

Barreiras relacionadas à adesão ao exame de mamografia em rastreamento mamográfico na DRS-5 do estado de São Paulo

Barriers related to the non-adherence to the mammography screening program in DRS-5 of the state of 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 Vervinhasse Peres⁴

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

²Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia Médica da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (Unesp).

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

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

Endereço para correspondência: René Aloísio da Costa Vieira. Hospital de Câncer de Barretos – Fundação Pio XII. Rua Antenor Duarte Villela, 1.331, Dr. Paulo Prata, 14.784-400, Barretos, SP, e-mail: reneacv@terra.com.br

Recebido em: 7/12/2008. Aceito após modificações em: 12/2/2009

Palavras-chaves

Câncer de mama;
Mamografia;
Rastreamento;
Planejamento em saúde;
Adesão ao rastreamento.

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. Há inúmeras barreiras relacionadas à 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-5 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. **Métodos:** Foram entrevistadas 550 mulheres, provenientes de 19 cidades que tinham conhecimento do rastreamento mamográfico da DRS-5 e que nunca haviam realizado o exame de mamografia previamente, sendo aplicado questionário para avaliar o conhecimento sobre o exame clínico da mama, a importância da mamografia, bem como estratégias para identificação dessa população refratária ao exame. **Resultados:** As principais características dessa população foram a baixa escolaridade (84,7%), a baixa classe socioeconômica (66,8%) e a faixa etária entre 42 e 49 anos (43,8%). As mulheres relataram que o autoexame da mama é pouco indicado por parte dos médicos (14,9%), sendo poucas as mulheres que o realizavam de maneira adequada (25,8%). O exame de mamografia também é pouco oferecido pelos médicos (23,6%), porém as mulheres sabem de sua importância e não o realizam, principalmente, por causa de ausência de sintomas (60,4%), medo da dor (25,1%) ou do câncer (20,5%). Para identificação dessa população, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi de fundamental importância (90,0%), visto que apenas 71,8% dessas mulheres aderiram à realização do exame de mamografia. **Conclusões:** A identificação de subgrupos refratários ao exame de mamografia mostra a necessidade de aprimoramento no rastreamento, sendo o PSF importante instrumento de intervenção.

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-5 a mammography screening controlling the factors related to health system and knowledge. **Objective:** When we done mammography in 50.3% of DRS-5 women, we find the characteristics of women that although having the knowledge of breast screening hadn't done mammography yet. **Methods:** We interview 550 women from 19 cities with questions related to the knowledge about breast clinical examination or

Keywords

Breast cancer;
Mammography;
Screening;
Health planning;
Adherence for screening.

reasons related to non adherence to mammography, and the strategy used to find these women. Results: The women had low years of school (84.7%), low income (66.8%) and were 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 (25.8%). Besides the clinical doesn't inform about the importance of mammography (23.6%), women don't realize this exam because the absent of health symptoms (60.4%), afraid of pain (25.1%) 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. Conclusions: 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.

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, quer pela sua mortalidade¹. O prognóstico do câncer de mama é considerado bom, tendo em vista que a sobrevivência nos países desenvolvidos é na ordem de 73% e nos países em desenvolvimento de 57%². Nos Estados Unidos, 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 estágios II a IV da doença, tornando o tratamento mais caro e diminuindo as possibilidades de cura^{1,4}.

O autoexame da mama (AEM), apesar de difundido entre as mulheres, é realizado de maneira rotineira em apenas pequena parcela das mulheres (21,8%)⁵. O AEM leva a mulher à 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 diante do 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 câncer⁸. Por outro lado, a mamografia se mostrou relacionada à diminuição da mortalidade por câncer de mama⁹ em virtude de maior taxa de detecção de lesões mamárias precoces, associando-se à diminuição da mortalidade por câncer que chega até a 35%^{8,10,11}, ocorrendo nas mulheres da faixa etária dos 40 aos 69 anos^{11,12}.

Nos Estados Unidos e no Reino Unido, observou-se redução das taxas de mortalidade por câncer de mama nos últimos anos, aliando o diagnóstico precoce ao tratamento adequado⁷. 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 doença¹³. Nos Estados

Unidos, 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 Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁴.

