

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PESQUISA EM
DESENVOLVIMENTO
BIOTECNOLOGIA MÉDICA

Tânia Silveira Lourenço

Primeiro rastreamento organizado regional no Brasil: Barreiras
relacionadas à realização do exame de mamografia.

Dissertação de mestrado

Botucatu
2009

Tânia Silveira Lourenço

Primeiro rastreamento organizado regional no Brasil: Barreiras
relacionadas à realização do exame de mamografia.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista Campus de Botucatu,
ao Programa de Pós-graduação em Pesquisa e
Desenvolvimento Biotecnologia Médica, para
obtenção do título de mestre em Pesquisa e
Desenvolvimento: Biotecnologia Médica.

Orientador: Prof.Dr. René Aloísio da Costa Vieira

Botucatu
2009

Lourenço, Tânia Silveira.

Primeiro rastreamento organizado regional no Brasil: barreiras relacionadas à realização do exame de mamografia / Tânia Silveira Lourenço. – Botucatu : [99], 2009.

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2009

Orientador: Prof. Dr. René Aloísio da Costa Vieira

Assunto CAPES: 21400000

1. Mama – Câncer. 2. Família – Saúde e higiene – Planejamento.

CDD 616.994

Palavras-chave: Adesão e diretrizes; Câncer de mama; Mamografia; Planejamento em saúde; Programa de rastreamento.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo exemplo de vida e caráter, por todas as oportunidades que me ofereceram, pelo incentivo e apoio para a conclusão deste trabalho.

Ao Dr. Edmundo Carvalho Mauad pela oportunidade, apoio, incentivo de crescimento profissional e condições necessárias para a conclusão deste curso de pós-graduação.

Ao meu orientador Dr. René Aloísio Vieira da Costa, que com todo carinho especial de segundo pai, me orientou com paciência, dedicação e incentivo constante na elaboração deste trabalho me fazendo acreditar que eu seria capaz.

À Dr^a. Scylla Duarte Prata pela oportunidade de poder realizar essa pesquisa no Hospital de Câncer de Barretos e fornecer o suporte necessário para a sua concretização.

À equipe do Núcleo de Apoio ao Pesquisador, em especial ao Dr. André, Thiago, Allini, Stela e Silvana pelo apoio e contribuições prestadas durante a elaboração deste trabalho.

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação em Pesquisa e Desenvolvimento, em particular a Dr^a. Maria Inês de M.C.Pardini, a Dr^a. Elenice Defune e o Dr. Paulo Eduardo de Abreu Machado pelo entusiasmo na viabilização do programa de mestrado profissionalizante, gerando conhecimento, abrindo oportunidades e dividindo seus conhecimentos, permitindo aos alunos um amadurecimento científico.

Às enfermeiras, agentes comunitários e profissionais do Programa de Saúde da Família das cidades da DRS-V pelo suporte a este levantamento.

À Administradora e as Enfermeiras do Departamento de Prevenção Maisa, Daiane, Isabete, Silvia e Samara pelo suporte durante essa trajetória para que eu pudesse realizar esta pesquisa.

Ao Dr. Rafael Jr. e ao Walter pelo apoio técnico na adequação do Banco de dados.

A todos da equipe do Departamento de Prevenção pela prontidão em me ajudar, apoio e torcida por mim.

Aos meus amigos companheiros de pós-graduação Natasha, Sandra, Gustavo e Sandro pelos momentos de descontração durante as longas horas de viagem.

A minha irmã Telma e ao meu namorado Antonio pelo carinho, amizade, demonstração de estima e incentivo.

A todos os familiares, amigos, colegas e todas as pessoas, cujos nomes não foram citados, mas que de alguma forma contribuíram para que esta pesquisa se concretizasse, o meu mais sincero agradecimento.

Resumo

Introdução: A mamografia constitui o método populacional mais eficaz na redução da mortalidade por câncer de mama, visto a elevação do diagnóstico de lesões precoces. Países em desenvolvimento apresentam uma elevação na incidência e mortalidade por câncer de mama, decorrente da limitação do exame de mamografia e de programas efetivos de rastreamento. Há inúmeras barreiras relacionadas a não realização do exame de mamografia, podendo estar relacionadas ao sistema de saúde, à educação e à adesão da paciente. Iniciou-se em 2003 na DRS-V um rastreamento mamográfico, controlando as variáveis relacionadas ao sistema de saúde e educação.

Método: Na região da DRS/V do Estado de São Paulo, constituída por 19 cidades, iniciou-se um rastreamento mamográfico organizado, a mulheres na faixa etária dos 40-69 anos, através de uma Unidade Móvel de Prevenção (UMP) contendo um mamógrafo, ou em uma unidade fixa, em local onde havia limitação prévia a realização deste exame. Avaliou-se as características de 17.964 mulheres atendidas nos dois primeiros anos do projeto, sendo avaliadas as características desta população; e após a cobertura populacional de 50,3% das mulheres, foram entrevistadas 550 mulheres que nunca haviam realizado o exame de mamografia anteriormente. Nas mulheres refratárias foi aplicado questionário avaliando o conhecimento sobre o auto-exame da mama, a importância da mamografia, bem como estratégias para identificação desta população refratária ao exame.

Resultados: No início do projeto o Programa de Saúde da Família foi o principal fator motivador a realização do exame de mamografia (46,8%) e a maioria dos exames foi realizada em UMP (63,7). Cerca de 42,1% das mulheres nunca havia realizado o exame de mamografia na vida, sendo que as mulheres que não haviam realizado o exame previamente constituído principalmente de mulheres da faixa etária 40-69 anos, baixa classe socioeconômica e baixa escolaridade. Houve uma relação inversa entre a escolaridade e classe sócio-econômica e a realização do exame de mamografia. A taxa de tumores precoces foi de 39,2%. Na população refratária ao exame de mamografia, suas principais características foram à baixa escolaridade (84,7%), a baixa classe sócio-econômica (66,8%), e a faixa etária dos 42-49 anos (43,8%). As mulheres relataram que o auto-exame da mama é pouco indicado por parte dos médicos (14,9%), sendo poucas as mulheres que o realizavam de maneira adequada (30,6%). O exame de mamografia também é pouco oferecido pelos médicos (24,0%), porém as mulheres sabem de sua importância e não o realizam principalmente devido a ausência de sintomas (60,4%), medo da dor (25,1%) ou do câncer (20,5%). Para identificação desta população o Programa de Saúde da Família (PSF), foi de fundamental importância (90,0%), sendo que apenas 71,8% destas mulheres aderiram e realizaram o exame de mamografia.

Conclusões: O Programa de Saúde da Família e o uso de Unidade Móvel de Prevenção permitiram diminuir as barreiras ao exame de mamografia em população com baixa adesão prévia a este exame. A identificação de sub-grupos refratários ao exame de mamografia nos mostra a necessidade de aprimoramento no rastreamento, sendo o PSF um importante instrumento de intervenção.

Palavras-chave: Adesão e diretrizes; Câncer de mama; Mamografia; Planejamento em saúde; Programa de rastreamento.

Abstract

Introduction: Mammography breast screening is related to early breast cancer diagnosis and the reduction of breast mortality is related to the increase in early breast cancer diagnosis. Developing countries have an increase in incidence and mortality for breast cancer is related to low income of mammography and the absence of organized screening. There are barriers related to the low adherence to mammography exam, and the main reasons are related to health system, education and adherence to guidelines. In 2003 started in DRS-V a mammography screening controlling the factors related to health system and knowledge.

Method: We began a mammographic screening in São Paulo state DRS/5 region, consisted with 19 cities, a mammographic breast cancer screening in women between 40-69 years old using a Mobile Unit with a mammography or in a fixed unit. We evaluated the characteristics of 17.964 women screened from the first two years of the project. When 50,3% of women had been screened we found 550 women non adherent to the project and applied questions related to the knowledge about breast clinical examination or reasons related to non adherence to mammography exam, and we analyze the strategies used to find these women.

Results: The “Programa de Saúde da Família” was the main factor related to adherence to mammography (46,8%) and the main local related to exams was the Mobile Unit (63,7%). There were 42,1% of the women who hadn't done de mammography in their life's and these women were principally between 40-49 years old, low socio-economic status and low income. There was an inverse relation in mammography previously and years of schooling and income. There was 39,2% early breast cancer diagnosis. The 550 women had low years of schooling (84,7%), low income (66,8%) and were between 42-49 years old (43,8%). The clinical frequently doesn't realize breast examination (14,9%), and low women know how to do this exam (30,6%). Besides the clinical don't inform about the importance of mammography (24,0%), women don't do this exam because the absent of health symptoms, afraid of pain (25,31%) or afraid of cancer (20,5%). The “Programa de Saúde da Família” (PSF) had a fundamental importance to identify these women (90,0%), and just 71,8% of the interviewed women realized mammography.

Conclusion: The “Programa de Saúde da Família” and mobile units overcome the barriers related to non adherence to mammography in a place with previous low income of mammography. The identification of sub-group non adherent to mammography screening shows us the importance to improve the screening, and the PSF is a good way to promote health intervention.

Keywords: adherence and guidelines, breast cancer; mammography; health planning; program screening.

Lista de Ilustrações

Revisão

Figura 1: Barreiras relacionadas à não adesão ao exame de mamografia. 20

Artigo 2

Figura 1: (a) Unidade Móvel de Prevenção; (b) Mamógrafo 600T GE; (c) Área geográfica; (d) População atendida 72

Lista de Tabelas

Artigo 1

Tabela 1 Características da população analisada 49

Tabela 2 Fatores relacionados à adesão ao auto-exame, a mamografia, e metodologia de intervenção realizada..... 50

Artigo 2

Tabela 1 Número e porcentagem de mulheres atendidas pelo programa de rastreamento na unidade móvel de prevenção segundo características demográfica, sociais e clínicas. Hospital de câncer de Barretos-SP.2008..... 69

Tabela 2 Resultado da análise da regressão logística univariada das mulheres atendidas pelo programa de rastreamento na unidade móvel de prevenção segundo a não realização prévia do exame de mamografia. Hospital de câncer de Barretos-SP.2008..... 70

Tabela 3 Modelo final da análise da regressão logística multivariada das mulheres atendidas pelo programa de rastreamento, segundo a não realização prévia do exame de mamografia. Hospital de câncer de Barretos-SP.2008. 71

Sumário

Resumo	5
Abstract	6
Lista de ilustrações	7
Lista de tabelas	8
Revisão da literatura.....	11
Epidemiologia/Incidência.....	12
Fatores de risco.....	14
Prevenção do câncer de mama.....	15
Rastreamento mamográfico.....	17
Barreiras à realização do exame de mamografia.....	19
Barreiras relacionadas ao Sistema de Saúde	20
Barreiras relacionadas à educação ou conhecimento.....	21
Barreiras relacionadas à adesão ou atitude da paciente.....	24
Ações de enfermagem com o rastreamento.....	25
Objetivos	27
Artigo 1: Barreiras relacionadas á adesão ao exame de mamografia em rastreamento mamografico no Estado de São Paulo-Brasil.....	29
Artigo 2: Barreiras relacionadas ao sistema de saúde em rastreamento mamográfico.....	51
Conclusão	73
Referências	75
Anexos	87

REVISÃO DA LITERATURA

Revisão da Literatura

Epidemiologia/ Incidência

O câncer, em 2005, foi responsável por 14% das mortes do planeta, o que corresponde a aproximadamente 7,6 milhões de óbitos, sendo que mais de 70% ocorreram em países de média ou baixa renda (*World Health Organization -Who-2006*), assim considerado um grave problema de saúde pública nos Estados Unidos da América (EUA) e em outros países do mundo. Estima-se que por ano ocorram mais de 1.050.000 novos casos de câncer de mama em todo o mundo, tornando este o mais comum dos cânceres entre as mulheres (Brasil, 2004). Estima-se para 2020 15 milhões de novos casos anuais, dos quais 60% destes ocorrerão em países em desenvolvimento (Parkin et al., 2005).

Foram detectados, somente nos EUA, cerca de 1.399.790 novos casos de tumores invasivos e 564.830 mortes em decorrência do câncer, no ano de 2006, entre os americanos, tendo o tumor de mama como o mais frequente entre as mulheres. Observa-se que em cada nove mulheres que nascem neste país deve desenvolver câncer de mama no decorrer de sua vida, sendo que o risco médio estimado para o desenvolvimento de carcinoma de mama ao longo da vida de uma mulher é de aproximadamente, 12 % (Urban et al.,1994; Kemp et al., 2002).

No Brasil, as neoplasias constituíram a segunda causa de óbito no ano de 2001 entre a população brasileira, superadas somente pelas doenças cardíacas, já ultrapassando as causas externas (Brasil, 2004). Estimou-se, para 2008, a ocorrência de 466.730 novos casos de câncer, metade, na população feminina. O câncer de mama representa o principal tipo de câncer na mulher, e o segundo tumor

mais frequente na população feminina (21%), quer pela sua frequência, quer pela sua mortalidade. Para o ano de 2008 estimam-se 49.400 novos casos, sendo 57,5% destes na região Sudeste, onde a estimativa é de 68,1 casos para cada 100.000 mulheres. Na região sudeste cerca de 39% dos tumores ocorrem nas capitais, onde a estimativa é 99,4 casos para cada 100.000 mulheres, números próximos a países desenvolvidos (Brasil, 2008).

Apesar dos avanços na medicina, o câncer de mama é diagnosticado em estádios avançados em países com recursos limitados, devido a um déficit na capacidade de promover a detecção precoce, diagnóstico e tratamento. Para avaliar a complexidade do sistema de saúde em relação ao câncer de mama o “*Breast Health Global Initiative*” (BHGI) procurou categorizar os níveis de organização dos países, em relação ao câncer de mama, onde o nível básico estimula o auto-exame da mama, o nível limitado possui ultrasonografia e mamografia diagnósticas, o nível aumentado possui mamografia diagnóstica com rastreamento mamário oportunístico, e o nível máximo possui rastreamento mamário organizado populacional (Anderson et al., 2006).

O prognóstico do câncer de mama é considerado bom. Verifica-se que a sobrevivência nos países desenvolvidos é na ordem de 73%, e nos países em desenvolvimento de 57%. Somente nos EUA a taxa é de 89% aos cinco anos, consequência da realização de programas de rastreamento (Parkin et al., 2005) e, neste país, a elevação da incidência tem se associado à diminuição da mortalidade. Este fato não ocorre no Brasil, onde a elevação da incidência tem se associado à elevação na mortalidade (Brasil, 2008; Jemal, 2008), visto que a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados (Brasil, 2003), representando um panorama sombrio (Kemp et al., 2005), no qual 80% dos tumores de mama que chegam ao

hospital para tratamento encontram-se em estágio II, III e IV da doença, tornando o tratamento mais caro e diminuindo as possibilidades de cura.

Fatores de Risco

A incidência do câncer vem crescendo no Brasil, assim como no mundo, num ritmo que acompanha o envelhecimento populacional, decorrente do aumento da expectativa de vida, proporcionado por ações sociais voltadas na área de saúde que evitaram mortes prematuras por doenças infecto-contagiosas ou parasitárias, aumentando a curva de mortalidade por doenças crônico-degenerativas (Brasil, 2004). Com relação aos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, inúmeros estudos estão sendo realizados na busca de identificá-los, porém o mais importante é, sem dúvida nenhuma a idade, que possivelmente esteja relacionada aos efeitos cumulativos da exposição a agentes carcinogênicos durante a vida (Kemp et al., 2002; Godinho & Koch, 2004). A predisposição genética, apesar de representar cerca de 5 a 10% de todos os casos de câncer de mama por mutações genéticas, é outro fator de risco muito importante, evidenciando um maior risco quando o familiar próximo (mãe, irmã ou filha) , tem história de câncer mama e/ou ovário antes dos 50 anos ou em ambas as mamas. Os novos padrões de comportamento reprodutivos, como primeira gravidez tardia ou nuliparidade, menarca precoce, menopausa tardia, também são considerados fatores de risco para o aparecimento do câncer de mama, e estão relacionados à ação dos estrógenos e da progesterona sobre a glândula mamária. (Thuler, 2003; Kemp et al., 2002). Fatores ambientais, relacionados ao consumo de alimentos gordurosos, contendo principalmente gordura saturada, a obesidade pós menopausa, o consumo

de bebidas alcoólicas, por elevarem os níveis endógenos de estrogênios, consumo de cigarros e a exposição a pesticidas/organoclorados em certas regiões de país têm demonstrado influência nos riscos relacionados ao câncer de mama. (Schwartzmann, 2001; Thuler, 2003).

