.120 novos casos de câncer de mama. Se diagnosticado e tratado a tempo, o prognóstico é relativamente bom. Em nosso país, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados (INCA, 2013).

Com a evolução da saúde pública, houve uma mudança significativa no foco dos cuidados clínicos da cura para a prevenção. Diante disso, os exames de rastreamento são parte importante dessa nova fase, pois são aplicados em pessoas saudáveis, o que gera garantia de benefícios relevantes frente aos riscos e danos previsíveis e imprevisíveis da intervenção (BRASIL, 2010). A mamografia é o único exame utilizado para rastreamento de câncer de mama com capacidade de detectar lesões não palpáveis e causar impacto na mortalidade, sendo, por isso, o exame de imagem preconizado para o screening mamográfico no Brasil (BRASIL, 2013).

Estudos realizados em países desenvolvidos, como EUA, Reino Unido e Austrália, revelam que a realização da mamografia de rastreamento e o tratamento precoce da doença em mulheres entre 50 e 69 anos reduziram significativamente os índices de mortalidade por esse tipo de câncer (FORLIN *et al.*, 2012; SOARES *et al.*, 2012). A United States Preventive Services Task Force – USPSTF (2009) também fala sobre evidências convincentes de que o screening mamográfico reduz a mortalidade pelo câncer de mama, com maior redução absoluta para mulheres entre 50 e 74 anos do que para aquelas entre 40 e 49 anos. A evidência mais forte de benefício se situa entre a faixa etária feminina de 60 a 69 anos, enquanto que entre mulheres com 75 anos ou mais, há falta de evidências quanto aos benefícios.

Apesar disso, ainda existem divergências em relação à faixa etária incluída no screening mamográfico, já que a Sociedade Brasileira de Mastologia – SBM (2014) delimita que mulheres entre 40 e 69 anos devem fazer a mamografia como método de rastreamento enquanto que o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) preconiza que mulheres entre 40 e 49 anos devem fazer Exame Clínico das Mamas (ECM) anual e, se alterado, mamografia; mulheres de 50 a 69 anos um ECM anual e mamografia a cada dois anos e ainda inclui um terceiro grupo que seria de mulheres de 35 anos ou mais com risco elevado, as quais deveriam fazer ECM e mamografia anual.

Em pacientes com anormalidades ou lesões suspeitas à mamografia ou massas palpáveis mamárias, o método diagnóstico preferencial é a biópsia, sendo que somente o exame físico ou o mamográfico não selam sozinhos o diagnóstico definitivo (GALHARDO *et al.*, 2012).

O rastreamento mamográfico é uma realidade cada vez mais presente no contexto da saúde feminina. Há vários fatores que podem limitar e/ou auxiliar na efetividade desse rastreamento, estejam eles relacionados ao sistema de saúde, à educação ou à adesão ao exame. O conhecimento dessa ação é de fundamental importância, pois abre novas perspectivas no contexto da saúde pública no que tange à conscientização e acesso desse processo, associado à qualificação da saúde da mulher (LOURENÇO; MAUAD; VIEIRA, 2013).

O objetivo do presente estudo é avaliar os fatores que contribuem para a adesão ao rastreamento mamográfico das mulheres participantes do programa Unipam Sênior, além de verificar se a população alvo possui acesso ao rastreamento mamográfico por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O carcinoma mamário compreende um grupo de neoplasias epiteliais malignas, com múltiplas formas de apresentação clínica, diferentes graus de agressividade tumoral e potencial metastático. Pode ser desencadeado por vários fatores, sendo eles individuais, ambientais, reprodutivos, hormonais e genéticos. Acomete, principalmente, mulheres após os quarenta anos de idade, sendo relativamente raro antes dos 35 anos; acima dessa faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente (GASPERIN, 2010; INCA, 2013; SILVA, 2012). Estatísticas indicam aumento de sua incidência tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento e a sobrevida média após cinco anos é de 61% (INCA, 2013).

A história natural do câncer de mama pode ser dividida em fase pré-clínica, que seria o intervalo de tempo entre o surgimento da primeira célula maligna e o desenvolvimento do tumor até atingir condições de ser diagnosticado clinicamente; e fase clínica, que inicia a partir desse momento. Ainda não há um consenso sobre a sequência de eventos iniciais da evolução do câncer da mama, admite-se que esse carcinoma passe por uma fase *in situ*, na qual a membrana basal está preservada, evoluindo posteriormente para a ruptura dessa membrana e progredindo para a forma infiltrativa ou invasiva (BRASIL, 2013).

A melhor forma de prevenção primária do câncer de mama é a amamentação e a adoção de um estilo de vida saudável, o que inclui a prática regular de atividade

física, a manutenção de peso corporal adequado e o consumo moderado ou ausente de álcool (INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011).