Há inúmeras barreiras no que diz respeito à não realização do exame de mamografia, podendo estar relacionadas ao sistema de saúde, à educação e à adesão da paciente. O principal motivo no que se refere ao sistema de saúde constitui a dificuldade na realização do exame de mamografia em larga escala, com cobertura populacional aceitável, em especial o relativo ao SUS. Já as barreiras relacionadas à educação ou ao conhecimento, pode-se citar determinantes culturais e características pessoais¹⁵⁻¹⁷. No Brasil, não obstante o conhecimento dos especialistas por causa da importância do exame de mamografia, os principais fatores considerados são: escassez de equipamentos (75,3%), custo do exame de mamografia (65,7%) e resistência da mulher à realização do exame (39,0%)¹⁸. Vencidas as etapas que dizem respeito ao sistema de saúde e à educação, restam ser avaliadas as barreiras relacionadas à atitude da paciente, que, mesmo com o sistema de saúde disponível e o conhecimento sobre a importância da mamografia, ainda não realiza o exame de mamografia. A literatura nacional é escassa nesse sentido pela ausência de estudos que permitam controlar as limitações do sistema de saúde e do conhecimento.

Métodos

No ano de 2003, iniciou-se projeto de rastreamento mamográfico atendendo as mulheres na faixa etária dos 40 aos 69 anos das 19 cidades da Direção Regional de Saúde V da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo (DRS-5/SES-SP), tendo como referência o Hospital de Câncer de Barretos (HCB). O exame de mamografia foi oferecido em larga escala à população, com a opção de ser realizado na unidade fixa (HCB) ou na unidade móvel de prevenção (UMP), contendo um mamógrafo. Foi proposto rastreamento populacional, por meio

do exame de mamografia, realizada em duas incidências, com intervalo bianual. No início do projeto, foi realizada pactuação com os gestores estaduais e municipais e treinamento com 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 por Unidades Básicas de Saúde (UBS), agentes de Saúde, comunidade, mídia local e sociedades organizadas, inclusive as religiosas. As mulheres eram cadastradas, sendo realizado o atendimento em todas as cidades, e, após o término do ciclo, discutiam-se os resultados e iniciava-se novo ciclo. As pacientes que desejassem realizar o exame poderiam fazê-lo na unidade fixa, independente do agendamento. O caráter recorrente teve como objetivo melhor conscientização da população e aprimoramento da utilização da UMP.

Na avaliação da população a ser atendida foram considerados os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo realizados avaliação e cadastramento das mulheres em cidades onde o Programa de Saúde da Família (PSF) encontrava-se em funcionamento, associado à utilização de cadastradores contratados em parceria com as secretarias municipais. A população a ser atendida pelo rastreamento corresponde a 54.238 pacientes (IBGE), sendo considerada para o cálculo a cobertura populacional na data de início desse levantamento, isto é, 1/8/2007, data em que 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 e facilidade da realização do exame, de maneira gratuita, próximo a suas residências, continuavam refratárias à realização do exame de mamografia.

O levantamento das pacientes iniciou-se por meio de cadastramento da população das cidades menores ou 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 população baixa e elevada cobertura, considerou-se aceitável a seleção de 20 mulheres, fato ocorrido em duas cidades. O questionário foi aplicado a mulheres com idade entre 42 e 69 anos, por uma única enfermeira, não necessariamente sendo exigida a realização do exame de mamografia.

Avaliaram-se as características das pacientes refratárias ao exame de mamografia, sendo considerados a faixa etária, a raça, a classe socioeconômica, a escolaridade, a atividade profissional, a área de residência, o estado civil e a presença de convênio médico (Tabela 1). Para avaliação da classe socioeconômica, utilizou-se a classificação da Associação Brasileira de Pesquisa de Mercado (www.abep.org). Na avaliação da comorbidade levou-se em consideração a presença

Tabela 1. Características da população analisada.