Prevenção do Câncer de Mama

Atualmente, muito se discute sobre a prevenção primária do câncer de mama. Medidas mais simples como mudança no estilo de vida, evitando o sedentarismo e a obesidade na menopausa através das atividades físicas regulares, ter a primeira gestação antes dos 35 anos (Barros & Pinotti, 2001), evitar a terapia de reposição hormonal, promover a quimio-prevenção com moduladores seletivos de estrogênio, indicados para aquelas mulheres de alto risco, e até medidas mais radicais como cirurgia bilateral dos ovários para as mulheres que têm BRCA1 ou BRCA2 mutado e mastectomia profilática podem diminuir o risco do câncer de mama (Leris & Mokbel, 2001; Kaaks & Lukanova, 2002; Cho et al., 2003). Porém, medidas práticas efetivas para prevenção primária do tumor de mama são difíceis de serem aplicadas em larga escala na atualidade.

A prevenção secundária constitui o diagnóstico precoce do câncer. O câncer de mama pode ser detectado através de exames menos sofisticados como é o caso do exame físico, um exame acessível a toda população, seja esse realizado pela própria mulher ou por profissionais capacitados e treinados para o exame clínico de mama. Porém, estratégias avaliando o exame físico são de difícil mensuração, visto a variedade entre observadores, bem como o fato de sua pouca sensibilidade

(Marinho et al., 2003), que varia de 57% a 83% na faixa etária dos 50-59 anos (Xavier et al., 2008).

Apesar de difundido entre as mulheres, a realização adequada do exame clínico de mama (ECM) ocorre em apenas uma parcela das mulheres (21,8%) (Monteiro et al., 2003). O ECM leva a mulher a uma avaliação médica e são observadas alterações benignas na ordem de 11,4% (Xavier et al., 2008), entretanto, a taxa de detecção de lesões malignas é baixa, fazendo parte integrante do processo de conscientização em relação ao câncer de mama (Kemp et al., 2002; Xavier et al., 2008). Uma análise de estudos controlados mostrou que o ECM em grande escala não determina impacto na diminuição do risco de morte por câncer de mama (Thuler, 2003). O exame físico e o auto-exame da mama devem ser valorizados em locais onde não se possua mamógrafos suficientes e rede eficiente de diagnóstico precoce do câncer de mama (Anderson et al., 2006).

Segundo as recomendações da Sociedade Americana de Câncer, o exame clínico da mama deve ser iniciado aos 20 anos de idade, com intervalo trienal até os 30 anos, quando deve ser realizado anualmente. No Brasil, o Consenso de Controle do Câncer de Mama, principal documento do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama, preconiza o exame clínico da mama a partir dos 40 anos com periodicidade anual (Thuler, 2003; Gerbrim & Quadros, 2006).

A *American Cancer Society*, o *Canadian Task Force* e a Sociedade Brasileira de Mastologia recomendam o uso rotineiro da mamografia a mulheres com idade acima dos 40 anos. Por outro lado, a *U. S. Task Force* e o Instituto Nacional do Câncer do Brasil sugerem a utilização da mamografia após os 50 anos para as mulheres assintomáticas. A Organização Mundial de Saúde concluiu, através de estudo dos ensaios clínicos, que é necessário ampliar o rastreamento entre a faixa

etária de 40 a 69 anos (Brasil, 2002), devendo ser o intervalo para a realização do exame anual ou bianual (Thuler, 2003; Lee, 2002). O Brasil apresenta metas definidas através do Programa Viva Mulher para o rastreamento do câncer de mama porém, a falta de recursos impõe limitações à sua expansão efetiva, retardando possivelmente, o diagnóstico e tratamento precoce (Brasil,2004). A lei 11.664 de 29/04/2008 modifica o paradigma da idade no Brasil, diminuindo a faixa etária de início do rastreamento para os 40 anos, fato que necessita de tempo para ser implementado.

Rastreamento Mamográfico

O rastreamento para o câncer de mama consiste na melhor metodologia de prevenção secundária para a população, como medida de intervenção da doença, promovendo a detecção precoce na fase assintomática, implicando na redução substancial da morbi-mortalidade causada pelo diagnóstico tardio (Mauad et al., 2007).

A primeira evidência favorável do rastreamento vem de um ensaio clínico proposto, de longa duração, iniciado em 1963 no *Health Insurance Plan* (HIP), em mulheres na idade de 40-64 anos, utilizando o exame clínico e a mamografia. O resultado deste estudo mostrou uma redução de 30% da mortalidade por câncer de mama em um período de sete anos (Verbeek et al.,1984; Humphrey et al.,2002; Shapiro et al.,1971). Da mesma forma, outros estudos prospectivos demonstraram que o rastreamento mamográfico leva a uma maior taxa de detecção de lesões mamárias, associando-se a uma diminuição da mortalidade por câncer que chega em até 35% (Lee, 2002; Thuler, 2003; Shapiro, 1994). A alteração da mortalidade

ocorre, principalmente, em mulheres na faixa etária dos 50 a 69 anos, porém, o benefício na faixa etária dos 40 a 49 anos também já foi provado (Kerlikowske, 1997; Shapiro, 1994).

A maior probabilidade de redução da mortalidade por câncer de mama em vários países desenvolvidos pode ser atribuída aos programas de rastreamento (de Koning, 2003), enquanto que, nos países em desenvolvimento, como no Brasil, as taxas de mortalidade por esse tipo de tumor ainda permanecem elevadas.

Nos EUA a taxa de realização de exame de mamografia é de 70% da população, superior nas mulheres brancas (72,1%) e escolaridade elevada (80,1%), nascidas nos EUA (71,6%) e portadoras de convênio médico (73,6%) (Ward et al., 2004). Por outro lado, em 2001, um estudo realizado na região de Barretos mostrou que em mulheres da região a taxa de mamografia era baixa, verificou-se que 78,3% das mulheres que apresentavam baixa escolaridade nunca haviam realizado mamografia. Estes dados podem justificar o fato de, em 1985 a 1995, as taxas observadas no SEER de tumores de mama em estágio precoce (EC 0+I) corresponderem, respectivamente, a 42,5% e 56,2%; observando no mesmo período estas taxas no Registro Hospitalar de Câncer do Hospital de Câncer de Barretos corresponderam a 7,8% e 15,1%, respectivamente, fato também relatado em outras regiões do Estado de São Paulo (Guerra et al., 2005).

No Brasil, o percentual de mulheres que realizam mamografia na faixa dos 40 aos 69 anos é de 44,6%, taxa inferior no Estado de Tocantins (21,7%) e a maior taxa no Estado de São Paulo (61,1%). Avaliando-se o percentual de mamografias realizadas apenas pelo SUS nos estados anteriormente citados, observa-se valores de 6,9% e 19,2%, respectivamente, fato que denota um grande déficit de exames de mamografia em nível populacional. Dentre os principais problemas, verifica-se a falta

de mamógrafos destinados à rede pública, a falta de equipamentos relacionados ao diagnóstico precoce e o déficit nas tabelas de remuneração de procedimentos, pois os valores são insuficientes para cobrir os custos operacionais. Neste contexto, há um desestímulo por parte da iniciativa privada na formalização de parcerias, na ampliação das ações em saúde pública. Apesar do conhecimento de todos os processos relacionados ao rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento, há dificuldade na formalização de sistemas de referência efetivas que atendam à população.

Para reduzir as taxas de mortalidade por câncer de mama nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, são necessárias melhorias nas estratégias de controle e detecção precoce da doença (Gebrim & Quadros et al., 2006). Os Estados Unidos e o Reino Unido conseguiram reduzir a mortalidade por câncer de mama nos últimos anos aliando o diagnóstico precoce ao tratamento adequado (Kemp et al., 2002).

Barreiras à realização do exame de mamografia

Há inúmeras barreiras relacionadas às metodologias de rastreamento do câncer. Estas podem ser relacionadas ao sistema de saúde, à educação e ao paciente, constituindo uma tríade que possui vários pontos comuns associados (Figura I) e serão discutidos a seguir.

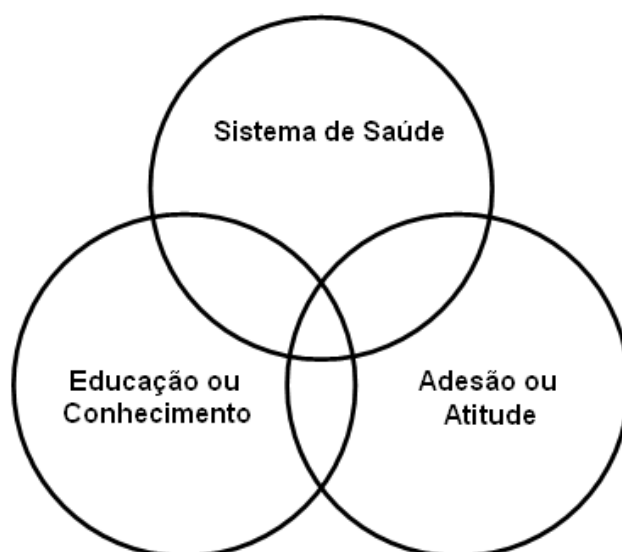


Figura 1: Barreiras relacionadas a não adesão ao exame de mamografia.

Barreiras relacionadas ao Sistema de Saúde

Dentre os fatores relacionados ao acesso no sistema de saúde ao exame temos: (1) acessibilidade pelos serviços de saúde; (2) acessibilidade aos exames de rastreamento; (3) dificuldade de realização de exames de seguimento; (4) custo dos exames; (5) adesão médica insatisfatória decorrente das limitações do sistema de saúde pública (Rimer, 1996; Womeodu & Bailey, 1996; Legler et al., 2002).

Os países em desenvolvimento apresentam limites orçamentários na área de saúde pública direcionados, principalmente, ao tratamento das doenças e orçamentos reduzidos direcionados à prevenção primária e secundária de doenças crônico-degenerativas e do câncer, determinando taxas elevadas de tumores já avançados no diagnóstico.

O diagnóstico precoce leva a uma elevação na cura, sendo custo-efetivo, porém envolve realização de mamografia em larga escala em pacientes

assintomáticas e rapidez no diagnóstico e tratamento nas sintomáticas. Neste contexto é importante promover a saúde da mulher, ampliando-se a infra-estrutura para diagnóstico e tratamento do câncer, iniciando programas de diagnóstico precoce, organizando o sistema para realização de mamografia em larga escala. Para se obter a redução da mortalidade do câncer de mama, possível pela realização da mamografia, esta deve ser realizada em larga escala na população.

As barreiras econômicas são inúmeras vezes citadas na literatura ocorrendo, principalmente, nas pacientes que não possuem convênio médico e possuem recursos limitados para pagamento do exame de mamografia, tornando-se um dos principais fatores relacionados a não adesão aos exames de mamografia, principalmente em populações carentes (Ward et al., 2004). Nos EUA, observa-se principalmente a limitação de adesão nas pacientes que não possuem convênio médico ou em sub-populações consideradas como minorias étnicas (Juon et al., 2004) e baixa renda (Ward et al., 2004).

Barreiras relacionadas à educação ou conhecimento

Em relação às barreiras relacionadas à educação ou conhecimento podemos citar: (1) determinantes culturais em relação ao conceito de saúde; (2) características pessoais de educação, idade e sexo; (3) práticas estabelecidas de prioridades e projetos; (4) demora para rastreamento apropriado; (5) consumo de tempo; (6) características do indivíduo como etnia, idade, classe sócio-econômica e estado educacional (Rimer, 1996; Womeodu & Bailey, 1996; Legler et al., 2002).

Nos últimos anos campanhas de televisão têm sido focadas no auto-exame, porém não há campanhas voltadas para a realização da mamografia, fato que

demonstra um conhecimento limitado da população frente à problemática do câncer de mama.

No que se refere à saúde pública, há limitações na rede assistencial gerada por limitação física (número de mamógrafos disponíveis ao público) e financeira, visto que o atual quadro de pactuação do sistema de saúde encontra-se atrelado a uma série histórica de não realização do exame, fato que compromete o orçamento para melhoria do sistema de saúde primordialmente assistencial para investimentos na prevenção secundária. O profissional de saúde pública se vê limitado na solicitação do exame, de tal forma que ações educacionais não são realizadas neste sentido. Os clínicos não solicitam a mamografia regularmente (Marinho et al., 2008), ficando o mesmo a ser solicitado pelo ginecologista ou mastologista e os especialistas não conseguem realizar cobertura populacional adequada. Apesar do conhecimento dos especialistas a cerca da importância do exame de mamografia, os principais fatores considerados para a não realização do exame de mamografia são: escassez de equipamentos (75,3%), o custo do exame da mamografia (65,7%), os planos de saúde (42,0%), a resistência da mulher para à realização do exame (39,0%) (Godinho & Kock, 2002). Os fatores relacionados a não adesão dos exames de mamografia para pacientes que têm convênio médico são a ausência de solicitação do exame pelo médico (93,3%); e para as mulheres do SUS os fatores são a ausência de solicitação do exame por parte do médico (46,0%), o fato desta população considerar o exame desnecessário (29,9%), e a ausência de recurso financeiro (9,0%) (Godinho & Koch, 2004).

Ao se considerar o grau de escolaridade, deve-se considerar o conhecimento e atitudes em relação ao exame de mamografia, e a diminuição da escolaridade encontra-se relacionada à diminuição na adesão ao exame (Ward et al., 2004). Por

outro lado o estado marital e a presença de filhos levam a mulher a uma conscientização melhor frente à problemática da mama, elevando as taxas de adesão (Aro et al., 2001).

A idade é o fator de risco mais importante para o câncer de mama, no entanto, a população idosa constitui ter uma diminuição na adesão à realização do exame de mamografia regularmente (Rubenstein, 1994). Nas idosas, a diminuição da realização do exame relaciona-se a uma limitação de recursos econômicos (Kelaheer & Stellman, 2000) e a presença de doenças associadas que conduzem a atenção dessas idosas a outros problemas de saúde. Também o desconhecimento ou a não valorização dos fatores de risco e a suposição que a ausência de sintomas associa-se à saúde, determinam as menores taxas de adesão neste grupo (Young & Severson, 2005).

Em migrantes, o pequeno tempo de migração, o não entendimento adequado da língua, a ausência de emprego, o custo do exame e a limitação na disponibilidade de transporte, baixa motivação pessoal e limitações educacionais, encontram-se relacionadas à baixa adesão ao exame de mamografia (Remennickj , 2006; Bakemeier et al., 1995; Yu, 2005; Juon et al., 2004), fato também observado na Suécia (Lagerlund et al., 2002).

Outros grupos considerados de baixa adesão constituem-se de pacientes com transtornos mentais e pacientes com desordens físicas (Kahn et al., 2005; Poulos et al., 2006). A não valorização da importância do exame por parte dos familiares e a presença de desordens mentais levam a outras preocupações sobre o conceito de saúde, determinando baixa adesão à mamografia e ao diagnóstico do câncer em estágio avançado.

Barreiras relacionadas à adesão ou atitude da paciente

Frente às barreiras individuais relacionadas à atitude da paciente, podem-se citar: (1) atitudes e conhecimentos frente ao câncer; (2) ausência de adesão às recomendações sugeridas pelo sistema de saúde; (3) desconforto gerado pelo exame; (4) medo do exame se mostrar positivo; (5) características do indivíduo como etnia, idade, classe sócio-econômica e estado educacional; (6) distância do local do exame; (7) e meio de transporte para chegar até o local do exame (Rimer ,1996; Womeodu & Bailey, 1996; Legler et al., 2002).