O crescimento tumoral tem progressão lenta e o tumor mamário atinge um tamanho clinicamente detectável somente após cerca de oito anos do início do processo cancerígeno. A mamografia detecta de 80% a 90% dos casos de câncer de mama em mulheres assintomáticas e a detecção precoce dessa neoplasia é a única forma de diminuir suas taxas de morbimortalidade. O diagnóstico é feito por meio do exame físico, da mamografia e da biópsia, sendo que a palpação das mamas e a mamografia são os procedimentos utilizados para o diagnóstico precoce. Outros exames de imagem, como a ultrassonografia e os exames de laboratório, são úteis para a avaliação do comprometimento local e de metástases à distância (GASPERIN, 2010; SANTOS; CHUBACI, 2011).

O diagnóstico precoce consiste em identificar a doença quando ainda em estágios iniciais (lesões menores que dois centímetros de diâmetro), o que representa melhor prognóstico. As manifestações clínicas dessa fase são: nódulo palpável, endurecimento da mama, secreção mamilar, eritema mamário, edema mamário em “casca de laranja”, retração ou abaulamento, inversão, descamação ou ulceração do mamilo e linfonodos axilares palpáveis; sendo que o sintoma mais comum é o aparecimento de um nódulo, geralmente indolor, duro e irregular, mas há também tumores que são de consistência branda, globosos e bem definidos. Já o rastreamento é a aplicação sistemática da mamografia em populações assintomáticas, para identificar mulheres com anormalidades sugestivas de câncer (SANTOS JUNIOR; SOARES, 2012; BRASIL, 2013).

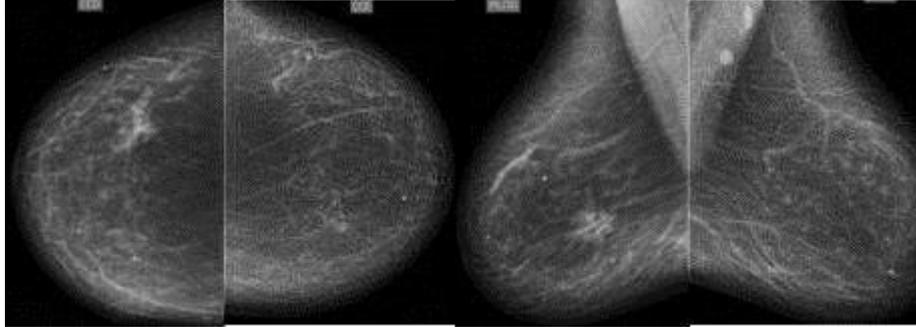
No intuito de identificar as lesões iniciais do câncer de mama, o exame clínico das mamas (ECM) é parte fundamental da propedêutica diagnóstica. Deve ser realizado como parte do exame físico e ginecológico em todas as consultas clínicas, independentemente da faixa etária, e constitui a base para a solicitação dos exames complementares. Vale ressaltar que a identificação de massa palpável nas mamas, na grande maioria das vezes, não se relaciona com câncer. Entretanto, como em cerca de 10% dos casos há neoplasia associada, o diagnóstico diferencial deve ser feito (SANTOS JUNIOR; SOARES, 2012; LEITE, 2011).

A mamografia é o principal instrumento de escolha para a detecção e diagnóstico precoce da neoplasia mamária. Ela consegue identificar as alterações celulares antes mesmo de se expressarem clinicamente e é a única modalidade indicada em estudos prospectivos randomizados que foi capaz de reduzir a mortalidade por essa doença (ZAPPONI; TOCANTINS; VARGENS, 2012). Entretanto, para que os benefícios desta se tornem evidentes e mensuráveis, os intervalos de repetição entre os exames devem ser regulares (MARCHI, 2010). A mamografia tem sensibilidade de, aproximadamente, 90% e especificidade entre 85% e 94%, e sua utilização como método de rastreamento reduz a mortalidade em 25% (BRASIL, 2007).

Esse exame é realizado por um aparelho chamado mamógrafo que emite baixas frequências de raios-x – útil para exame de tecido mole – e as incidências mais frequentemente utilizadas em exames de rastreamento são a craniocaudal e a médio-lateral oblíqua. O carcinoma mamário pode exibir várias alterações mamográficas (Figura 1), como: microcalcificações, nódulos, assimetrias focais, entre outras. Os

achados mais relevantes para malignidade são os nódulos com forma irregular e contornos espiculados, as microcalcificações pleomórficas desenhando trajeto e as distorções arquiteturais (TORTORA; DERRICKSON, 2010; ALVARES; ALMEIDA, 2009).