Categoria	Variável	Frequência	Porcentagem
Idade	42 a 49 anos	241	43,8
	50 a 59 anos	149	28,9
	60 a 69 anos	150	27,3
Raça	Branco	271	49,4
	Pardo	189	34,4
	Negro	77	14,0
	Outros	13	2,2
Classe socioeconômica	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

de hipertensão arterial, diabetes melito, cardiopatia e/ou doença pulmonar.

Foi aplicado questionário estruturado, abordando os conhecimentos sobre saúde, prevenção secundária do câncer, AEM ou sua regularidade, mamografia e possíveis barreiras relacionadas à sua não realização, bem como o profissional que determinou a localização das mulheres refratárias e o motivo que levou à realização do exame no dia da entrevista (Tabela 2). O questionário durava em média 20 minutos. Diante dos principais motivos que levaram as mulheres à 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.

Tabela 2. Fatores relacionados à adesão ao autoexame, à mamografia e à metodologia de intervenção realizada.

Categoria	Variável	Frequência	Porcentagem
Saúde e câncer			
Comorbidade	Ausente	333	60,5
	Presente	217	39,5
Exame de Papanicolaou em dois anos	Ausente	428	77,8
	Presente	122	22,2
Familiar de primeiro ou segundo grau com câncer de mama	Ausente	519	94,6
	Presente	31	5,4
Autoexame			
Autoexame nos últimos dois anos por médico	Ausente	468	85,1
	Presente	82	14,9
Relata realização do autoexame	Afirmativo	457	83,1
	Negação	93	16,9
Realização adequada do autoexame	Presente	140	30,6
	Ausente	317	69,4
Regularidade adequada do autoexame	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 por causa do 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

(*) Agrupamento de respostas.

Procurou-se analisar a taxa de adesão ao exame de mamografia neste subgrupo 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 com nº 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-se o programa SPSS Windows® for 15.0. Organizou-se a análise descritiva dos dados por meio de frequências absolutas e relativas.

Resultados

Foram avaliadas 550 mulheres, distribuídas nas 19 cidades da DRS-5/SP, sendo as características apresentadas na tabela 1. Nota-se que a maioria das mulheres era da zona urbana (96,5%), de baixa escolaridade (84,7%), atividade doméstica (67,2%), classe socioeconômica baixa (66,8%), casada (53,8%), branca (49,4%), na faixa etária dos 42 aos 49 anos (43,8%).

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

Diante de 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 2 mostra os fatores referentes aos conhecimentos e às atitudes em relação ao AEM e à realização da mamografia, bem como os motivos que dizem respeito à não realização prévia da mamografia e ao profissional de saúde que identificou a paciente, convidando-a à realização do exame de mamografia. O AEM é pouco realizado por parte dos médicos (14,9%), sendo limitado o conhecimento por parte das pacientes de sua realização adequada (25,8%) e de sua regularidade adequada (17,6%). Nesta população, o exame de mamografia também é pouco oferecido pelos médicos (23,6%), porém as pacientes sabem de sua importância e não o realizam, principalmente, por causa de ausência de sintomas (60,4%), medo da dor (25,1%) ou do câncer (20,5%). Para identificação dessa população, o agente comunitário ou o PSF foram de funda-

mental importância (90,0%), sendo a taxa de adesão desse grupo refratário de 71,8%.

Discussão

O câncer de mama é diagnosticado em estágios avançados em países com recursos limitados. Não obstante os avanços da medicina, muitos países possuem capacidade limitada a promover a detecção precoce, diagnóstico e tratamento do câncer¹⁹. 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 AEM, o nível limitado possui ultrassonografia e mamografia diagnóstica, o nível aumentado possui mamografia diagnóstica com rastreamento mamário oportunístico e o nível máximo possui rastreamento mamário organizado populacional¹⁹. Os países em desenvolvimento apresentam limites orçamentários na saúde, direcionados, em especial, ao tratamento das doenças, e reduzidos orçamentos direcionados às prevenções primária e secundária de doenças crônico-degenerativas e o câncer.

No Brasil, o SUS é responsável por ações de saúde pública, com capacidade instalada apenas para cobertura de 50% da população¹ e, não obstante o conhecimento de todos os processos relacionados a rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento, há dificuldade na formalização de sistemas de referência efetivos, que atendam a população^{18,20}.