Vencidas as barreiras econômicas e as educacionais, passa-se para a etapa das barreiras relacionadas à adesão ao exame de mamografia, visto que o exame é disponível na rede pública, podendo ser estimulado pela equipe de saúde. Ações educacionais para a realização do exame já foram implementadas, restando uma população refratária ao exame de mamografia, fato descrito em locais com rastreamento organizado (Aro et al., 2001; Lagerlund et al., 2000; Lagerlund et al., 2002). Observa-se, em muitos casos, a presença de conhecimento parcial e errôneo sobre a problemática do câncer de mama, tanto no que se refere a populações de risco com história familiar, quanto no benefício do diagnóstico precoce no que se refere ao menor tempo de tratamento e à elevação das taxas de cura. Mulheres que trabalham, que realizam exercícios, que apresentam atividades não exclusivamente domésticas tendem a valorizar a saúde aumentando à adesão à mamografia. Observa-se também que o medo do diagnóstico positivo, o medo do desconforto do exame, a consideração, muitas vezes, de que a mamografia é desnecessária diminuem as taxas de adesão (Bakemeier, 1995; Yu, 2005; Wu et al., 2006; Lagerlund et al., 2000). O desconhecimento do intervalo da realização do exame

também é fato importante, determinando uma não realização regular dos exames. Estas barreiras consiste na barreira final do processo. Vencido o problema sócio-econômico e a informação, chegamos à realização do exame propriamente dito, observando que em pacientes refratárias à mamografia (Lagerlund et al., 2000), que tem como características individuais o medo da dor e a baixa percepção do risco de câncer presentes neste contexto (Aro et al., 2001) são as principais formas de rejeição ao exame de mamografia (Burnett et al., 1995).

Ações da enfermagem com rastreamento

A enfermeira pode atuar no rastreamento sob a forma de educadora sobre a importância de adesão a recomendações a “guidelines”, tanto na realização do auto-exame da mama com na mamografia (Spyer et al., 2007) ou no conceito de “saúde mamária” (Burton, 1995). Neste contexto a informação acerca do câncer de mama, idade para realização do exame de mamografia, formas de detecção do câncer e fatores de risco para o desenvolvimento da doença (Leslie et al., 2003), podem influenciar nas variáveis relacionadas à adesão determinando a elevação no diagnóstico precoce (Rutledge et al., 2001)

A literatura latino-americana é limitada neste contexto, ocorrendo vários trabalhos relacionados ao papel da enfermeira em relação a paciente que é diagnosticada com câncer de mama e as consequências da mastectomia (Camargo & Souza, 2003), podendo ocorrer o estímulo através da consulta de enfermagem (Paula et al., 2002), onde a realização do auto-exame é baixa, sendo necessário aprimorar a capacitação de enfermeiras no controle do câncer de mama (Moura & Nogueira, 2001).

No ano de 2003 iniciou estudo na região de Barretos/SP, onde foi oferecido o exame de mamografia a mulheres da faixa etária dos 40 aos 69 anos através de Unidade Móvel de Prevenção (UMP) contendo um mamógrafo, ou no Hospital. A UMP atuava nas barreiras relacionadas ao Sistema de Saúde e a enfermeira atuava nas barreiras sócio-econômicas e de educação. Tinha como função coordenar as atividades junto com o Programa da Saúde da Família, coordenar as atividades para localizar as mulheres não aderentes ao exame de mamografia, viabilizar a busca ativa de pacientes e, auxiliar no atendimento das pacientes que seriam submetidas ao exame de mamografia, onde prestava papel educativo na conscientização frente o auto-exame e da importância da mamografia. A taxa de ocupação na UMP foi de 82,3% (Mauad et al., 2004), local este onde a enfermeira teve fundamental participação (Lourenço et al., 2007). Em dois anos foram realizados 17.964 exames de mamografia, sendo que 8.293 (46,2%) mulheres nunca havia realizado o exame de mamografia anteriormente. (Lourenço et al., 2007). Tal estudo mostrou que o modelo de utilização da Unidade Móvel de Prevenção, associado a coordenação efetiva da equipe de enfermagem do município e da Instituição, se mostrou efetivo nesta população.

OBJETIVO

OBJETIVO

1. Avaliar a metodologia utilizada em UMP como método de intervenção em área com limitação à realização do exame de mamografia, avaliando os fatores relacionados a não realização prévia do exame.
2. Avaliar a metodologia de identificação e intervenção da população refratária ao exame de mamografia, e os fatores relacionados à baixa adesão.

BARREIRAS RELACIONADAS À ADESÃO AO EXAME DE MAMOGRAFIA EM RASTREAMENTO MAMOGRÁFICO NA DRS-5 DO ESTADO DE SÃO PAULO

TÂNIA SILVEIRA LOURENÇO^{1,2}

RENÉ ALOÍSIO DA COSTA VIEIRA^{1,2,3}

EDMUNDO CARVALHO MAUAD¹

THIAGO BUOSI SILVA⁴

ALLINI MAFRA DA COSTA⁴

STELA VERZINHASSE PERES⁴

(1) Departamento de Prevenção, Hospital de Câncer de Barretos, Fundação Pio XII.

(2) Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia Médica, Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP.

(3) TEMA: Disciplina de Mastologia e Reconstrução Mamária, Departamento de Cirurgia, Hospital de Câncer de Barretos, Fundação Pio XII.

(4) Núcleo de Apoio ao Pesquisador, Hospital de Câncer de Barretos, Fundação Pio XII.

Endereço para correspondência:

Tânia Silveira Lourenço

Hospital de Câncer de Barretos – Fundação Pio XII

Rua: Antenor Duarte Villela, nº 1.331

Bairro: Dr. Paulo Prata

CEP 14.784-400 - Barretos – SP

E-mail: prevencao@hcancerbarretos.com.br

RESUMO

Introdução: A mamografia constitui o método populacional mais eficaz na redução da mortalidade por câncer de mama, visto a elevação do diagnóstico de lesões precoces. Porém, existem inúmeras barreiras relacionadas a não realização do exame de mamografia, podendo estar relacionadas ao sistema de saúde, à educação e à adesão da paciente. Iniciou-se em 2003 na DRS-V rastreamento mamográfico, controlando as variáveis relacionadas ao sistema de saúde e educação. **Objetivo:** Avaliar após a cobertura de 50,3% da população, as características das mulheres refratárias ao exame de mamografia **Método:** Foram entrevistadas 550 mulheres, provenientes de 19 cidades que tinham conhecimento do rastreamento mamográfico da DRS-V e que nunca haviam realizado o exame de mamografia, sendo aplicado questionário avaliando o conhecimento sobre o auto-exame da mama, a importância da mamografia, bem como estratégias para identificação desta população refratária ao exame. **Resultados:** As principais características desta população foram à baixa escolaridade (84,7%), a baixa classe sócio-econômica (66,8%), e a faixa etária dos 42-49 anos (43,8%). As mulheres relataram que o auto-exame da mama é pouco indicado por parte dos médicos (14,9%), sendo poucas as mulheres que o realizavam de maneira adequada (30,6%). O exame de mamografia também é pouco oferecido pelos médicos (24,0%), porém, as mulheres sabem de sua importância e não o realizam principalmente devido a ausência de sintomas (60,4%), medo da dor (25,1%) ou do câncer (20,5%). Para identificação desta população o Programa de Saúde da Família (PSF), foi de fundamental importância (90,0%), sendo que apenas 71,8% destas mulheres realizaram o exame de mamografia. **Conclusões:** A identificação de sub-grupos refratários ao exame de mamografia mostra a necessidade de aprimoramento no rastreamento, sendo o PSF um importante instrumento de intervenção.

Palavras-chaves: adesão e diretrizes, câncer de mama; mamografia; rastreamento; planejamento em saúde; programa de rastreamento.

ABSTRACT

Introduction: Mammography is the best method to reduce the mortality from breast cancer, related to increase in early diagnosis. There are barriers related to low adherence to mammography, and the main reasons are related to health system, education and adherence to guidelines. In 2003 began in DRS-V a mammography screening controlling the factors related to health system and knowledge. **Objective:** Find the characteristics of women that although having the knowledge of breast screening hadn't done mammography yet. **Method:** When we done mammography in 50,3% of DRS-V women, we interviewed 550 women from 19 cities with questions related to the knowledge about breast clinical examination or reasons related to non adherence to mammography, and the strategy used to find these women. **Results:** The women had low years of schooling (84,7%), low income (66,8%) and were between 42-49 years old (43,8%). The clinical frequently doesn't realize breast examination (14,9%), and low women know how to do this exam (30,6%). Besides the clinical don't inform about the importance of mammography (24,0%), women don't do this exam because the absent of health symptoms, afraid of pain (25,31%) or afraid of cancer (20,5%). The "Programa de Saúde da Família" (PSF) had a fundamental importance to identify these women (90,0%), and just 71,8% of the interview women realize mammography. **Conclusion:** The identification of sub-group non adherent to mammography screening shows us the importance to improve the screening, and the PSF is a good way to promote health intervention.

Keywords: adherence and guidelines, breast cancer; mammography; health planning; program for screening.

INTRODUÇÃO

O Câncer de mama representa o principal tipo de câncer entre as mulheres e o segundo tumor mais frequente na população feminina (21%), quer pela sua frequência, ou pela sua mortalidade ¹. O prognóstico do câncer de mama é considerado bom, tendo em vista que a sobrevida nos países desenvolvidos é na ordem de 73% e nos países em desenvolvimento de 57% ². Nos EUA a elevação da incidência tem se associado à diminuição da mortalidade, fato que não ocorre no Brasil, onde a elevação da incidência tem se associado ao aumento da mortalidade ^{1,3}, visto que a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados, nos quais 80% dos tumores de mama que chegam ao hospital para tratamento encontram-se em estágio II a IV da doença tornando o tratamento mais caro e diminuindo as possibilidades de cura ^{1,4}.

O auto-exame da mama (AEM), apesar de difundido entre as mulheres, é realizado de maneira rotineira em apenas uma parcela das mulheres (21,8%) ⁵. O AEM leva a mulher a uma avaliação médica, sendo observadas alterações benignas na ordem de 11,4% ⁶. Entretanto, a taxa de detecção de lesões malignas é baixa, fazendo parte integrante do processo de conscientização frente ao câncer de mama ^{6,7}. A análise de estudos controlados mostrou que o exame clínico da mama, em grande escala, não determina impacto na diminuição do risco de mortalidade por câncer ⁸. Por outro lado, a mamografia mostrou-se relacionada à diminuição da mortalidade por câncer de mama ⁹ devido a uma maior taxa de detecção de lesões mamárias precoces, associando-se a uma diminuição da mortalidade por câncer que chega até em 35% ^{8,10,11}, ocorrendo nas mulheres da faixa etária dos 40 aos 69 anos ^{11,12}.

Nos Estados Unidos (EUA) e no Reino Unido observou-se a redução das taxas de mortalidade por câncer de mama nos últimos anos, aliando o diagnóstico precoce ao tratamento adequado ⁷. Para reduzir as taxas de mortalidade por câncer de mama nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, são necessárias melhorias nas estratégias de controle e detecção precoce da doença ¹³. Nos EUA, a taxa de realização de exame de mamografia é da ordem de 70% da população. No Brasil, a taxa de mulheres que realizam mamografia na faixa dos 40 aos 69 anos é de 44,6%, sendo de 15,8% para pacientes do SUS ¹⁴.

Há inúmeras barreiras relacionadas a não realização do exame de mamografia, podendo estar relacionadas ao sistema de saúde, à educação e à adesão da paciente. O principal motivo relacionado ao sistema de saúde constitui na dificuldade de realização do exame de mamografia em larga escala, com cobertura populacional aceitável, principalmente no que se refere ao Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação às barreiras relacionadas à educação ou conhecimento podemos citar determinantes culturais e características pessoais ^{15,16,17}. No Brasil, apesar do conhecimento dos especialistas da importância do exame de mamografia, os principais fatores considerados são: a escassez de equipamentos (75,3%), o custo do exame de mamografia (65,7%), e à resistência da mulher à realização do exame (39,0%) ¹⁸. Vencidas as etapas relacionadas ao sistema de saúde e à educação, resta avaliar as barreiras relacionadas à atitude da paciente, que mesmo com o sistema de saúde disponível, com o conhecimento sobre a importância da mamografia, ainda não realiza o exame de mamografia. A literatura nacional é escassa neste sentido pela ausência de estudos que permitam controlar as limitações do sistema de saúde e do conhecimento.

MÉTODOS

No ano de 2003 iniciou-se um projeto de rastreamento mamográfico atendendo as mulheres na faixa etária dos 40 a 69 anos das 19 cidades da Direção Regional de Saúde V da Secretaria de Estado da Saúde – Estado de São Paulo (DRS-V/SES-SP), tendo como referência o Hospital de Câncer de Barretos (HCB). O exame de mamografia foi oferecido em larga escala à população, podendo ser realizado na Unidade Fixa de Barretos (HCB) ou através de Unidade Móvel de Prevenção (UMP), que contém um mamógrafo. Foi proposto um rastreamento populacional, através do exame de mamografia, realizado em duas incidências (crânio-caudal e oblíqua), com intervalo bi-anual. No início do projeto foi realizada pactuação com os gestores estaduais e municipais, e treinamento junto às enfermeiras e profissionais da saúde dos diversos municípios. A UMP permanecia de 2 a 5 dias em cada cidade, dependendo da população, e a enfermeira realizava o agendamento, sendo a divulgação realizada junto às Unidades Básicas de Saúde (UBS), agentes comunitários de saúde, comunidade, mídia local, sociedades organizadas, inclusive as religiosas. As mulheres eram cadastradas, sendo realizado o atendimento em todas as cidades, e após o término do ciclo, discutia-se os resultados, e iniciava-se novo ciclo. As pacientes que desejassem realizar o exame, poderiam fazê-lo junto da Unidade Fixa através do encaminhamento médico, independente do agendamento da UMP no seu municípios. O caráter recorrente teve como objetivo melhor a conscientização da população e aprimoramento da utilização da UMP.

Na avaliação da população a ser atendida considerou-se os dados do IBGE, sendo realizado o levantamento e o cadastramento das mulheres através do Programa de Saúde da Família (PSF) e de cadastrados que foram contratados em

parceria com as Secretarias Municipais para os municípios onde não tinha o PSF. A população a ser atendida pelo rastreamento corresponde a 54.238 pacientes (IBGE), sendo considerado para cálculo da cobertura populacional a data de início deste levantamento, isto é 01/08/2007, onde a cobertura da região era de 50,3%.

Controladas as barreiras do sistema de saúde e da educação, que ocorreram nos primeiros anos do projeto, procurou-se avaliar as pacientes que, tendo conhecimento do projeto, tendo a facilidade de realização do exame, de maneira gratuita, próximo às suas residências, continuavam refratárias à realização do exame de mamografia.

O levantamento das pacientes iniciou-se através de cadastramento da população das cidades menores, além da intensificação da campanha nas cidades maiores, sendo consideradas de maneira aleatória as primeiras 30 mulheres de cada cidade que ainda nunca haviam se submetido ao exame de mamografia, desde que cientes do projeto. Em cidades com poucos habitantes, e elevada cobertura, considerou-se aceitável, a seleção de 20 mulheres, fato ocorrido em duas cidades. O questionário foi aplicado às mulheres com idade entre 42 e 69 anos, por uma única enfermeira na UMP ou em nível domiciliar, não necessariamente sendo exigida a realização do exame de mamografia.

Avaliou-se as características das pacientes refratárias ao exame de mamografia, observando-se a faixa etária, a raça, a classe sócio-econômica, a escolaridade, a atividade profissional, o estado civil e a presença de convênio médico (Tabela I). Para avaliação da classe sócio-econômica, utilizou-se a classificação da Associação Brasileira de Pesquisa de Mercado (www.abep.org). Na avaliação da comorbidade considerou-se a presença de hipertensão arterial, “diabetes mellitus”, cardiopatia e/ou doença pulmonar.

Foi aplicado um questionário estruturado, abordando conhecimentos sobre a saúde, prevenção secundária do câncer, conhecimento do auto-exame da mama ou sua regularidade, conhecimento sobre a mamografia e possíveis barreiras relacionadas à sua não realização, o profissional que determinou a localização das mulheres refratárias e o motivo que levou à realização do exame no dia da entrevista (Tabela II). O questionário durava em média 20 minutos. Frente aos principais motivos que levaram as mulheres a não realização do exame de mamografia, estas poderiam responder mais de uma resposta simultaneamente. Após o término do questionário, e conforme o conhecimento da mulher, esta era informada da importância do exame de mamografia.

Procurou-se analisar a taxa de adesão ao exame de mamografia neste sub-grupo de mulheres refratárias, sendo considerado o período de 6 meses a partir da aplicação do questionário.

Todas as participantes foram orientadas sobre a pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre esclarecido. O projeto protocolado como 072/2007 foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital de Câncer de Barretos.

As fichas padronizadas foram digitadas no programa EXCEL for Windows®. A análise estatística foi realizada utilizando o programa SPSS for Windows® versão 15.0. Foi realizada a análise descritiva dos dados por meio de frequências absolutas e relativas.