Figura 1 – Imagem de mamografia evidenciando Câncer Ductal Invasor



Fonte: Sociedade Brasileira de Mastologia (2011)

O sistema de classificação Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS®), do American College of Radiology (ACR), foi introduzido em 1993 para mamografia e atualizado em 2003, sendo disponibilizado tanto para a ultrassonografia quanto para a ressonância magnética, com o objetivo de padronizar os laudos e orientar os médicos mastologistas em relação à chance das lesões serem malignas. Isso ajuda não só na condução da investigação, mas também na redução dos fatores de confusão na descrição e interpretação das imagens, facilitando, ainda, a emissão do resultado final do exame.

O BI-RADS é estruturado em quatro seções: seção I – léxico da imagem mamográfica; seção II – sistematização do laudo mamográfico; seção III – acompanhamento e monitoramento do resultado final; seção IV – criação de um banco de dados nacional (NASCIMENTO; SILVA; MACIEL, 2010). Esse sistema possui classificações que vão de 0 a 6 para descrever os achados do exame e também prevê sugestões de conduta, sintetizados na Tabela 1 (BRASIL, 2013).

Tabela 1 – Categorias BI-RADS no exame mamográfico, interpretação e recomendação de conduta.

Categoria	Interpretação	Recomendação de conduta
0	Exame incompleto	Avaliação adicional com incidências e manobras; correlação com outros métodos de imagem; comparação com mamografia feita no ano anterior.
1	Exame negativo	Rotina de rastreamento conforme a faixa etária ou prosseguimento da investigação, se o ECM for alterado.
2	Exame com achado tipicamente benigno	Rotina de rastreamento conforme a faixa etária.
3	Exame com achado provavelmente benigno	Controle radiológico.*
4	Exame com achado suspeito	Avaliação por exame de cito ou histopatológico.
5	Exame com achado altamente suspeito	
6	Exame com achados cuja malignidade já está comprovada	Terapêutica específica em Unidade de Tratamento de Câncer.

Fonte: BRASIL (2013)

No rastreamento, um exame positivo não sela um diagnóstico, pois, geralmente, seleciona as pessoas com maior probabilidade de apresentar a doença em questão. Assim, outro teste confirmatório (com maior especificidade para a doença em questão) é necessário depois de um rastreamento positivo para que se possa estabelecer um diagnóstico definitivo (BRASIL, 2010).

Diante disso, somente a mamografia não é suficiente para estabelecer um diagnóstico definitivo. Faz-se necessário, então, diante de lesões mamárias suspeitas, um estudo histopatológico para realização do diagnóstico final do câncer. Existem diversas modalidades diagnósticas na investigação das lesões mamárias, dada a facilidade de acesso da mama, mas é a biópsia cirúrgica (excisional) a considerada “padrão ouro”. Entretanto, em contexto, a apresentação de câncer de mama em estádios avançados, biópsias minimamente invasivas podem desempenhar um importante papel por fornecer o diagnóstico antes da terapêutica, seja sistêmica ou cirúrgica, do ponto de vista do custo-efetividade (BRASIL, 2013).

O método de investigação diagnóstica complementar irá depender da lesão encontrada nos achados clínicos (lesões palpáveis e lesões não palpáveis) e/ou dos resultados radiológicos. Nas lesões não palpáveis da mama, classificadas como Categoria 4 e 5 (BI-RADS®), e, eventualmente, nas lesões Categoria 3 (BI-RADS®), a obtenção de material para exame histopatológico pode ser feita por meio de biópsia cirúrgica e da biópsia percutânea. A punção por agulha fina pode ser usada para lesões palpáveis e impalpáveis, de conteúdo cístico ou sólido (BRASIL, 2013).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal, relacionado à adesão das mulheres participantes do programa Unipam Sênior ao rastreamento mamográfico.

O projeto Unipam Sênior é uma atividade de extensão desenvolvida pelo Centro Universitário de Patos de Minas que é voltado para pessoas com mais de 50 anos e oferece atividades culturais, de lazer, saúde, educação e de conhecimentos gerais. Esse projeto de extensão tem como objetivo geral a inclusão do pessoal de terceira idade na vida social como atores de sua própria existência, como pessoas autônomas, capazes de promover seu próprio bem-estar físico, mental e social. Os encontros acontecem duas vezes por semana, às terças e quintas-feiras.

O tamanho amostral foi estabelecido com base na amostragem não probabilística por julgamento, levando em consideração que o programa possui 144 alunos, sendo 128 mulheres. Entrevistaram-se, por meio de um questionário com 36 questões, 79 mulheres, utilizando cálculo de erro amostral de 7%.

Como fatores de inclusão, utilizaram-se alunas regularmente matriculadas no programa Unipam Sênior. Como fatores de exclusão, elencou-se a ausência da(s) aluna(s) no dia da aplicação do questionário e/ou a negativa das mesmas em assinar o TCLE.

As variáveis de estudo foram: faixa etária, escolaridade, nível socioeconômico, prática de atividade física, história familiar para câncer de mama, história pessoal de rastreamento mamográfico.

Os dados foram coletados por meio de um questionário idealizado pelos autores. As alunas foram abordadas na sala de aula de 13 a 30 de maio de 2014 e esclarecidas quanto ao conteúdo e finalidade da pesquisa. Estas possuem livre-arbítrio para decidir se querem ou não participar voluntariamente do trabalho. As alunas que contribuíram respondendo o questionário assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Os pesquisadores identificaram como fatores de risco a divulgação do nome das candidatas nos resultados finais, o que não ocorreu, pois foram tomados todos os cuidados éticos. A adesão não acarretou em ganhos financeiros para as mesmas. Somente houve intervenção dos pesquisadores nos casos em que a aluna teve dúvidas quanto ao preenchimento dos questionários.

A presente pesquisa foi submetida à aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM) e sua realização foi autorizada pelo parecer 793.686, no dia 12 de setembro de 2014.

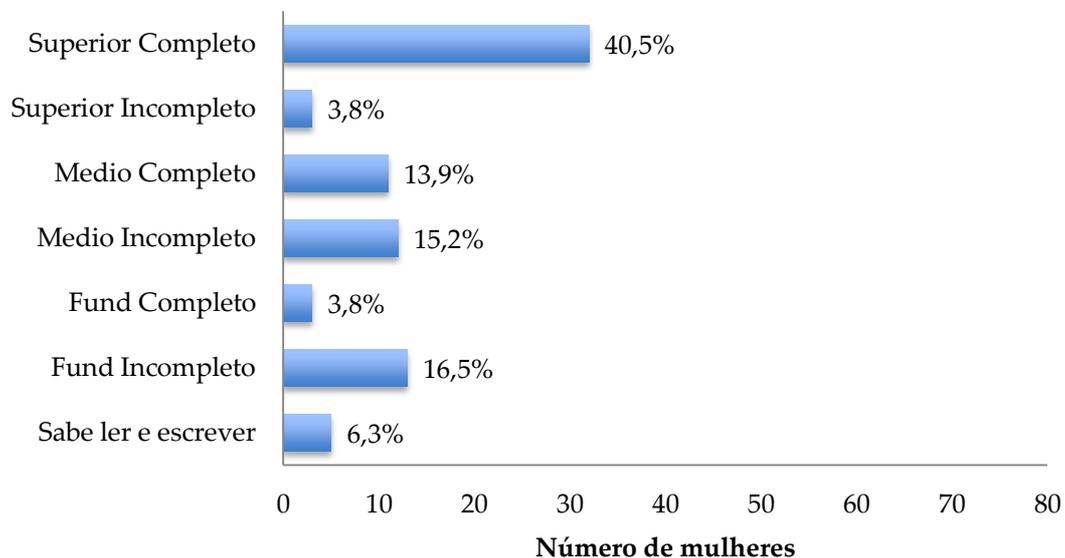
As informações obtidas foram mantidas sob sigilo, as pacientes não foram submetidas a qualquer forma de identificação e os dados foram divulgados com fins científicos, obedecendo à Resolução número 196 de 10 de outubro de 1996 e a Resolução número 251 de 05 de agosto de 1997 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados coletados foram organizados em um banco de dados após digitação dupla e comparação dos valores, utilizando o programa Microsoft Excel 2010. As variáveis foram analisadas em suas frequências absolutas e relativas e examinadas por meio de estatística descritiva com cálculo das medidas de tendência central.

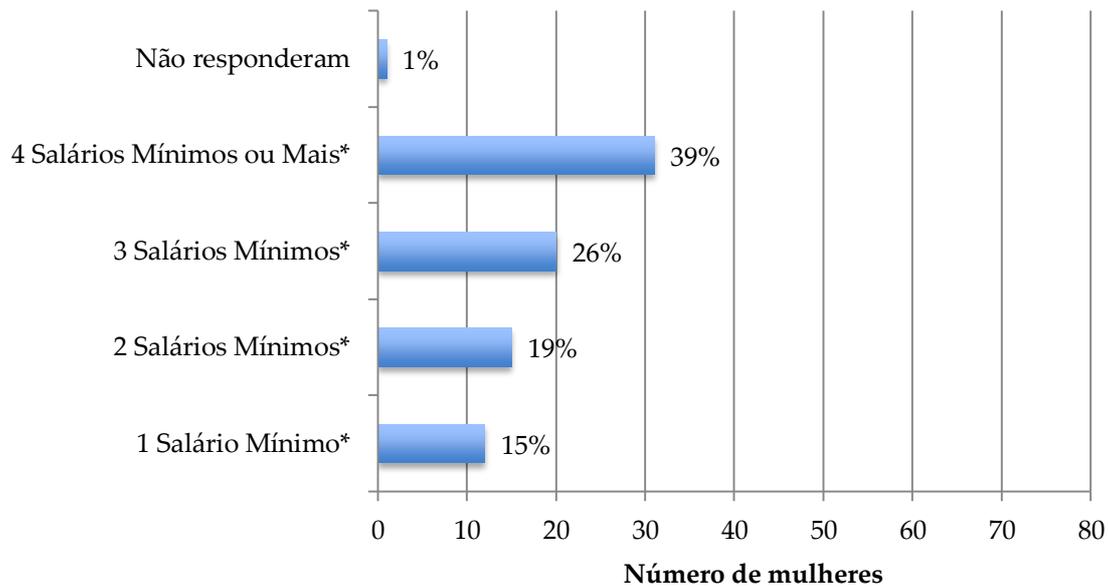
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do presente estudo constituiu-se de 79 mulheres participantes do programa Unipam Sênior no município de Patos de Minas/MG. Avaliando-se o perfil das entrevistadas, identificou-se uma idade média de 63,8 anos de idade, sendo que 34,2% do total estão na faixa etária entre 50-59 anos, 43% entre 60-69 anos, 12,7% entre 70-79 anos e 7,6% entre 80-89, sendo que 2,5% delas não responderam. Pôde-se verificar, também, o alto grau de escolaridade das entrevistadas, demonstrado pelo fato de que mais da metade delas completou o ensino médio e que 40,5% possui ensino superior completo, como evidenciado no gráfico 1.