RESULTADOS

Foram avaliadas 550 mulheres, distribuídas nas 19 cidades da DRS V/SP, sendo as características apresentadas na Tabela I. Nota-se que a maioria das

mulheres eram da zona urbana (96,5%), de baixa escolaridade (84,7%), atividade doméstica (67,2%), classe sócio-econômica baixa (66,8%), casadas (53,8%), brancas (49,4%), na faixa etária dos 42-49 anos (43,8%).

Observamos que 96,9% referiram-se à realização de consultas junto a Unidade de Saúde, 39,5% (217) apresentavam comorbidades, sendo relatado em 61,6% (339) a realização de consulta apenas na associação com alguma anormalidade; por outro lado, 22,8% (125) referiam-se a consultas regulares em período superior a um ano e em 15,6% (86) em período inferior a um ano.

Frente aos dogmas do câncer de mama, 63,1% (347) acreditam na importância do diagnóstico precoce, 16,9% (93) acreditam na fatalidade do câncer, 11,1% não souberam responder sobre a possibilidade da cura do câncer de mama e 8,9% (49) relataram a cura associada à fé.

A Tabela II mostra os fatores relacionados aos conhecimentos e atitudes em relação ao auto-exame da mama e a realização da mamografia, bem como os motivos relacionados a não realização prévia da mamografia e o profissional de saúde que identificou a paciente, convidando-a à realização do exame de mamografia. O auto-exame da mama é pouco realizado por parte dos médicos (14,9%), sendo o conhecimento por parte das pacientes limitado na sua realização adequada (30,6%) e de sua periodicidade (20,4%). Nesta população o exame de mamografia também é pouco oferecido pelos médicos (24,0%), porém as pacientes sabem de sua importância e não a realizam principalmente devido a ausência de sintomas (60,4%), medo da dor (25,1%) ou do câncer (20,5%). Para identificação desta população o agente comunitário de saúde ou do Programa de Saúde da Família, foram de fundamental importância para identificação destas mulheres (90,0%), sendo a taxa de adesão deste grupo refratário de 71,8%.

DISCUSSÃO

O câncer de mama é diagnosticado em estágio avançado em países com recursos limitados. Apesar dos avanços da medicina, muitos países possuem capacidade limitada de promover a detecção precoce, o diagnóstico e o tratamento do câncer ¹⁹. O “*Breast Health Global Initiative* (BHGI) procura avaliar a complexidade do sistema de saúde em relação ao câncer de mama. Neste contexto, o nível básico estimula o auto-exame da mama, o nível limitado possui ultrasonografia e mamografia diagnósticas, o nível aumentado possui mamografia diagnóstica com rastreamento mamário oportunístico e o nível máximo possui rastreamento mamário organizado populacional ¹⁹. Países em desenvolvimento apresentam limites orçamentários na saúde, direcionados principalmente ao tratamento das doenças, e reduzidos orçamentos direcionados à prevenção primária e secundária de doenças crônico-degenerativas e o câncer.

No Brasil, o SUS é responsável por ações de Saúde Pública, com capacidade instalada de aparelhos de mamografia para cobrir apenas de 50% da população ¹, e apesar do conhecimento de todos os processos relacionados ao rastreamento, o diagnóstico precoce e o tratamento, há dificuldade na formalização de sistemas de referência efetivas, que atendam à população ^{18,20}.

No Estado de São Paulo, a DRS-V é uma região demográfica caracterizada por 19 cidades, com atividade econômica preferencialmente agro-pecuária, e previamente ao início do projeto, apresentava limitação à realização do exame de mamografia, em nível populacional. No primeiro ano do projeto observou-se que 52% das mulheres da zona urbana e 65,0% das mulheres da zona rural nunca

havam realizado o exame de mamografia previamente. Passou-se de uma fase de limitação do exame, devido às dificuldades no sistema de saúde, e à falta de conhecimento da importância do exame de mamografia pela população, para uma fase onde o exame de mamografia pode ser estendido a toda a população, sendo realizado em larga escala, onde a cobertura populacional, no início deste levantamento, era de 50,3%.

A discussão com os gestores estaduais e municipais, a re-organização do fluxo de atendimento das pacientes, o aprimoramento do sistema de referências, associado ao fato da viabilização do atendimento às pacientes em local, com capacidade de resolução efetiva, frente à realização de exames adicionais, biópsia aberta ou estereotáxica, estabeleceram um fluxo efetivo de atendimento. A possibilidade da realização do exame de mamografia, sem custos, na Unidade Móvel de Prevenção, próximo ao domicílio, sem a necessidade de solicitação por um médico, aprimorou o acesso às populações de baixa renda e baixa escolaridade, facilitando a realização da mamografia por pacientes de cidades pequenas, e localidades rurais distantes de um mamógrafo, eliminando as barreiras econômicas e do sistema de saúde.

A elevação do número de mamografias, a elevação do acesso ao exame à população, a metodologia de rastreamento, realizado através da mobilização dos profissionais de saúde e de comunidades, a realização de reuniões regulares, o atendimento nas cidades de maneira cíclica, além da realização de campanhas nas cidades, diminuíram as barreiras relacionadas à educação.

Vencidas as limitações do sistema de saúde e difundido o projeto, identificou-se as pacientes refratárias, fato também descrito em locais com rastreamento organizado ^{21,22}.

A baixa escolaridade encontra-se associada à baixa adesão ao exame de mamografia, sendo a taxa de adesão proporcional aos anos de escolaridade ²³. Deve-se no meio médico também considerar o grau de conhecimento e atitudes em relação ao exame de mamografia, pois os clínicos não solicitam a mamografia regularmente, ficando o mesmo a ser solicitado pelo ginecologista ou mastologista ²⁰. Assim os especialistas não conseguem realizar a cobertura populacional adequada. A limitação de exames na rede SUS leva a um ciclo vicioso, em que o profissional não solicita o exame de mamografia, fazendo-o apenas na presença de algum sinal ou sintoma, e não o realiza visando a prevenção secundária, de tal maneira que apesar de deter o conhecimento, não promove ações educativas populacionais. Os pacientes, por sua vez, não sabem do exame e não têm conhecimento da importância da realização deste exame mesmo na ausência de sintomas, bem como da importância de sua realização com regularidade.

Avaliando-se o conceito de saúde, observamos que além do acesso ao projeto, também 13,1% dispunham de convênio médico, 39,5% apresentavam comorbidades associadas, 5,4% possuíam familiares com câncer, e 22,2% realizaram o exame de Papanicolaou nos últimos 2 anos, evidenciando uma não valorização frente ao conceito de saúde, e da importância da prevenção da saúde e do câncer. A idade é o fator de risco mais importante para o câncer de mama, por outro lado, a população idosa tem diminuição na adesão à realização do exame de mamografia regularmente, representando 27,3% nesta população ²⁴. A limitação de recursos econômicos e a presença de doenças associadas levam a atenção da mulher em outra direção, diminuindo a adesão ao exame de mamografia ²⁵. O desconhecimento adequado ou a não valorização dos fatores de risco, o conceito

errôneo de que a ausência de sintomas associa-se à saúde também determinam menores taxas de adesão ²⁶.

A classe sócio-econômica baixa e a baixa escolaridade encontraram-se associadas às menores taxas de realização do exame de mamografia, fato também observado em países desenvolvidos, sendo tal população vulnerável ²³, fato também observado nesta casuística, onde 64,8% das pacientes possuíam classe sócio-econômica baixa e 84,7% baixa escolaridade.

Mulheres que trabalham, com poucos filhos, que realizam exercícios, que apresentam atividades não exclusivamente domésticas, tendem a valorizar a saúde, e terem um aumento de adesão à mamografia ²², fato também observado nesta série, onde 67,2% não apresentavam atividades empregatícias. Surpreende-se o estado marital, visto que mulheres casadas, com a presença de filhos, geralmente são mais conscientes da problemática da mama, elevando taxas de adesão ²¹, e nesta casuística, 53,8% das mulheres eram casadas.

Nos últimos anos campanhas de televisão têm focado no auto-exame, porém não há campanhas que visem a realização da mamografia, fato que determina um conhecimento limitado da população frente à problemática do câncer de mama. Um estudo avaliando na população a frequência do auto-exame, observa-se que 35,0% da população não o realizam, sendo o principal motivo para a não realização do exame, o desconhecimento da técnica. A mídia têm um papel fundamental para a difusão da importância do auto-exame (59,0%) ⁵, fato observado nesta série, em que a maioria das entrevistadas já tinha visto pela televisão e que apenas 30,6% sabiam realizar o auto-exame de maneira adequada, e destas somente 20,4% o realizavam mensalmente, sendo que apenas 14,9% das mulheres relatou o auto-exame ser orientado por parte dos médicos.

Em um estudo²⁰, após avaliação de 2.000 mulheres que se submeteram ao exame de mamografia em clínica pública e privada, observou-se que 28,7% e 33,3%, nunca haviam realizado o exame de mamografia anteriormente. As principais causas para não realizarem do exame de mamografia em pacientes do SUS foram: a ausência de solicitação do exame por parte do médico (46,0%); o fato das mulheres considerarem o exame desnecessário (29,9%); e a ausência de recursos financeiros (9,0%), por outro lado, na clínica privada, o principal motivo foi a ausência de solicitação do exame pelo médico (93,3%).

Observa-se em muitos casos a presença de conhecimento parcial e errôneo sobre a problemática do câncer de mama, tanto no que se refere a populações de risco, frente a relação com a história familiar, como o benefício do diagnóstico precoce no que se refere ao menor tratamento e elevação das taxas de cura. Observa-se também que o medo do diagnóstico positivo, o medo do desconforto do exame, considerando muitas vezes a mamografia como desnecessária diminuem as taxas de adesão^{27,28}, bem como a regularidade deste exame. Esta barreira consiste na barreira final do processo.

No rastreamento organizado, vencido o problema sócio-econômico e a informação, chega-se à realização do exame propriamente dito, observando-se em mulheres refratárias à mamografia²⁸, características individuais, como medo da dor e baixa percepção do risco de câncer presentes neste contexto²¹. Estas são as principais formas de rejeição ao exame, e medidas de intervenção devem ser tomadas²⁹. Há a necessidade de aprimoramento do conceito de prevenção secundária, visto que neste estudo 60,4% das mulheres por julgarem-se assintomáticas, não se viam obrigadas a realizar o exame de mamografia. O dogma do câncer deve ser diminuído, sendo valorizadas medidas de prevenção secundária,

diminuindo-se conceitos frente à associação de sintoma-doença e da fatalidade do câncer.

Avaliando-se estratégias de intervenção comunitária, a realização de mutirões, o uso de ligações telefônicas³⁰ e/ou cartas, têm efetividade limitada nesta população refratária. Porém, o agente comunitário de saúde, os cadastradores, os profissionais do Programa de Saúde da Família foram de importante papel na identificação das mulheres refratárias ao exame. Observa-se a necessidade de investimento em ações educativas, sendo o conjunto Programa de Saúde da Família, a utilização de cadastradores, e a enfermeira, metodologias que se mostraram efetivas neste grupo refratário, onde a taxa de adesão foi de 71,8%.

CONCLUSÃO

Para modificar-se o paradigma do câncer avançado, necessita-se da realização da mamografia em larga escala. A literatura nacional é escassa em informações que mostram estas barreiras. Hoje os problemas são conhecidos, mas para estabelecer melhores políticas de intervenção, necessita-se aprimorar o conhecimento em relação às barreiras que determinam a baixa realização do exame. Na região em estudo após a implantação, a fase da limitação sócio-econômica e da distância foram vencidas. A utilização de cadastradores, o Programa de Saúde da Família e a enfermeira permitiram identificar fatores relacionados a não adesão à mamografia, bem como aprimorar medidas de intervenção comunitária.

AGRADECIMENTOS

Às Enfermeiras, os agentes comunitários de saúde e profissionais do Programa de Saúde da Família das cidades da DRS-V e aos profissionais do Departamento de Prevenção pelo suporte a este levantamento.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. A situação do câncer no Brasil. [acesso em 2008 dez 07]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/situacao/>.
2. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin* 2005; 55(2):74-108.
3. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Murray T, Thun NJ. Cancer statistics 2008. *CA Cancer J. Clin* 2008;58(2):71-96.
4. Schwartzmann G. Breast cancer in South America: challenges to improve early detection and medical management of a public health problem 2001;19(18S):118-124.
5. Monteiro APS, Arraes EPP, Pontes LB, Capôs MSS, Ribeiro RT, Gonçalves REB. Auto-exame das mamas: frequência do conhecimento, prática e fatores associados. *Rev Bras Ginecol Obst* 2003; 25(3):201-5.
6. Xavier NL, Riberiro PLI, Menke CH, Cavalheiro JAC, Xavier MC. Exame clínico das mamas no Programa de Saúde da Família: experiência no litoral sul do Brasil. *Rev Bras Mastol* 2008,18(1): 12-7.
7. Kemp C, Petti DA, Ferraro O, Elias S. Câncer de mama - Prevenção secundária. Sociedade de mastologia e Federação Brasileira das sociedades de ginecologia e obstetrícia. Projeto diretrizes - Associação Médica e Conselho Federal de Medicina. 22/08/ 2002.p 1-9. [acesso em 2008 dez 07]. Disponível em:

http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/026.pdf.

8. Thuler L C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. Rev Bras de cancerol 2003(4); 49:227-238.
9. Verbeek AL, Hendriks JH, Holland R, Marvunac M, Sturmans F, Day NE, Collette HJ, Rombach JJ, de Waard R. Screening and breast cancer . Lancet 1984; 22; 2(8404): 690.
10. Lee C.H. Screening mammography: proven benefit, continued controversy. Radiol Clin N Am 2002,40(3): 395-407.
11. Shapiro S. Screening: assessment of current studies. Cancer 1994; 74(1S):231-238.
12. Kerlikowske K. Efficacy of screening mammography among women aged 40 to 49 years and 50 to 69 years: comparison of relative and absolute benefit. J Natl Cancer Inst Monogr 1997; 22:79-86.
13. Gebrim LH, Quadros LG. Rastreamento mamográfico no Brasil. RBGO. Rev Brasil Ginecol Obst 2006; 28: 319-323.
14. Brasil. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: acesso e utilização dos serviços de saúde 2003. [acesso em 2007 jan 15]. Disponível em: <http://www.ibge.com.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/default.shtm>.
15. Reintgen DS, Clark RA. eds Cancer Screening. 1st ed. St Louis: Mosby; 1994. Chapter 12, Adherence to cancer screening; p261-76.
16. Womeodu RJ, Bailey JE. Barriers to cancer screening. Medical Clin of North America 1996; 80(1):115-133.

17. Legler J, Meissner HI, Coyne C, Breen N, Chollette V, Rimer BK. The effectiveness of interventions to mammography among women with historically lower rates of screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2002;11(1):59-71.
18. Godinho ER, Koch HA. Rastreamento do câncer de mama: aspectos relacionados ao médico. *Radiol Bras* 2004; 37(2): 91-99.
19. Anderson BO, Jakesz R. Breast Cancer issues in developing countries: an overview of the breast health global initiative. *World J Surg* 2008;32(12):2578-85.
20. Godinho ER, Koch HA. O perfil da mulher que se submete a mamografia em Goiânia uma contribuição a bases para um programa de detecção precoce do câncer de mama. *Radiol Bras* 2002; 35(3): 139-45.
21. Aro RA, de Koning HK, Absetz P, Schreck M. Two distinct groups of non-attenders in an organized mammography screening program. *Breast cancer Research and Treat* 2001;70(2):145-153.
22. Lagerlund M, Maxwell AE, Bastani R, Thurfiell E, Ekblom A, Lambe M. Sociodemographic predictors of non-attendance at invitational mammography screening - a population-based register study. *Cancer Causes and control* 2002; 13(1):73-82.
23. Ward E, Jemal A, Cokkinides V, Singh GK, Cardinez C, Ghafoor A, Thun M. Cancer disparities by race / ethnicity and socioeconomic status. *CA Cancer J Clin* 2004; 54(2):78-93.
24. Rubenstein L. Strategies to overcome barriers to early detection of cancer among older adults. *Cancer* 1994; 74(7S):2190-3.
25. Kelaher M, Stellman JM. The impact of medical funding on the use of mammography among older women: Implications for improving access to screening. *Preventive Medicine* 2000; 31(6):658-664.