Gráfico 1: Grau de escolaridade das mulheres entrevistadas



Sobre a renda familiar, observou-se que 60% das mulheres enquadram-se na classe D ou abaixo dessa faixa, segundo classificação do IBGE (2014), ou seja, compatível com 3 salários mínimos ou menos – gráfico 2.

Gráfico 2: Renda familiar das mulheres entrevistadas

*salário mínimo de R\$725,00 (valor referente ao ano de 2014)

Das participantes do programa Unipam Sênior entrevistadas, 96,2% já realizaram o exame de mamografia, 2,5% nunca fizeram e 1,3% não responderam. Esses resultados demonstram uma adesão muito acima da média, se comparada com alguns outros trabalhos, como este realizado no Espírito Santo em 2009, em que do total das entrevistadas, 55,8% já realizaram mamografia (LEITE *et al.*, 2011), e neste outro, realizado no estado de Goiás em 2008, 66% entre as mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos haviam realizado o exame, considerando-se a realização de mamografia bial (CORRÊA, 2012).

A adesão aos programas de rastreamento, segundo Lima *et al.* (2011), está diretamente relacionada ao índice de escolaridade da população estudada, o que ficou evidente também em nossos resultados.

Segundo o trabalho de Leite *et al.* (2011), o maior número de mamografia concentrou-se na classe social A/B, demonstrando que essas classes têm maior prevalência na realização da mamografia que as classes C, D e E; isso reforça as pesquisas que citam que o aumento progressivo da realização da mamografia está relacionado às classes sociais mais altas. Em nossa amostra, no entanto, foi observado que a renda familiar não influenciou na realização desse exame.

Dessa pequena porcentagem (2,5%) de mulheres que nunca realizaram o exame, 50% alegaram que não o fizeram por falta de vontade e a outra metade por medo da dor, medo do câncer e falta de oportunidade/instrução. Porém, todas afirmaram que foram instruídas sobre a necessidade de fazer o exame pelo seu médico ou outro profissional de saúde e também foram orientadas a repeti-lo.

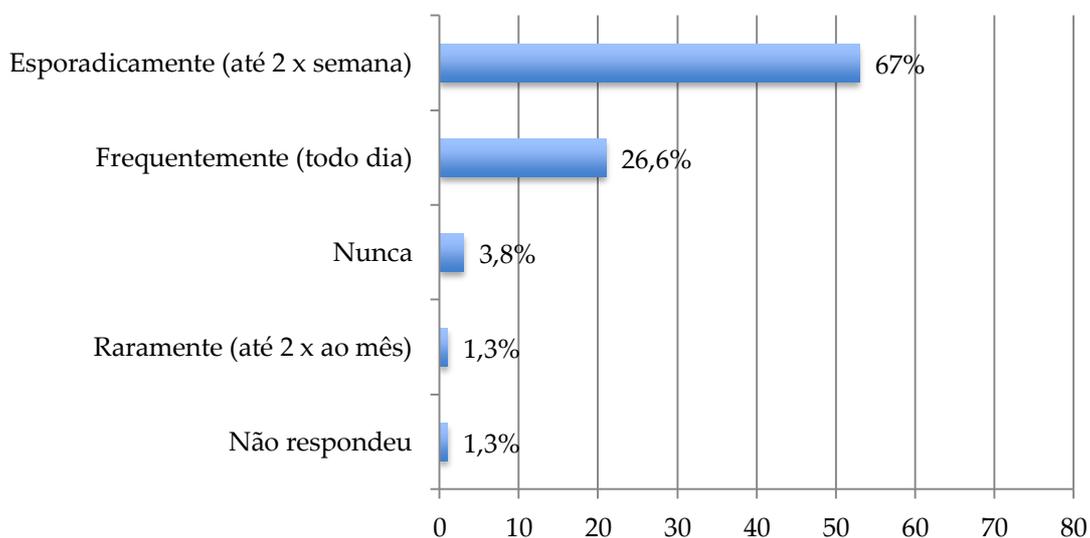
Em relação às mulheres que já realizaram o exame, 86,8% delas disseram que foram instruídas sobre a importância de realizar a mamografia pelo seu médico/profissional de saúde; e, dessas, 89,3% disseram terem sido orientadas quanto