26. Young RF, Severson RK. Breast cancer screening barriers and mammography completion in older minority women. *Breast Cancer Research and Treatment* 2005; 89(2):111-118.
27. Bakemeier RF, Krebs LU, Murphy JR, Shen Z, Ryals T. Attitudes of Colorado health professionals toward breast and cervical cancer screening in Hispanic women. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1995; 18: 95-100.
28. Lagerlund M, Hedin A, Sparen P, Thurfiell E, Lambe M. Attitudes, beliefs and knowledge as predictors of nonattendance in a Swedish population-based mammography screening program. *Preventive Medicine* 2000; 31(4):417-428.
29. Burnett CV, Steakley CS, Tefft MC. Barriers to breast and cervical cancer screening in underserved women of the District of Columbia. *Oncol Nurs Forum* 1995; 22(10): 1551-7.
30. Molina L, De Luca LA. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas da mama. *Rev Assoc Med Bras* 2003; 49(2): 185-90.

Tabela I: Características da população analisada.

Categoria	Variável	Frequência	Porcentagem
Idade	42-49 anos	241	43,8
	50-59 anos	149	28,9
	60-69 anos	150	27,3
Raça	Branco	271	49,4
	Pardo	189	34,4
	Negro	77	14,0
	Outros	13	2,2
Classe Sócio-Econômica	B	20	3,6
	C	163	29,6
	D	356	64,7
	E	11	2,0
Escolaridade	Analfabeto	67	12,2
	1º grau incompleto	399	72,5
	1º grau completo	32	5,8
	2º grau	39	7,1
	Superior	13	2,4
Atividade Profissional	Do lar	246	44,6
	Aposentada ou pensionista	124	22,6
	Atividade não braçal	88	16,0
	Atividade braçal	74	13,5
	Autônoma	18	3,3
Área da residência	Urbana	531	96,5
	Rural	19	3,5
Estado Civil	Casada	296	53,8
	Viúva	78	14,2
	Separada	68	12,4
	Amasiada	56	10,2
	Solteira	52	9,4
Convênio Médico	Ausente	478	86,9
	Presente	72	13,1

Tabela II: Fatores relacionados à adesão ao auto-exame, a mamografia, e metodologia de intervenção realizado. *Agrupamento de respostas

Categoria	Variável	Freqüência	Porcentagem
SAÚDE E CÂNCER			
Comorbidade	Ausente	333	60,5
	Presente	217	39,5
Exame de Papanicolaou em 2 anos	Ausente	428	77,8
	Presente	122	22,2
Familiar de 1º ou 2º grau com câncer de mama	Ausente	519	94,6
	Presente	31	5,4
AUTO-EXAME			
Auto-exame nos últimos 2 anos por médico	Ausente	468	85,1
	Presente	82	14,9
Relata realização do auto-exame	Afirmativo	457	83,1
	Negação	93	16,9
Realização adequada do auto-exame	Presente	140	30,6
	Ausente	317	69,4
Regularidade adequada do auto-exame	Presente	93	20,4
	Ausente	72	15,8
	Desconhece	292	63,8
EXAME DE MAMOGRAFIA			
Solicitação prévia por médico	Presente	130	24,0
	Ausente	418	76,0
Realização do exame vinculada a sintomas	Afirmativo	108	19,6
	Negação	442	80,4
Medo de realizar o exame devido ao resultado	Afirmativo	279	50,7
	Negação	271	49,3
Idade adequada do início do rastreamento	Afirmativo	217	39,5
	Negação	333	60,5
Motivos da não realização prévia do exame*	Assintomática	332	60,4
	Medo da dor	138	25,1
	Medo da doença	113	20,5
	Descuido	71	12,9
	Vergonha	53	9,6
	Falta de tempo	49	8,9
	Distância	14	2,5
	Ausência de familiar	8	1,5
METODOLOGIA DE INTERVENÇÃO			
Profissional que orientou o exame	Agente comunitário	485	90,0
	Carta ou ligação	29	5,3
	Médico	10	1,8
	Enfermeira	10	1,8
	Outros	16	2,9
Adesão à mamografia após questionário	Ausente	155	28,2
	Presente	395	71,8

BARREIRAS RELACIONADAS AO SISTEMA DE SAÚDE EM RASTREAMENTO MAMOGRÁFICO

RENÉ ALOÍSIO DA COSTA VIEIRA^{1,2}

TÂNIA SILVEIRA LOURENÇO^{1,2}

EDMUNDO CARVALHO MAUAD¹

VALTER GONÇALVES FILHO¹

STELA VERZINHASSE PERES³

MARIA DO ROSÁRIO DIAS DE OLIVEIRA LATORRE^{3,4}

(1) Departamento de Prevenção - Hospital de Câncer de Barretos – Fundação Pio XII.

(2) Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia Médica – Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

(3) Núcleo de Apoio ao Pesquisador - Hospital de Câncer de Barretos – Fundação Pio XII.

(4) Departamento de Epidemiologia – Faculdade de Saúde Pública/ USP.

Agradecimentos: As Enfermeiras, aos agentes comunitários de saúde e profissionais do Programa de Saúde da Família das cidades da DRS-V, e após profissionais do Departamento de Prevenção pelo suporte a este levantamento.

Endereço para correspondência:

René Aloísio da Costa Vieira

Hospital de Câncer de Barretos – Fundação Pio XII

Rua Antenor Duarte Villela, nº 1.331

Bairro Dr. Paulo Prata

CEP 14.784-400 - Barretos – SP

E-mail: reneacv@terra.com.br

RESUMO

Introdução: A mamografia constitui o principal exame no diagnóstico do câncer de mama. A nível populacional o rastreamento mamográfico encontra-se relacionado a elevação do diagnóstico de tumores precoces associado a diminuição da mortalidade por câncer de mama. Países em desenvolvimento têm limitação do exame de mamografia e de programas efetivos de cobertura populacional.

Objetivo: Avaliar os fatores relacionados a não realização do exame de mamografia.

Método: Foi realizado o exame de mamografia em 17.964 mulheres da faixa etária dos 40-69 anos, em Unidade Móvel contendo mamógrafo, ou em uma unidade fixa, em local onde havia limitação prévia a realização deste exame, constituída de 19 cidades no interior de São Paulo. Avaliou-se as características destas mulheres, e os motivos relacionados à não realização prévia do exame de mamografia.

Resultados: Cerca de 42,1% das mulheres nunca havia realizado o exame de mamografia na vida, sendo que estas mulheres encontravam-se principalmente na faixa etária 40-69 anos, baixa classe socioeconômica e baixa escolaridade. O Programa de Saúde da Família foi o principal fator motivador a realização do exame de mamografia (46,8%) e a maioria dos exames foram realizados na UMP (63,7). A taxa de tumores precoces foi de 39,2%.

Conclusões: O Programa de Saúde da Família e o uso de Unidade Móvel de Prevenção permitiram diminuir as barreiras ao exame de mamografia em população com baixa adesão prévia a este exame.

Palavras-chaves: adesão e diretrizes, câncer de mama; mamografia; rastreamento; planejamento em saúde; programa de rastreamento.

ABSTRACT

Introduction: Mammography is the best exam for early diagnosis of breast cancer. Breast cancer screening is associated to early breast cancer diagnosis and the reduction of breast mortality. Developing countries have an increase in incidence and mortality for breast cancer is related to low income of mammography and absent of organized screening.

Objective: Estimate the factors related to low income of mammography.

Method: Mammography was realized in 17.964 women between 40-69 years old using a Unit Mobile with a mammography or in a fixed unit. The exams were realized in 19 cities in São Paulo state. We analyzed the women's characteristics and the factors related to non adherence to mammography previous to the program.

Results: There were 42,1% of the women who hadn't done de mammography in their life's and these women were principally between 40-49 years old, low socio-economic status and low income. The "Programa de Saúde da Família" was the main factor related to adherence to mammography (46,8%) and the main local related to exams was the Unit Mobile (63,7%). There was 39,2% early breast cancer diagnosis.

Conclusion: The "Programa de Saúde da Família" and mobile units overcome the barriers related to non adherence to mammography in a place with previous low income of mammography.

Keywords: adherence and guidelines, breast cancer; mammography; health planning; program for screening.

INTRODUÇÃO

O Câncer de mama representa o principal tipo de câncer na mulher, sendo o segundo tumor mais freqüente na população feminina (21%) quer pela sua frequência, quer pela sua mortalidade. O câncer de mama é diagnosticado avançado em países com recursos limitados, que apesar dos avanços da medicina, possuem capacidade limitada a promover a detecção precoce, diagnóstico e tratamento do câncer ¹.

O prognóstico do câncer de mama é considerado bom, sendo a sobrevida nos países desenvolvidos na ordem de 73% e nos países em desenvolvimento de 57% ². Nos EUA a elevação da incidência tem se associado à diminuição da mortalidade, consequência, entre outras coisas, da realização de programas de rastreamento, fato que não ocorre no Brasil, onde a elevação da incidência tem se associado à elevação na mortalidade ^{3,4,5} visto que a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados ^{6,7}, tornando o tratamento mais caro e diminuindo as possibilidades de cura.

Para reduzir a taxa de mortalidade por câncer de mama nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, é necessário melhorar as de estratégias no controle e detecção precoce da doença ⁸. Vários estudos prospectivos demonstraram que o rastreamento mamográfico leva a uma maior taxa de detecção de lesões mamárias, associando-se a uma diminuição da mortalidade por câncer que chega em até 35% ^{9,10,11}.

Há inúmeras dificuldades relacionadas a não realização do exame de mamografia, bem como ao rastreamento mamográfico, podendo estar relacionadas a limitações no sistema de saúde público, à educação da paciente ou sua atitude em

relação a realização da mamografia regularmente ¹². No Brasil não há locais com experiência em rastreamento mamográfico regional, fato que torna a experiência do Hospital de Câncer de Barretos de particular interesse.

MÉTODOS

No ano de 2003, teve início um projeto de rastreamento mamográfico na Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde - Estado de São Paulo (DRS-V), cuja sede é em Barretos, sendo envolvidos 19 municípios (Figura I). O projeto previa a realização do exame de mamografia, em mulheres da faixa etária dos 40 a 69 anos, em uma população de 54.238 mulheres.

Antes do início do projeto, realizou-se uma discussão plena com os Secretários Estaduais e Municipais, sendo o Hospital de Câncer de Barretos (HCB), o responsável pela realização dos exames de mamografia, bem como exames complementares, diagnóstico e tratamento. Foi construída uma Unidade Móvel de Prevenção (UMP), isto é, um ônibus modificado contendo um mamógrafo (Figura I), sendo oferecido o exame de mamografia subsidiado pelo Estado/ Sistema Único de Saúde (SUS), junto ao HCB ou na UMP. Esta Unidade permanecia em cada cidade por período de 3 a 5 dias, sob a forma de ciclos, oferecendo 40 exames de mamografia, por dia sempre próximo a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) sendo o projeto reavaliado ao término de cada ciclo.

Para a divulgação do projeto, em cada município, foram utilizados enfermeiros e médicos das UBS. O treinamento foi realizado por meio de palestras e por meio de visitas na unidade móvel em funcionamento. Cada município por meio de seus representantes (enfermeiras e médicos) ficava responsável pela divulgação do

projeto por meio de rádios, carro de som, folhetos, cartazes em Postos de Saúde e visitas domiciliares.

Todas as pacientes, previamente ao exame de mamografia, eram entrevistadas por uma enfermeira ou agente comunitário de saúde do município, utilizando questionário estruturado para avaliar suas características como idade, classe socioeconômica, escolaridade, localização da moradia, realização prévia da mamografia, e motivo que a levou a realizar o exame de mamografia (Tabela I). Para avaliação da classe sócio-econômica, utilizou-se a classificação da Associação Brasileira de Pesquisa de Mercado (www.abep.org).

As pacientes com exames alterados foram convocadas ao HCB, onde foram submetidas a novos exames, e os casos diagnosticados foram tratados no HCB.

No período de dois anos (05/2003 a 04/2005), foram realizados o exame de mamografia em 17.964 mulheres.

As fichas padronizadas foram digitadas no programa EXCEL for Windows® e a análise estatística foi realizada utilizando o programa SPSS for Windows® versão 15.0.

Realizou-se análise descritiva dos dados por meio de frequências absolutas e relativas. Posteriormente foi realizado o teste de associação pelo qui-quadrado entre as variáveis independentes (demográficas e sociais) com variável dependente a não realização prévia de exame mamográfico. Na avaliação do risco realizou-se a análise de regressão logística univariada e múltipla para verificar os fatores associados a não realização prévia de exame mamográfico. Assumiu-se um valor de $p < 0,05$ para significância estatística. Foi analisada também a interação entre as variáveis local de realização do exame e escolaridade.

Em 2003, foi aplicado um termo de Consentimento Livre e Informado as mulheres que realizavam o exame de mamografia. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Pio XII do Hospital de Câncer de Barretos protocolo 072/2007

RESULTADOS

Das 17.964 mulheres, foram realizados 3.813 (21,2%) exames de mamografia na cidade de Barretos, seguida pelos municípios de Bebedouro com 2.527(14,1%), Olímpia com 1.641 (9,1%) e Guaira com 1.565 (8,7%), os demais municípios tiveram uma menor porcentagem de realização destes exames variando entre 5,8% a 1,2% do total.

A idade variou de 40 a 69 anos, com média de 51,1 anos (dp= 7,8) e mediana de 50,0 anos. A maioria das mulheres pertencia a faixa etária de 40-49 anos, classe sócio-econômica C e D, apresentavam baixa escolaridade, sendo o principal motivo que motivou as mulheres a realização do exame o Programa de Saúde da Família (PSF) (Tabela I). Das pacientes avaliadas foram identificados 79 casos de câncer, sendo 39,2% no estágio clínico 0+I.

Cerca de 7.560 (42,1%) das mulheres nunca haviam realizado o exame de mamografia previamente. Na Tabela I, verifica-se que houve uma associação estatisticamente significativa entre a idade e a não realização do exame. Mulheres na faixa etária mais jovem (40 a 49 anos) apresentaram uma proporção maior de não realização do exame de mamográfico em relação a mulheres nas faixas etárias mais velhas, 50 a 59 anos e 60 a 69 anos (48,0% x 35,1% x 39,3%; $p < 0,001$). Para a classe sócio-econômica foi observada uma associação estatisticamente significativa

com a não realização do exame. As mulheres pertencentes as classes socioeconômicas D e E apresentaram uma maior proporção de não realização do exame mamográfico comparadas com as mulheres nas classes B e C ($p < 0,001$). O mesmo observa-se para a escolaridade, mulheres com baixa escolaridade (1º grau) e analfabetas são as mais propensas a não realização do exame mamográfico ($p < 0,001$).

A UMP atinge um maior número de mulheres que nunca realizaram o exame mamográfico em relação ao hospital (44,8% x 36,3%; $p < 0,001$) (Tabela I). Da mesma forma, o PSF apresentou uma maior proporção na busca ativa de mulheres que nunca realizaram o exame mamográfico (47,9%; $p < 0,001$).

Na análise de regressão logística univariada a idade apresentou-se como fator protetor. As mulheres nas faixas etárias mais avançadas têm um menor risco para a não realização do exame mamográfico, 50 a 59 anos ($OR_{bruta} = 0,45$) e 60 a 69 ($OR_{bruta} = 0,63$). Quanto as variáveis classe sócio-econômica e escolaridade, estas mostraram que quanto menor a escolaridade e pior a classe sócio-econômica maior o risco para a não realização do exame mamográfico. Mulheres na classe sócio-econômica E apresentam uma chance maior ($OR_{bruta} = 2,99$) de nunca ter realizado o exame mamográfico em relação as mulheres na classe B. Para a escolaridade foi observado que as mulheres analfabetas, também apresentam um maior risco de nunca terem realizado o exame mamográfico quando comparadas as mulheres com maior escolaridade ($OR_{bruta} = 3,00$). Verifica-se na análise de regressão logística univariada, que estas variáveis apresentaram um efeito dose-resposta, mostrando que quanto pior a classe sócio-econômica ou menor a escolaridade há uma aumento gradativo dos riscos de não realização do exame mamográfico.

Quanto ao local de realização do exame, há uma maior chance das mulheres deste estudo terem acesso através da UMP ($OR_{bruta} = 1,4$) em relação ao hospital. Desta mesma forma, o PSF conseguiu, através da busca ativa, proporcionar uma maior adesão ($OR_{bruta} = 1,8$) as mulheres que nunca realizaram o exame mamográfico (Tabela I).

Na análise de regressão logística multivariada todas as variáveis permaneceram estatisticamente significativas como fatores independentes para a não realização do exame mamográfico (Tabela II). Para a análise multivariada com as interações, observou-se que a UMP proporciona uma maior facilidade de adesão das mulheres analfabetas e de primeiro grau incompleto para a realização do exame de mamografia. Porém as mulheres com maior escolaridade tendo o segundo grau e superior não demonstraram relação estatisticamente significativa quanto a não realização do exame mamográfico na UMP ou no hospital. (Tabela III).

DISCUSSÃO

A primeira evidência favorável do rastreamento vem de um ensaio clínico proposto, de longa duração, iniciado em 1963, no *Health Insurance Plano of Greater New York* (HIP), em mulheres na idade de 40-64 anos, utilizando o exame clínico e a mamografia. O resultado deste estudo mostrou redução de 30% de mortalidade por câncer de mama, em um período de sete anos^{9,13,14}. Vários outros estudos prospectivos demonstraram que o rastreamento mamográfico leva a uma maior taxa de detecção de lesões mamárias, associando-se a uma diminuição da mortalidade por câncer que chega em até 35%^{10,11,15}. A alteração da mortalidade ocorre

principalmente em mulheres na faixa etária dos 50 a 69 anos, porém o benefício na faixa etária dos 40 a 49 anos também já foi provado ^{15,16}.

Nos EUA, a taxa de realização de exame de mamografia é da ordem de 70% da população ¹⁷ e no Brasil, a taxa de mulheres que realizam mamografia na faixa dos 40 aos 69 anos é de 44,6%, sendo inferior no Tocantins (21,7%) e superior no estado de São Paulo (61,1%) ¹⁸. Avaliando-se a taxa de mamografias realizadas pelo SUS, nos estados anteriormente citados, observa-se taxa de 6,9% e 19,2% ¹⁸ respectivamente, fato que denota um grande déficit de exames de mamografia em nível populacional.

O *Breast Health Global Initiative* (BHGI), procurou categorizar os níveis de organização dos países frente ao câncer de mama, sendo que o nível básico estimula o auto-exame da mama, o nível limitado possui ultrasonografia e mamografia diagnósticas, o nível aumentado possui mamografia diagnóstica com rastreamento mamário oportunístico e o nível máximo possui rastreamento mamário organizado populacional ¹, possuindo o Brasil, neste contexto, o nível limitado. Países em desenvolvimento apresentam limites orçamentários na saúde pública, direcionados principalmente ao tratamento das doenças, e reduzidos orçamentos direcionados a prevenção primária e secundária de doenças crônico-degenerativas e o câncer. Neste contexto é importante promover a saúde da mulher, ampliando a infra-estrutura para diagnóstico e tratamento do câncer, iniciando programas de diagnóstico precoce, e organizando o sistema para realização de mamografia em larga escala. Tal fato pode justificar a taxa de diagnóstico precoce para o câncer de mama de 56,2% nos Estados Unidos, e de 15,1% no Registro Hospital de Câncer do Hospital de Câncer de Barretos, fato modificado apenas após implantação do rastreamento mamográfico onde a taxa foi de 39,2%

As barreiras relacionadas a não realização do exame de mamografia e ligados ao sistema de saúde¹² são mais evidentes em países em desenvolvimento, sendo: (1) acessibilidade pelos serviços de saúde; (2) dificuldade de realização de exames de seguimento; (3) custo dos exames; (4) adesão médica insatisfatória. Em relação às barreiras relacionadas à educação podemos citar ¹²: (1) determinantes culturais; (2) características pessoais de educação; (3) práticas estabelecidas de prioridades e projetos; (4) características do indivíduo como etnia, idade e classe sócio-econômica.

No Brasil, apesar do conhecimento de todos os processos relacionados ao rastreamento e diagnóstico precoce, o número de mamógrafos destinados a rede pública e as tabelas de remuneração de procedimentos apresentam valores insuficientes para cobrir todos os custos operacionais, ocorrendo por parte da iniciativa privada, desestímulo na formalização de parcerias, na ampliação das ações em saúde pública. Na DRS-V previamente ao início do projeto apresentava limitação à realização do exame de mamografia, em nível populacional, fato que justifica o elevado número de pacientes (42,1%) que nunca havia realizado o exame de mamografia anteriormente ao início do programa. A discussão com os gestores estaduais e municipais, a re-organização do fluxo de atendimento das pacientes, o aprimoramento do sistema de referências, associado ao fato da viabilização do atendimento as pacientes em local, com capacidade de resolução efetivo, estabeleceram um fluxo efetivo de atendimento, diminuindo as barreiras do sistema de saúde.

As unidades móveis de saúde são descritas na literatura desde 1952 ¹⁹, sendo utilizada para o câncer somente em 1970 ²⁰, não havendo descrição na literatura latino-americana relacionada a unidade móvel para o câncer ²¹. A

possibilidade da realização do exame de mamografia, sem custos, na Unidade Móvel de Prevenção, elimina as barreiras econômicas, da distância e da educação observando-se que a adesão em UMP foi mais efetiva que na Unidade fixa, possivelmente decorrente das facilidades oferecidas às mulheres.

As barreiras econômicas são inúmeras vezes citadas na literatura, ocorrendo principalmente nas pacientes que não possuem convênio médico, sendo um dos principais fatores relacionados a não adesão aos exames de mamografia, principalmente em populações carentes, e encontrando forte associação com fatores educacionais. Ward ¹⁷ avaliando a realização do exame de mamografia, nos dois anos anteriores ao seu levantamento, observou adesão inferior em mulheres sem convênio médico (39,5%), imigrantes (65,0%) e escolaridade igual ou inferior a 11 anos (56,8%) ¹⁷; números superiores aos observados neste estudo onde 51,4% das mulheres eram analfabetas e 49,4% eram de baixa classe sócio-econômica e haviam realizado o exame de mamografia alguma vez na vida.

Cerca de 39,5% das mulheres da faixa 60-69 anos, nunca haviam realizado o exame. A idade é o fator de risco mais importante para o câncer de mama, por outro lado, a população idosa tem diminuição na adesão a realização do exame de mamografia regularmente ²², visto a limitação de recursos econômicos ²³, a presença de doenças associadas e o desconhecimento dos fatores de risco, que levam a atenção a saúde em outra direção ²⁴.

Nos últimos anos, campanhas de televisão foram focadas no auto-exame, porém não há campanhas focadas na realização da mamografia, fato que determina um conhecimento limitado frente à problemática do câncer de mama. Devido à limitação do número de mamografias na rede pública, o profissional de saúde pública se vê limitado na solicitação deste exame ²⁵, e ações educacionais não são

realizadas neste sentido, gerando um ciclo vicioso entre educação, escolaridade, classe sócio-econômica, fato justificado pelo elevado número de mulheres que não haviam realizado o exame de mamografia nas mulheres de baixa escolaridade (42,6%) e baixa classe sócio-econômica (44,6%). Também neste contexto a solicitação do exame de mamografia pelos médicos, padrão atualmente realizado na rede pública, determinou os menores índices de realização do exame, sendo importantes fatores a mídia da cidade, a informação que é transmitida através de vizinhos, e principalmente dos agentes comunitários de saúde presentes no Programa de Saúde da Família, o qual se mostrou melhor metodologia de adesão, principalmente em populações que não haviam realizado o exame previamente.

Avaliando a regressão logística multivariada com interações observamos que a UMP, principalmente nas analfabetas e com escolaridade de primeiro grau, ofereceu uma maior facilidade de adesão para a realização do exame de mamografia, atuando principalmente nas barreiras relacionadas ao sistema de saúde e da educação, valorizando este modelo de intervenção comunitária.

CONCLUSÃO

As barreiras do sistema de saúde que limitam a realização do exame de mamografia em larga escala, a adequação do sistema de saúde local, a utilização de unidade móvel de prevenção, a utilização do PSF, permitem identificar e intervir em populações com baixa adesão ao exame de mamografia, vencendo barreiras principalmente da população de baixa escolaridade e classe sócio-econômica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anderson BO, Jakesz R, Breast Cancer issues in developing countries: an overview of the breast health global initiative. *World J Surg* 2008;32(12):2578-85.
2. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani PI. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2005; 55(2):74-108.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer-INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2008: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2007.[acesso em 2009 jan 01].Disponível em:<[http:// www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer-INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Atlas de Mortalidade por câncer: 1979-1999. [acesso 2008 dez 07]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/atlas/>.
5. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Murray T, Thun NJ. Cancer statistics,2008 .*CA Cancer J. Clin* 2008;58(2):71-96.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Uma análise da situação de saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde 2004, 143-145.
7. Kemp C, Petti DA Ferraro O, Elias S. Câncer de mama-prevenção secundária. Sociedade de mastologia e Federação Brasileira das sociedades de ginecologia e obstetrícia. Projeto diretrizes - Associação Médica e Conselho Federal de Medicina. 22/08/ 2002.p 1-9. [acesso em 2008 dez 07] Disponível em http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/026.pdf.
8. Gebrim LH, Quadros LG. Rastreamento mamográfico no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obs* 2006; 28(6): 319-323.

9. Lee CH. Screening mammography: proven benefit, continued controversy. *Radiol Clin N Am* 2002;40(3): 395-407.
10. Thuler LC. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. *Rev Bras de cancerol* 2003; 49(4):227-238.
11. Humphrey LL, Helfand M, Chan BK, Woolf Sh. Breast cancer screening: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Inter Med* 2002; 137(1): 347-60.
12. Rimer B.K. Adherence to cancer screening. In *Cancer Screening*. Reintgen DS and Clark RA eds. Mosby. St Louis, Missouri 1996; p261-276.
13. Verbeek AL, Hendriks JH, Holland R, Marvunac M, Sturmans F, Day NE, Collette HJ, Rombach JJ, de Waard R. Screening and breast cancer. *Lancet* 1984; 22; 2(8404): 690.
14. Shapiro S, Strax P, Venet L. Periodic breast cancer screening in reducing mortality from breast cancer. *JAMA* 1971; 215:1777-1783.
15. Shapiro S. Screening: assessment of current studies. *Cancer*. 1994 1;74(1Suppl):231-8.
16. Kerlikowske K. Efficacy of screening mammography among women aged 40 to 49 years and 50 to 69 years: comparison of relative and absolute benefit. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1997;(22):79-86.
17. Ward E, Jemal A, Cokkinides V, Singh GK, Cardineaz C, Ghafoor A, Thun M. Cancer disparities by race/ ethnicity and socioeconomic status. *CA Cancer J Clin* 2004; 54(2):78-93.

18. Brasil. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: acesso e utilização dos serviços de saúde 2003. [acesso em 2007 jan 15]. Disponível em: <http://www.ibge.com.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/default.shtm>.
19. Lage A. Importance of the chest x-ray mobile unit in the campaign against tuberculosis. *Rev. Bras. Tberc. Doença Torac* 1952;20(141):171-180.
20. Levin JR, Hirsh SH, Bastani R, Ganz PA, Lovett ML, Reuben DB. Acceptability of mobile mammography among community-dwelling older women. *J Am Geriatric Soc* 1997; 45(11):1365-1370.
21. Ikeda M, Nakatsuka H, Watanabe T. Urban-rural difference in the acceptance of mass health examination in north-eastern Japan. *Tohoku J. Exp. Med* 1998;158(1):57-72.
22. Rubenstein L. Strategies to overcome barriers to early detection of cancer among older adults *Cancer* 1994; 74(7S):2190-3.
23. Kelaher M, Stellman JM. The impact of medicare funding on the use of mammography among older women: implications for improving access to screening. *Prev Med* 2000;31(6):658-664.
24. Young RF, Severson RK. Breast cancer screening barriers and mammography completion in older minority women. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2005; 89(2):111-118.
25. Marinho LAB, Cecati JG, Osis MJD, Gurgel MSC. Knowledge, attitude and practice of mammography among women users of public health services. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(2): 200-7.

Tabela 1 – Número e porcentagem de mulheres atendidas pelo programa de rastreamento na unidade móvel de prevenção, segundo características demográfica, sociais e clínicas. Hospital de câncer de Barretos-SP.2008.

Variável	Categoria	n	%
Idade (anos)	40 a 49	8666	48,2
	50 a 59	6173	34,4
	60 a 69	3125	17,4
Anos	2003	7126	39,7
	2004	9087	50,6
	2005	1751	9,7
Classe sócio-econômica	B	522	2,9
	C	4585	25,6
	D	10687	59,8
	E	2091	11,7
Escolaridade	analfabeto	1518	8,5
	1 grau	13823	77,8
	2 grau	1786	10,1
	superior	643	3,6
Motivo	vizinhos	1026	5,7
	médico	4862	27,1
	mídia	2218	12,3
	PSF	8405	46,8
	outro motivo	1453	8,1
Realização do exame de mamografia	Não realizou	7560	42,1
	Realizou	10404	57,9
Câncer	não	17885	99,6
	sim	79	0,4
Estádio	0	8	10,1
	I	23	29,1
	II	34	43,0
	III	13	16,5
	IV	1	1,3
Total		17964	100

Tabela 2 – Resultado da análise da regressão logística univariada e multivariada das mulheres atendidas pelo programa de rastreamento na unidade móvel de prevenção, segundo a não realização prévia do exame de mamografia. Hospital de câncer de Barretos-SP.2008.

Variável	Categoria	Nunca realizou n (%)	p (χ^2)	OR		IC 95%	
				Bruta	Ajustada	Bruta	Ajustada
Idade (anos)	40 a 49	4164 (48,0)	<0,001	1,0	1,0		
	50 a 59	2169 (35,1)		0,45	0,39	0,42 – 0,48	0,37 - 0,42
	60 a 69	1227 (39,3)		0,63	0,48	0,58 – 0,68	0,44 – 0,53
Classe socioeconômico	B	144 (27,6)	<0,001	1,0	1,0		
	C	1672 (36,5)		1,51	1,35	1,23-1,84	1,08 – 1,69
	D	4649 (43,5)		2,02	1,84	1,66-2,46	1,46 – 2,31
	E	1058 (50,6)		2,99	2,20	2,18-3,32	1,71 – 2,83
Escolaridade	Superior	230 (35,8)	<0,001	1,0	1,0		
	2 grau	706 (39,5)		1,5	1,30	1,27 – 1,89	1,05 – 1,62
	1 grau	5801 (42,0)		1,9	1,61	1,57 – 2,34	1,31 – 1,98
	Analfabeto	738 (48,6)		3,0	2,78	2,45 – 3,66	2,10 – 3,42
Local do exame	Hospital	2113 (36,3)	<0,001	1,0	1,0		
	Unidade Móvel	5447 (44,8)		1,4	1,18	1,34-1,52	1,09 – 1,29
Motivo	Encaminhamento médico	1646 (33,9)	<0,001	1,0	1,0		
	Conversa com vizinhos	459 (44,7)		1,6	1,54	1,38-1,81	1,32 – 1,79
	Mídia	875 (39,4)		1,3	1,20	1,15-1,41	1,06 – 1,36
	Outro motivo	555 (38,2)		1,5	1,18	1,07-1,36	1,04 – 1,35
	PSF	4025 (47,9)		1,8	1,69	1,67-1,93	1,54 – 1,85

Tabela 3 – Modelo final da análise da regressão logística multivariada das mulheres atendidas pelo programa de rastreamento, segundo a não realização prévia do exame de mamografia. Hospital de câncer de Barretos-SP.2008.

Variável	Categoria	OR	IC _{95%}	
Interação entre local de realização do exame mamografico	Hospital/2ºg+sup.	1.0		
	Hospital/1ºgrau	1,26	1,05	1,52
	Hospital/Analf.	2,02	1,53	2,66
	UMP/2ºgrau+sup.	1,15	0,94	1,40
	UMP/ 1ºgrau	1,50	1,25	1,80
	UMP/ Analf.	2,53	2,00	3,20

- valores ajustados pela idade, classe sócio-econômica e motivo.



Figura I: (a) Unidade Móvel de Prevenção; (b) Mamógrafo 600T GE; (c) Área geográfica; (d) População atendida.