à necessidade de repetir o exame. No que se refere à data com que realizaram a última mamografia, 72,4% a fizeram no último ano, 19,7% a realizaram há mais de um ano e 7,9% não se lembram quando foi, o que demonstra assiduidade nos exames de rastreamento, evidenciando o acompanhamento contínuo dessas mulheres. A maioria das diretrizes internacionais, bem como o Projeto Diretrizes e o documento de consenso do INCA, recomendam o rastreamento com mamografia todo ano (ou no máximo a cada 2 anos) a partir dos 50 anos, quando pode-se atingir até 35% de redução de mortalidade por esse câncer (STEIN *et al.*, 2009).

Quanto ao meio utilizado para fazer os exames mamográficos, das entrevistadas que já realizaram a mamografia, 43,4% utilizaram o Sistema Único de Saúde (SUS) e 56,6% utilizaram o sistema particular ou os convênios, demonstrando um bom acesso ao SUS. Entretanto, no que concerne ao tempo de espera para realização dos exames, 51,51% das que utilizaram o SUS disseram que levaram de 6 meses a 1 ano para conseguirem realizar o exame e 15,15% demoraram mais de um ano, o que mostra que, apesar de o acesso ser amplo, as filas de espera ainda são grandes, como demonstrou Silva (2010) em seu trabalho, no qual as pacientes esperavam cerca de 6 meses para conseguirem realizar esse exame ou, ainda, como relataram Boff, Schappo e Kolhs (2010) sobre pacientes que submeteram-se à filas de espera de meses e até anos.

Em relação à prática de atividade física, em nossa amostra, percebemos que somente 5,1% não praticam exercícios ou, se o fazem, realizam raramente (até 2 vezes por mês), o que nos mostra que a grande maioria (93,6%) pratica atividades assiduamente.

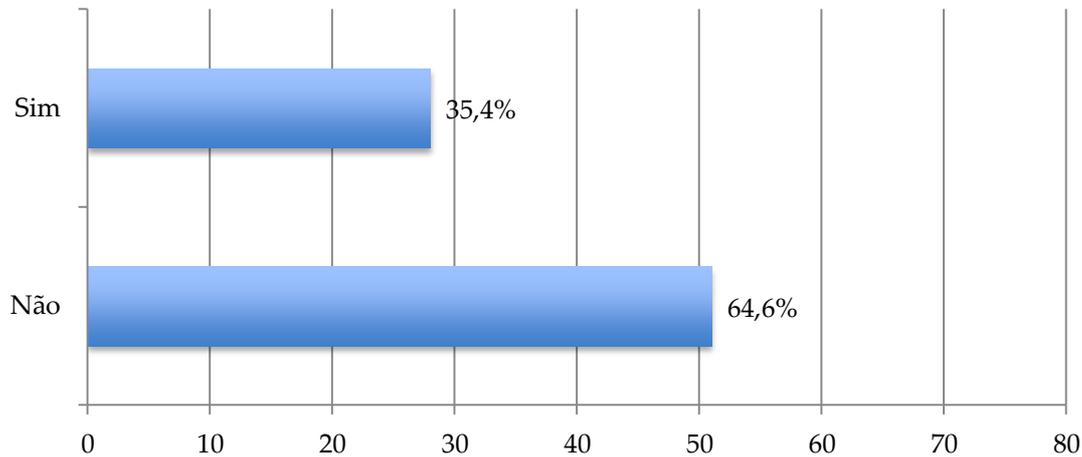
Gráfico 3: Prática de Atividade Física das mulheres entrevistadas



Sobre a questão do histórico familiar de câncer de mama, mais da metade das mulheres entrevistadas (64,6%) tem histórico negativo, enquanto que uma pequena parcela tem histórico positivo. Torna-se interessante pontuar que, das mulheres que