CONCLUSÃO

Conclusão

1. Para modificar-se o paradigma do câncer avançado, necessita-se da realização da mamografia em larga escala, diminuindo as barreiras que determinam à baixa realização do exame.
2. O aprimoramento do acesso ao exame de mamografia, associado a utilização de Unidade Móvel, permitem identificar e atingir populações com baixa adesão, vencendo barreiras do sistema de saúde, principalmente nas populações de baixa escolaridade e classe sócio-econômica.
3. A utilização de cadastradores, o Programa de Saúde da Família através dos agentes comunitários de saúde e da enfermeira permitiram identificar populações refratárias ao exame de mamografia, vencendo as barreiras relacionadas à educação, motivando as mulheres à realização do exame de mamografia.

REFERÊNCIAS

Referências

Anderson BO, Shyyan R, Eniu A, Smith RA, Yip CH, Bese NS, Chow LW, Masood S, Ramsey SD, Carlson RW. Breast cancer in limited-resource countries: an overview of the Breast Health Global Initiative 2005 guidelines. *Breast J* 2006; 12 Suppl 1: S3-15.

Aro AR, De Koning HJ, Absetz P, Schreck M. Two distinct groups of non-attenders in an organized mammography screening program. *Breast Cancer Res Treat* 2001; 70(2):145-153.

Bakemeier RF, Krebs LU, Murphy JR, Shen Z, Ryals T. Attitudes of Colorado health professionals toward breast and cervical cancer screening in Hispanic women. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1995; (18):95-100.

Barros ACSD, Pinotti JA. Estratégias para a prevenção primária do câncer de mama. *Femina* 2001, 7:459-465.

Brasil. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: acesso e utilização dos serviços de saúde 2003.[acesso em 2008 dez 07]. Disponível em: <http://www.ibge.com.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/default.shtm>.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. A situação do câncer no Brasil. [acesso em 2009 jan 01]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/situacao/>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer-INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2008: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2007 [acesso em 2009 jan 01]. Disponível em:<[http:// www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) >. .

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Normas e recomendações do Ministério da Saúde controle do câncer de mama. Controle do câncer de mama- documento de consenso. Rev Bras Cancerol 2004; 50(2):77-90.

Brasil. Ministério da Saúde. Uma análise da situação de saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde 2004; 143-145.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer-INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Atlas de Mortalidade por câncer: 1979-1999. [acesso em 2008 dez 07]. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/atlas/..](http://www.inca.gov.br/atlas/)

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Normas e recomendações do Ministério da Saúde controle do câncer de mama. Prevenção e controle de câncer. Rev Bras Cancerol 2002;48(3):317-332.

Brasil. Ministério da Saúde. Publicação do INCA aponta fatores de risco para a doença e propõe medidas de controle. [acesso 2007 jul 20]. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idxt=25441..

Burnett cb, Steakley CS, Tefft MC. Barriers to breast and cervical cancer screening in underserved women of the District of Columbia. *Oncol Nurs Forum* 1995; 22(10):1551-7.

Burton M. Womwn's health. Guidelines for promoting breast care awareness. *Nurs Times* 1995; 14-20; 91(24): 32-4.

Camargo TC, Souza IEO. Atenção à mulher mastectomizada: discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no Hospital do Câncer II. *Rev latinoam enferm* 2003; 11(5):614-621.

Cho E, Spiegelman D, Hunter DJ, Chen WY, Stampfer MJ, Colditz GA, Willett WC. Premenopausal fat intake and risk of breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 2003;16;95(14):1079-85.

de Koning HJ. Mammographic screening: evidence from randomised controlled trials. *Ann Oncol* 2003; 14(8): 1185-9

Gebrim LH, Quadros L G. Rastreamento mamográfico no Brasil. *RBGO. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2006; 28: 319-323.

Guerra MR, Gallo CVM, Azevedo G, Mendonça S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. Rev. Bras.Cancer 2005; 51(3):227-234.

Godinho ER, Kock HA. O perfil da mulher que se submete a mamografia em Goiânia - uma contribuição a bases para um programa de detecção precoce do câncer de mama. Radiol Bras 2002; 35(3): 139-45.

Godinho ER, Koch HA. Rastreamento do câncer de mama: aspectos relacionados ao médicos. Radiol Bras 2004; 37(2): 91-99.

Humphrey LL, Helfand M, Chan BK, Woolf SH. Breast cancer screening: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2002; 137(1): 347-60.

Jemal A, Siegel LR, Ward E, Hao Y, Xu J, Murray T, Thun MJ. Cancer statistics, 2008. CA Cancer J Clin 2008;58(2):71-96.

Juon HS, Kim M, Shankar S, Han W. Predictors of adherence to screening mammography among Korean American women. Prev Med 2004;39(3):474-81.

Kaaks R, Lukanova A. Effects of weight control and physical activity in cancer prevention: role of endogenous hormone metabolism. Ann N Y Acad Sci 2002; 963:268-81.

Kahn LS, Fox CH, Krause-kelly j, Berdine DE, Cadzow RB. Identifying barriers and facilitating factors to improve screening mammography rates in women diagnosed with mental illness and substance use disorders. *Women Health* 2005;42(3):111-26.

Kelagher M, Stellman JM. The impact of medicare funding on the use of mammography among older women: implications for improving access to screening. *Prev Med* 2000;31(6):658-664.

Kemp C, Elias S, Gebrim LH, Nazário ACP, Baracat EC, LIMA GR. Estimativa de custo do rastreamento mamográfico em mulheres no climatério. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005; 27(7):415-20.

Kemp C, Petti DA, Ferraro O, Elias S. Câncer de mama - prevenção secundária. Sociedade de mastologia e Federação Brasileira das sociedades de ginecologia e obstetrícia. Projeto diretrizes associação médica brasileira e conselho federal de medicina. 2002,ago:1-9 [acesso em 2007 jan 05]. Disponível em http://projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/026.pdf.

Kemp C, Petti DA, Quadros LGO, Sabbaga J, Gebrim LH, Assunção MC, Ricci MD. Câncer de mama-prevenção primária. Sociedade de mastologia e Federação Brasileira das sociedades de ginecologia e obstetrícia. Projeto diretrizes associação médica brasileira e conselho federal de medicina. 2002,ago: 1-15.[acessível em 2007 jan 05]. Disponível em

http://www.campinas.sp.gov.br/saude/assist_farmaceutica/consensos/ca_mama_prev_1.pdf.

Kerlikowske K. Efficacy of screening mammography among women aged 40 to 49 years and 50 to 69 years: comparison of relative and absolute benefit. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1997;(22):79-86.

Lagerlund M, Hedin A, Sparén P, Thurfjell E, Lambe M. Attitudes, beliefs, and knowledge as predictors of nonattendance in a Swedish population-based mammography screening program. *Prev Med* 2000; 31(4):417-28.

Lagerlund M, Maxwell AE, Bastani r, Thurfjell E, Ekbohm A, Lambe M. Sociodemographic predictors of non-attendance at invitational mammography screening--a population-based register study (Sweden). *Cancer Causes Control* 2002; 13(1):73-82.

Lee CH. Screening mammography: proven benefit, continued controversy. *Radiol Clin North Am* 2002 ; 40(3):395-407.

Legler J, Meissner HI, Coyne C, Breen N, Chollette V, Rimer BK. The effectiveness of interventions to promote mammography among women with historically lower rates of screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2002; 11(1):59-71.

Leris C, Mokbel K. The prevention of breast cancer: an overview. *Curr Med Res Opin* 2001;16(4):252-7.

Leslei NS, Deiriggi P, Gross S, Durant E, Smith C, Veshnesky JG. Knowledge, attitudes, and practices surrounding breast cancer screening in educated Appalachian women. *Oncol Nurs Forum* 2003; 30(4):659-67

Lourenço TS, Vieira RAC, Galvão CN, Martins AS, Souza IS, Haikel JR RL, Mauad EC, Mattos JCS. Barriers related to low income patients in mammographic exams (Brazil), In 2nd International Cancer Control Congress, 2007, Rio de Janeiro. Abstract Volume - 2nd International Cancer Control Congress. Rio de Janeiro : INCA, 2007. v. 1. p. 108.

Marinho LAB, Gurgel MSC, Cecatti JG, Osiris MJD. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(5):576-82.

Marinho LAB, Cecatti JG, Osiris MJD, Gurgel MSC. Knowledge, attitude and practice of mammography among women users of public health services. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(2): 200-7.

Mauad EC: Efetividade da Unidade Móvel para rastreamento de câncer de mama e do colo uterino. [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina/UNIFESP; 2007

Mauad EC, Nicolau SM, Vieira RAC, Haikel JR RL, Bauab SP, Galvão CN, Pinheiro MA. The Effectiveness of the mobile unit with mammogram for the prevention of breast cancer. In 13th International Congress on Senology; 2nd Brazilian Congress on Clinical Oncology; 2º Congresso Brasileiro de Onco-Mastologia., 2004, Recife. Abstracts from 13th International Congress on Senology 2004. v. 1. p. 165.

Monteiro APS, Arraes EPP, Pontes LB, Capôs MSS, Ribeiro RT, Gonçalves REB. Auto-exame das mamas: freqüência do conhecimento, prática e fatores associados. Rev Bras Ginecol Obst 2003; 25(3):201-5.

Moura ERF, Nogueira RA. Atuação de enfermeiras nas ações de controle do cancer de mama em oito unidades de saúde do Ceará, Brasil. Rev bras saúde matern infant 2001; 1(3):269-74

Parkin DM, Bray F, Ferlay J, PISANI P. Global cancer statistics, 2002. CA Cancer J Clin 2005; 55(2):74-108.

Paula AF, Figueiredo ES, Amaral MA, Guedes CC. A enfermeira na prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama no Ambulatório Carlos Chagas (ACC)/UFMG: uma proposta de trabalho Nursing (São Paulo) 2002; 5(45): 30-34.

Poulos AE, Balandin S, Llewellyn G, Dew AH. Women with cerebral palsy and breast cancer screening by mammography. Arch Phys Med Rehabil 2006; 87(2):304-7.

Remennick L. The challenge of early breast cancer detection among immigrant and minority women in multicultural societies. Breast J 2006; 12 (1):S103-110.

Rimer B.K. Adherence to cancer screening. In Cancer Screening. Reintgen DS and Clark RA eds. Mosby. St Louis, Missouri 1996. p261-276.

Rubenstein L. Strategies to overcome barriers to early detection of cancer among older adults. *Cancer* 1994;74 (7 S):2190-3.

Rudledge DN, Barsevick A, Knobf MT, Bookbinder M. Breast cancer detection: knowledge, attitudes, and behaviors of women from Pennsylvania. *Oncol Nurs Forum* 2001; 28(6):1032-40.

Soyer MT, Ciceklioglu M, Ceber E. Breast cancer awareness and practice of breast self examination among primary health care nurses: influencing factors and effects of an in-service education. *J Clin Nurs* 2007; 16(4): 707-15.

Schwartzmann,G. Breast cancer in South America: challenges to improve early detection and medical management of a public health problem.2001;19(18S):118-124

Shapiro S, Strax P, Venet L. Periodic breast cancer screening in reducing mortality from breast cancer. *JAMA* 1971, 215:1777-1783.

Shapiro S. Screening: assessment of current studies. *Cancer* 1994; 1;74(1Suppl):231-8.

Thuler LC. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. *Rev Bras de cancerol* 2003; 49(4):227-238.

Urban N, Anderson GL, Peacock S. Mammography screening: how important is cost as a barrier to use? *Am J Public Health* 1994; 84(1):50-55.

Verbeek AL, Hendriks JH, Holland R, Mravunac M, Sturmans F, Day NE. Reduction of breast cancer mortality through mass screening with modern mammography. First results of the Nijmegen project, 1975-1981. *Lancet* 1984;1(8388):1222-1224.

Xavier NL, Riberiro PLI, Menke CH, Cavalheiro JAC, Xavier MC. Exame clínico das mamas no Programa de Saúde da Família: experiência no litoral sul do Brasil. *Rev Bras Mastol* 2008,18(1): 12-7.

Ward E, Jemal A, Cokkinides V, Singh GK, Cardinez C, Ghafoor A, Thun M. Cancer disparities by race/ethnicity and socioeconomic status. *CA Cancer J Clin* 2004; 54(2):78-93.

World Health Organization. Palliative care. Cancer control knowledge into action who guide for effective programmes.2006. [Acesso em dez 2008] Disponível em <http://www.who.int/cancer/media/FINAL-Palliative%20Care%20Module.pdf>.

Womeodu RJ, Bailey JE. Barriers to cancer screening. *Med Clin North Am* 1996; 80(1):115-33.

Wu TY, West B, Chen YW, Hergert C. Health beliefs and practices related to breast cancer screening in Filipino, Chinese and Asian-Indian women. *Cancer Detect Prev* 2006; 30(1):58-66.

Young RF, Severson RK. Breast cancer screening barriers and mammography completion in older minority women. *Breast Cancer Res Treat* 2005; 89(2):111-118.

Yu MY, Wu TY. Factors influencing mammography screening of Chinese American women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005; 34(3):386-94.

Anexo 1: Ficha de cadastro da mulher



Espaço para etiqueta

EVO



FICHA DE CADASTRO MAMOGRAFIA E PAPANICOLAOU

 Mamografia Papanicolaou

Data: ___/___/___

Data Nasc: ___/___/___

Idade: _____

Nome: _____

Nome da Mãe: _____

Convênio: _____ R.G.: _____ C.P.F.: _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ Zona: _____ Cidade: _____

CEP: _____ Est. _____ Tel: () _____

Cartão SUS: _____

Unidade de origem: USB PSF PAC OUTROS _____

Classe Sócio-Econômico (anotar a quantidade na casa)

- Carro TV em Cores Video Cassete
 Rádio Banheiro
 Empregada Mensalista Aspirador de pó
 Máquina de Lavar Roupa Geladeira

Escolaridade:

- 1 - Analfabeta 3 - 1º Grau Completo 5 - Superior
 2 - 1º Grau Incompleto 4 - 2º Grau

1) Qual o principal motivo que o levou a fazer este exame?

- 1 - Rádio 2 - Visita domiciliar 3 - Carro de som 4 - Folhetos 5 - Vizinhos
 6 - Outros _____

2) Mamografia é uma chapa da mama feito por uma máquina que pressiona a mama. Você já fez Mamografia alguma vez?

- 1 - Sim 2 - Não
 9 - Ignorado (Não sei)

Você já fez o exame papanicolaou?

- 1 - Sim 2 - Não
 9 - Ignorado (Não sei)

3a) Há quanto tempo? _____

3b) Há quanto tempo? _____

4) Local de realização deste exame:

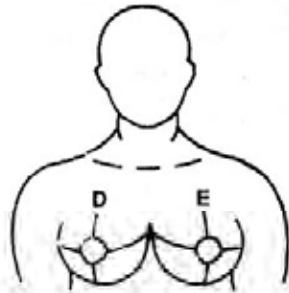
- Unidade de Transporte (Hospital) Unidade Móvel II

5) Notou alterações na mama.

- Dor na Mama Direita Esquerda
 Nódulo Retração / Ulceração de mamilo
 Retração / Ulceração de pele Descarga mamilar Escura Clara Com sangue

EXAME FÍSICO

1 - Localização da alteração mamária:



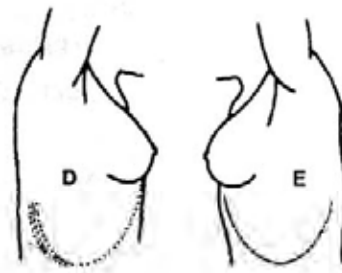
Mama Direita

- Lesão Palpável
 Lesão Móvel
 Lesão Fixa

Mama Esquerda

- Lesão Palpável
 Lesão Móvel
 Lesão Fixa

2 - Nódulos axilares:



Nódulo Axilar Direito

- Não Palpável
 Único
 Múltiplos
 Coalescentes
 Fixo

Nódulo Axilar Esquerdo

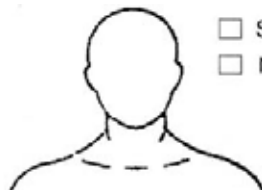
- Não Palpável
 Único
 Múltiplos
 Coalescentes
 Fixo

3 - Descarga Mamilar

- Sim
 Não

Aspecto _____

4 - Nódulos em fossas supraclaviculares



- Sim
 Não

Anexo 2: Termo de consentimento livre e esclarecido para realização da mamografia

ANEXO II



Fundação Pio XII
Hospital de Câncer de Barretos

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

INFORMAÇÕES

Título do projeto: Efetividade da unidade móvel para prevenção de câncer de mama e de colo uterino

Qual o objetivo deste estudo?

É facilitar o acesso da população feminina à prevenção do câncer de mama e de colo uterino, bem como procurar descobrir estes cânceres mais cedo.

Quais os exames que serão realizados?

As mulheres serão orientadas sobre a importância do auto exame da mama, utilizando um modelo de mama artificial e, após o exame clínico da mama efetuado pela enfermeira, serão submetidas ao exame de mamografia e também é realizado o exame de Papanicolaou.

Como são realizados os exames de mamografia e Papanicolaou?

Mamografia - constitui um método de imagem que procura avaliar a presença de alterações na mama. O seu principal objetivo é diagnosticar o câncer de mama, porém identifica a presença de outras alterações, em grande parte não é câncer. A mamografia detecta vários achados que necessitam de avaliação adicional para melhor definição diagnóstica, não representando necessariamente a presença de um câncer na mama. Papanicolaou – é o exame do colo uterino, que tem como objetivo avaliar a presença de um tumor no útero.

Quais são os desconfortos e riscos destes exames?

Mamografia – é o principal exame para identificação do câncer de mama, tendo uma possibilidade de acerto de 90%, porém algumas condições podem diminuir a precisão do exame como: na presença de mamas densas a mamografia; lesões muito pequenas; ausência de relação entre os achados da mamografia e da palpação da mama. É importante guardar os exames para comparação e controle, isto permitirá detectar alterações numa fase onde o tumor ainda não se tornou palpável. A irradiação que a mulher recebe fazendo o exame é mínimo, devido aos aparelhos modernos que são utilizados, e o desconforto do exame é bem tolerável.

Papanicolaou – O risco é mínimo porque são usados materiais descartáveis para a coleta da secreção vaginal e o desconforto também é tolerável.

Quais são os benefícios para as mulheres que participarem deste estudo?

Através dos exames detectaremos o câncer de mama e o câncer de colo uterino em uma fase inicial, assim as mulheres receberão tratamentos menos agressivos e poderão ser curadas.

Quais as outras opções para se diagnosticar o câncer de mama e câncer de colo uterino?

Mamografia - atualmente o melhor exame para se detectar o câncer de mama na população é a mamografia. Como 10% dos cânceres não aparecem na mamografia o exame físico da mama e ultra-som são complementares. Papanicolaou - para a prevenção do câncer de colo uterino o exame mais usado no mundo é o Papanicolaou. Tem sido feito vários estudos com o teste de HPV, mas até o momento não existe regulamentação oficial para o seu uso na população. A colposcopia é complementar ao exame de Papanicolaou quando existir alterações neste exame.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

O principal investigador é o Dr. Edmundo Carvalho Mauad, que pode ser encontrado na Fundação Pio XII, telefone (17)3321-6600. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@epm.br

Quais são as conseqüências da desistência de continuar neste estudo?

Você poderá desistir desse estudo a qualquer momento. Se desistir, todas as informações serão retiradas do banco de dados.

O que dizer sobre confidencialidade?

As informações obtidas no seu questionário e nos exames serão analisadas em conjunto com as outras pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente.

Você pode obter informações sobre este estudo?

Sim. Você tem o direito de ser mantida atualizada sobre os resultados parciais da pesquisa, podendo obter as informações com o pesquisador principal citado acima.

Você terá despesas ou compensações?

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

O que ocorrerá se você tiver algum dano durante os exames deste estudo?

Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos proposto neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na Instituição, bem como as indenizações legalmente estabelecidas.

Qual o compromisso do pesquisador com os resultados desta pesquisa?

O pesquisador terá o compromisso de utilizar dados e o material coletado somente para esta pesquisa. Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo da prevenção de câncer de mama e de colo uterino. Eu discuti com o Dr. Edmundo Carvalho Mauad, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal Data / /

Assinatura da testemunha Data / /

Para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data / /

Anexo 3: Termo de consentimento livre e esclarecido para mulheres refratárias

TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Título do Projeto: “Primeiro rastreamento organizado regional no Brasil: Barreiras relacionadas à realização do exame de mamografia”.

Pesquisadora: Tânia Silveira Lourenço

Objetivo do Projeto: Estou convidando você a participar desta pesquisa que visa identificar as principais barreiras que dificultam na realização do exame de mamografia, após o projeto ter iniciado há dois anos.

Informações solicitadas: Peço a sua autorização e colaboração em responder as perguntas que estão descritas nesta folha que permitirão identificar as barreiras em relação ao seu conhecimento e atitudes frente ao câncer, conhecimento com relação ao exame de mamografia, medo e desconforto ao realizar o exame, medo do resultado se mostrar positivo, falta de informação com relação a idade e o tempo necessário de intervalo para a realização da próxima mamografia e quais as dificuldades encontradas para se fazer o exame na unidade móvel. O resultado deste questionário vai ser estudado para melhorar o projeto de prevenção de câncer de mama na região de Barretos, a atingir todas as mulheres que ainda não realizarão o seu exame de mamografia, para descoberta da doença na fase inicial e controle na prevenção do câncer de mama. Tais respostas poderão servir como base para o aprimoramento de programas de prevenção do câncer de mama a nível nacional.

Riscos: O estudo não oferece qualquer risco.

Benefícios: A partir de evidências encontradas com o presente estudo, as pacientes serão beneficiadas uma vez que poderemos proporcionar-lhes melhor cobertura de realização dos exames de mamografia, para descoberta da doença na fase inicial e prevenção do câncer de mama.

Direitos dos pacientes: A participação ou não participação, bem como o abandono desta pesquisa não acarretará em riscos adicionais a você, nem afetará o seu tratamento no hospital.

O compromisso de me proporcionar a informação atualizada durante o estudo, ainda que esta mesma, possa afetar minha vontade de continuar participando.

A garantia que não terei gastos e que não está previsto adicionais durante a minha participação no estudo, caso isso ocorra as despesas serão de responsabilidade do pesquisador.

Privacidade: A segurança de que não serei identificado, e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a minha privacidade.

Paciente: Acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações que li e que me foram explicadas. Eu discuti com a Enf. Tânia Silveira Lourenço sobre a minha decisão de participar deste estudo, seus desconfortos, riscos, garantias de confidencialidade e esclarecimento permanentes. Fico claro também que minha participação é isenta de despesas e ônus. Concordo voluntariamente a participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Dúvidas: Diante de qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos estou a disposição. Telefones para contato: (17) 3321-6600 ou (17) 3321-6634.

Eu _____, RG: _____,
abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos acima relacionados, concordo em participar.

Barretos _____ de _____ de 2007.

Assinatura do Paciente

Nome: Assinatura da Testemunha

Tânia Silveira Lourenço
Pesquisadora Responsável

Anexo 4: Questionário para mulheres refratárias

QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DE BARREIRAS A NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME DE MAMOGRAFIA NA UNIDADE MÓVEL DE PREVENÇÃO, NOS DEZENOVES MUNICÍPIOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO DEPARTAMENTO REGIONAL DE BARRETOS.

Orientação para a entrevistadora:

Inicie a entrevista informando a usuária que fará algumas perguntas e que ela deverá ficar a vontade para responder ou não aquelas que julgar inconvenientes.

Nome: _____

Índice Karnofsky: _____

[1] **100% Normal** sem queixas, sem evidências de doença; [2] **90%** Sinais ou sintomas **mínimo** de doença; [3] **80%** Atividade normal **com esforço**; [4] **70%** Cuida **sozinho** mais **incapaz** de atividades normais; [5] **60% Ocasionalmente** precisa alguém para ajuda-lo; [6] **50% Frequentemente** necessita de ajuda; [7] **40% Incapacitado**, necessita cuidado especial; [8] **30% Bastante incapacitado**, internação é **indicado**; [9] **20%** Muito doente, internação é necessária; [10] **10%** Moribundo; [11] **0%** Morte.

Raça: [1] branco [2] negro [3] pardo [4] amarelo [5] outro: _____

1. Qual a sua idade? ___/___anos.

2. Qual é seu estado civil? [1] solteira [2] casada [3] viúva
[4] união consensual(amasida) [5] separada

3. Você trabalha fora de casa? [1] sim [2] não

4. Qual é sua atividade profissional? _____
[1] aposentada [2] pensionista

5. Você tem algum problema de saúde? [1] sim [2] não (**passe para a questão 7**)

6. Qual problema de saúde? [1] não tenho [2] diabetes
[3] hipertensão [4] coração [5] derrame
[6] pulmonar [7] depressão [8] osteoporose
[9] outro _____

7. Você faz consultas com o médico na Unidade de Saúde? [1] sim [2] não (**passe para a questão 9**)

8. De quanto em quanto tempo você vai ao médico?

[1] a cada 6 meses [2] todo ano [3] a cada ano e meio
[4] a cada 2 anos [5] a intervalos irregulares [6] nunca

- [7] só quando apresenta alguma anormalidade [8] não sabe
9. Você fez consulta com o médico ginecologista nestes dois últimos anos?
[1] sim [2] não
10. Você tem ou já teve convênio médico? [1] sim [2] não (**passa para a questão 12**)
11. Com qual idade você teve o convênio? [1] menor de 40 [2] igual ou maior de 40
12. Algum médico já examinou sua mama nestes dois últimos anos? [1] sim [2] não
13. Algum profissional de saúde já ensinou você a fazer o exame em suas mamas?
[1] sim [2] não
Quem: _____
14. Você já viu ensinar este exame pela televisão? [1] sim [2] não
15. Você sabe fazer o exame em suas mamas? [1] sim [2] não
16. Ela sabe mesmo ? (Na avaliação da entrevistadora) [1] sim [2] não
17. Você sabe de quanto em quanto tempo você deve fazer o exame em suas mamas?
[1] mensal [2] semestral [3] semanal [4] quinzenal [5] não sabe
18. Algum médico já orientou-a a fazer o exame de mamografia? [1] sim [2] não
19. Por que você, nunca fez este exame antes? (Assinale quantas alternativas forem necessárias)
- [1] porque nenhum médico pediu este exame antes
 - [2] este exame já foi pedido porém eu tinha medo de fazê-lo
 - [3] era muito difícil de conseguir marcar este exame
 - [4] porque eu nunca pedi para o médico
 - [5] porque não tenho pessoas da minha família com câncer de mama
 - [6] porque este exame era caro
 - [7] eu achava que só precisaria fazer se tivesse algum problema nas mamas
 - [8] eu não sabia com que idade eu deveria começar fazê-lo
 - [9] moro longe de Barretos e tenho dificuldade de ir até lá
 - [10] tenho medo de realizar o exame com o Hospital do Câncer
 - [11] tenho medo de descobrir alguma coisa e a doença se alastrar
 - [12] tenho medo da dor ao realizar o exame de mamografia
 - [13] vergonha
 - [14] assintomática
 - [15] não quer faltar serviço
 - [16] falta de tempo
 - [17] descuido/desleixo/comodismo
 - [18] Outro? Qual? _____
20. Quem te pediu para fazer o exame de mamografia?

- [1] médico
- [2] enfermeira
- [3] agente comunitário de saúde (ACS)
- [4] por conta própria
- [5] equipe de cadastradores em conjunto com ACS
- [6] equipe de cadastradores
- [7] envio de carta ou ligação
- [8] Outros. Quem ? _____

21. Por qual motivo a mamografia é importante?

- [1] acha o câncer de mama
- [2] previne do câncer de mama
- [3] identifica alguma alteração na mama
- [4] o médico que pediu
- [5] a enfermeira e o agente comunitário que sugeriram
- [6] tenho casos de câncer na família
- [7] Outro? Qual? _____

22. Você recebeu alguma informação a respeito da mamografia durante uma consulta médica?

- [1] sim
- [2] não

23. Você sabe como é feita a mamografia?

- [1] sim
- [2] não

24. Alguém explicou para a você como é feita o exame de mamografia?

- [1] sim
- [2] não (**passa para a questão 26**)

25. Quem foi que explicou para você ou como você soube como é feita a mamografia?

- [1] médico
- [2] a enfermeira do posto de saúde
- [3] o agente comunitário de saúde que foi até sua casa
- [4] ficou sabendo através de uma conhecida sua que já fez este exame e foi ela que lhe explicou como ele é feito
- [5] você sabe como é feito o exame porque viu na televisão/ revista ou ouviu no rádio
- [6] Outros. Quem? _____

26. Você sabe com quantos anos as mulheres devem fazer a primeira mamografia?

- [1] sim
- [2] não (**passa para a questão 28**)

Quem informou: _____

27. Qual é a idade que as mulheres devem ter para fazer a primeira mamografia? _____ anos.

28. Você sabe de quanto em quanto tempo as mulheres devem fazer a mamografia?

- [1] sim
- [2] não (**passa para a questão 30**)

29. De quanto em quanto tempo às mulheres devem fazer o exame de mamografia?

- [1] 6 meses
- [2] 1 ano
- [3] 1 ano e meio
- [4] 2 anos

30. Você já conhecia o fato do exame de mamografia ser realizado no ônibus do hospital?

43. Você acha que é necessário fazer o exame de mamografia se tiver alguém de sua família com câncer de mama?
[1] sim [2] não
44. Você acha que a unidade móvel, por ser do Hospital de Câncer de Barretos, te deixa com medo de fazer o exame nesta unidade?
[1] sim [2] não
45. O fato do Hospital do Câncer lhe oferecer para realizar o exame a deixa constrangida?
[1] sim [2] não
46. Você acredita que o exame de mamografia deva ser feito somente quando sentir alguma anormalidade nas mamas?
[1] sim [2] não
47. Você acredita que a radiação do exame de mamografia pode causar algum dano na sua mama?
[1] sim [2] não
48. Alguma pessoa da família já teve ou tem câncer de mama?
[1] sim [2] não **(passe para a questão 49)**
49. Quem da sua família já teve câncer de mama? (assinale quantas alternativas forem necessárias).
[1] mãe [2] irmã [3] avó materna
[4] avó paterna [5] tia materna [6] primamaterna
[8] não sabe [7] outros. Quem? _____
50. Você acredita que o câncer de mama tem cura?
[1] não, se a doença for descoberto na fase mais tardia [5] não sabe
[2] sim, se descoberto na fase inicial da doença
[3] sim, pois se tiver fé em Deus ele vai curar deste mal
[4] não, pois a pessoa com câncer vai morrer

Anexo 5: Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)


**Fundação
Pio XII**
 Hospital de Câncer de Barretos
 Reg. no C.N.S.S. 242.299/78
 Utilidade Pública Federal Lei N.º 90.935/85
 Utilidade Pública Estadual Lei N.º 2.224/79
 Utilidade Pública Municipal Lei N.º 3.166/78
 Inscrição no C.N.P.J. 49.150.352/0001-12
 Inscrição Estadual 204.032.103.118

Barretos, 13 de junho de 2007.

Prezado (a) Sr. (a). Investigador (a)

Tânia Silveira Lourenço

072/2007: "Barreiras relacionadas à adesão ao exame de mamografia encontradas durante o primeiro rastreamento mamário organizado nacional -"

O Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Pio XII, em reunião ordinária realizada 10/05/2007, analisou as pendências respondidas pela pesquisadora, onde por decisão do CEP, o projeto foi APROVADO.

Atenciosamente,



Dr. Renato José Affonso Junior

Coordenador do CEP

Fundação Pio XII

Anexo 6: Carta de aprovação pelo CEP da mudança de Título



**Comitê de Ética em Pesquisa
CEP**

Para: Tânia Silveira Lourenço

De: **Renato José Affonso Junior**
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

Data: 16/01/2009

Projeto de Pesquisa: 072/2007

Prezado (a) Senhor (a),

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), tomou ciência do documento abaixo, constante do projeto *"Primeiro rastreamento organizado regional no Brasil: Barreiras relacionadas a realização do exame de mamografia"*, aprovando a continuidade da pesquisa.

- Carta de alteração do título do projeto da pesquisa: de "Barreiras relacionadas a adesão ao exame de mamografia encontradas durante o primeiro rastreamento mamário organizado nacional", para **"Primeiro rastreamento organizado regional no Brasil: Barreiras relacionadas a realização do exame de mamografia"**.

Dr. Renato José Affonso Junior
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
Hospital de Câncer de Barretos

Tania S. Lourenço
16/01/09