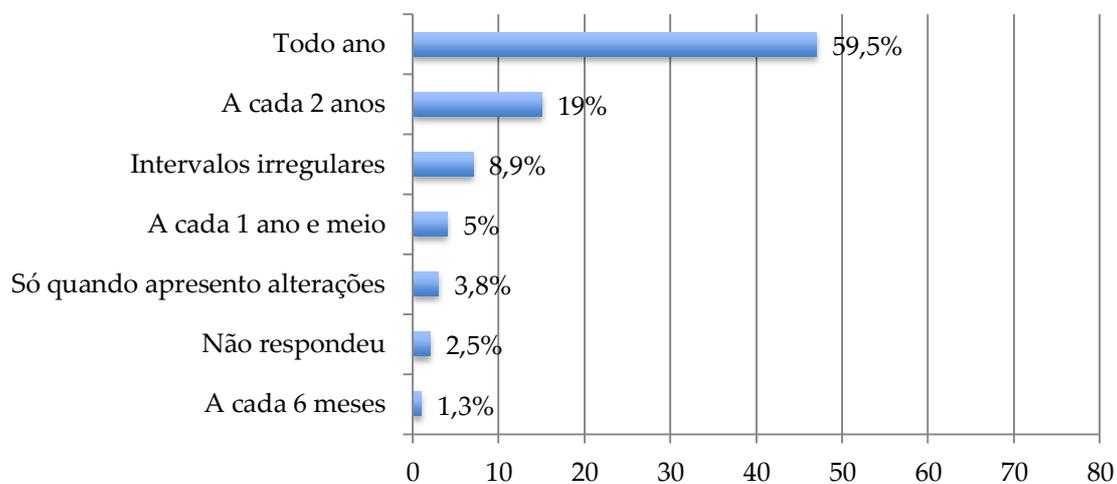
não responderam e também as que nunca realizaram o exame de mamografia, todas têm histórico negativo para esse tipo de câncer.

Gráfico 4: Histórico Familiar de Câncer de mama das mulheres entrevistadas



Quando questionadas a respeito da visita ao ginecologista/mastologista, 59,5% procuram o especialista todo ano, 1,3% a cada seis meses, 8,9% sem regularidade e 3,8% só procuram na presença de alguma alteração. Segundo o Ministério da Saúde, as mulheres devem realizar anualmente o exame clínico da mama (ECM), sendo esse realizado durante as consultas com seu ginecologista/mastologista. Podemos verificar, então, que mais da metade da amostra consultada (60,8%) está dentro do previsto, consultando-se anualmente (FLORIANÓPOLIS, 2010).

Gráfico 5: Frequência de consultas ao ginecologista/mastologista das mulheres entrevistadas



5 CONCLUSÃO

O estudo demonstra uma grande adesão ao rastreamento mamográfico por essa população, a qual foi atribuída, principalmente, ao alto índice de escolaridade na amostra; o nível socioeconômico, no entanto, não foi um fator importante na participação em programas de rastreamento, já que mais da metade das entrevistadas pertencem à classe D ou abaixo dessa.

É importante que incentivemos a realização do exame mamográfico de rastreamento nas mulheres que ainda não o realizam periodicamente, mesmo que elas representem uma parcela pequena da amostra. Isso pode ser feito por meio de esclarecimentos sobre seus medos e expectativas, já que, segundo o estudo realizado, não foi por falta de oportunidade.

O reconhecimento da importância do diálogo dos profissionais de saúde com as pacientes pode ajudar a vencer dificuldades, medos e preconceitos acerca do exame, auxiliando-as no conhecimento da importância desse exame, e, como visto nos resultados, isso foi de grande importância para a adesão ao exame mamográfico de rastreamento.

REFERÊNCIAS

ALVARES, B. R.; ALMEIDA, O. J. Contribuição das incidências mamográficas complementares na investigação do câncer mamário. *Revista Brasileira Mastologia*, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 69-75, abr/jun 2009. Disponível em: <<http://www.sbmastologia.com.br/revista%202009/19-02/pag%2069.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2014.

BOFF, A.; SCHAPPO, C. R.; KOLHS, M. Câncer de mama: perfil demográfico e fatores de risco. *Revista Saúde Pública Santa Catarina*, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 21-31, jan/jun 2010. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/73/108>>. Acesso em: 29 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Mamografia: da prática ao controle. Recomendações para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro, 2007. 112 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. *Caderno de Atenção Básica – nº 13*, Brasília, 2013. 2. ed. 124 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Série A. *Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Primária*, n. 29. Brasília, 2010. 97 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informática do SUS – Datasus. Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. *Informações de Saúde (TABNET)*. Estatísticas vitais, 2011. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acesso em: 26 fev. 2014.

CORRÊA, R. S. *Mamografia: infraestrutura, cobertura, qualidade e risco do câncer radioinduzido em rastreamento oportunístico no estado de Goiás*. 2012. 165 f. Dissertação (Pós Graduação em Ciências da Saúde) – Curso de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2012.

FLORIANÓPOLIS. . Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Programa Saúde da Mulher*. Protocolo de atenção integral a saúde da mulher. Secretaria Municipal de Saúde. Tubarão: Editora Copiart, 2010. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.34.09.68795919f7565362b22dc5dadfadfe38.pdf>. Acesso em: 06 set. 2015.

FORLIN, D. C. *et al.* Programas governamentais sobre câncer de mama em mulheres: atualidades. CONVIBRA SAÚDE – CONGRESSO VIRTUAL BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO, GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE. 2012. *Anais eletrônicos...* [S.l.: s.n.]. Disponível em: <http://www.convibra.com.br/upload/paper/2012/75/2012_75_4333.pdf>. Acesso em: 07 set. 2015.

GALHARDO, C. A. V. *et al.* Concordância entre core biopsy e exame anatomopatológico da peça cirúrgica em pacientes com câncer de mama. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, [S.l.], v. 48, n. 1, p. 59-65, fev. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v48n1/a12v48n1.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2015.

GASPERIN, S. I. *Cobertura e fatores associados aos exames de detecção precoce do câncer de colo do útero e mama em Florianópolis, SC, 2009: um estudo transversal de base populacional*. 2010. 208 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103311/286441.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 29 nov. 2014.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2014. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 27 nov. 2014.

INCA. *Tipos de câncer – Mama*. 2013. Disponível em:<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>>. Acesso em: 02 mar. 2014.

INUMARU, L. E.; SILVEIRA, E. A.; NAVES, M. M. V. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1259-1270, jul. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n7/02.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2014.

LEITE, F. M. C. *et al.* A estratégia de saúde da família e o rastreamento do câncer de mama. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 12, n. 2, p. 1-9, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.uel.br/ccs/espacoparasaude/v12n2/estrategia.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2014.

LIMA, A. L. P. *et al.* Rastreamento oportunístico do câncer de mama entre mulheres jovens no Estado do Maranhão, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1433-1439, jul. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n7/18.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2014.

LOURENÇO, T. S.; MAUAD, E. C.; VIEIRA, R. A. C. Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 66, n. 4, p. 585-91, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a18.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2014.

MARCHI, A. A. *Adesão ao rastreamento mamográfico em serviços de saúde públicos e privados*. 2010. Dissertação (Doutorado em Tocoginecologia) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. 2010.

NASCIMENTO, J. H. R.; SILVA, V. D.; MACIEL, A. C. Acurácia dos achados mamográficos do câncer de mama: correlação da classificação BI-RADS e achados histológicos. *Radiologia brasileira*, [S.l.], v. 43, n. 2, p. 91-96, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rb/v43n2/a08v43n2.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2015.

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 & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 16, n. 5, p. 2533-2540, 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n5/a23v16n5.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

SANTOS JUNIOR, J. C.; SOARES, L. F. M. Câncer de Mama. *In: VIEIRA, S. B. et al. Oncologia Básica*. Teresina: Fundação Quixote, 2012. cap. 3, p. 41-60.

SILVA, S. B. *Avaliação da efetividade de práticas de saúde de tratamento do câncer de mama: revisão sistemática da literatura*. 2012. 155 f. Dissertação (Graduação em Engenharia de Produção) – Curso de Engenharia de Produção da Escola Politécnica, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2012.

SILVA, V. D. Rede de vigilância em câncer de mama município de Nova Santa Rosa – PR. In: MOSTRA DE TRABALHOS EM SAÚDE PÚBLICA, 4, 2010, Cascavel. *Anais...* Cascavel. Disponível em: <http://cac.php.unioeste.br/eventos/anais_4mostra/mostra_saude_publica_trabalhos/rede_vigilancia_cancer_mama.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2014.

SOARES, P. B. M. *et al.* Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais. *Revista Brasileira Epidemiologia*, [S.l.], v. 15, n. 3, p. 595-604. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n3/13.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. *Nota de posicionamento*. 2014. Disponível em: <<http://www.sbmastologia.com.br/index/index.php/agenda-e-eventos/eventos/9-destaque-/308-sbm>>. Acesso em: 03 mar. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. *O que a mamografia pode ver*. Nov. 2011. Disponível em: <<http://www.sbmastologia.com.br/cancer-de-mama/rastreamento-diagnostico-cancer-de-mama/mamografia-7.htm>>. Acesso em: 03 mar. 2014.

STEIN, A. T. *et al.* Rastreamento do câncer de mama: recomendações baseadas em evidências. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, v. 53, n. 4, p. 438-446, out/dez 2009. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/53-04/24-Rastreamento_unimed.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2014.

TORTORA, G. J.; DERRICKSON, B. Sistema Genital. In: _____. *Princípios de anatomia e fisiologia*. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. cap. 28, p. 1071-1119.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*, Rockville, v. 151, n. 10, p. 716-726, 2009. Disponível em: <<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf09/breastcancer/brcanrs.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

ZAPPONI, A. L. B.; TOCANTINS, F. R.; VARGENS, O. M. C. A detecção precoce do câncer de mama no contexto brasileiro. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 386-90, jul/set 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20n3/v20n3a18.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2014.