No estado de São Paulo, a DRS-5 é região demográfica caracterizada por 19 cidades, com atividade econômica preferencialmente agropecuária, 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 haviam realizado o exame de mamografia previamente. Passou-se de uma fase de limitação do exame, em virtude de dificuldades no sistema de saúde, e a falta de conhecimento da importância do exame de mamografia pela população, para uma fase em que o exame de mamografia pode ser estendido a toda a população, sendo realizado em larga escala onde a cobertura populacional, no início desse levantamento, era de 50,3%.

A discussão com os gestores estaduais e municipais, a reorganização do fluxo de atendimento das pacientes e o aprimoramento do sistema de referências, associado ao fato da viabilização do atendimento às pacientes em local, com capacidade de resolução efetiva, diante da 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 pelo médico, aprimorou o acesso a populações de baixa renda e baixa escolaridade, facilitando a realização da mamografia por pacientes de cidades pequenas, distantes de mamógrafo e localidades rurais, eliminando as barreiras econômicas e do sistema de saúde.

A elevação do número de mamografias, o aumento do acesso ao exame à população, a metodologia de rastreamento, realizado por meio da mobilização dos profissionais de saúde, a movimentação 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, difundido o projeto, identificaram-se as pacientes refratárias, fato também descrito em locais com rastreamento organizado^{21,22}.

A escolaridade baixa encontra-se associada à baixa adesão ao exame de mamografia, sendo a taxa de adesão proporcional aos anos de escolaridade²³. Deve-se também considerar o grau de conhecimento e as atitudes em relação ao exame de mamografia, pois os clínicos não o solicitam regularmente, ficando a cargo do ginecologista ou do mastologista²⁰, e assim os especialistas não conseguem realizar cobertura populacional adequada. A limitação de exames na rede SUS leva a um círculo 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 à 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 dele, mesmo na ausência de sintomas, bem como a importância de sua realização com regularidade.

Avaliando-se o conceito de saúde, observou-se 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 dois anos, evidenciando não valorização diante do 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% dessa população²⁴. 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 mamografia²⁵. O desconhecimento adequado ou a não valorização dos fatores de risco e o conceito errôneo de que a ausência de sintomas associa-se à saúde também determinam menores taxas de adesão²⁶.

A classe socioeconômica baixa e a escolaridade baixa encontraram-se associadas a menores taxas de realização do exame de mamografia, acontecimento também notado

em países desenvolvidos, sendo tal população vulnerável²³, fato também observado nesta casuística, em que 64,8% das pacientes possuíam classe socioeconômica baixa e 84,7%, baixa escolaridade.

As mulheres que trabalham, com poucos filhos, que realizam exercícios e que apresentam atividades não exclusivamente domésticas tendem a valorizar a saúde e aumentar a adesão à realização da mamografia²², fato também observado nesta série, em que 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 adesão²¹ e, nesta casuística, em que 53,8% das mulheres eram casadas.

Nos últimos anos campanhas de televisão têm sido focadas no AEM, porém não há campanhas que visam à realização da mamografia, fato que determina conhecimento limitado da população em face da problemática do câncer de mama. Ao avaliar a frequência do AEM na população brasileira, notou-se que 35,0% da população não o faz, e o principal motivo para a não realização do exame foi o desconhecimento da técnica, sendo a imprensa veículo determinante para a difusão da sua importância (59,0%)⁵, fato observado nesta série, na qual apenas 25,8% sabiam realizar o AEM de maneira adequada, e 17,8% o realizavam de maneira regular, sendo em apenas 14,9% este orientado por parte dos médicos.

Em países em desenvolvimento²⁰, após avaliação de 2 mil mulheres que submeteram ao exame de mamografia em clínica pública e privada, observou-se que 28,7% e 33,3%, respectivamente, nunca haviam realizado o exame de mamografia anteriormente. As principais causas para as pacientes não realizarem o exame de mamografia no SUS foram a ausência de solicitação do exame por parte do médico (46,0%), o fato de as 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%).

Constatou-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, diante da relação com história familiar, quanto o benefício do diagnóstico precoce no que diz respeito ao menor tratamento e à elevação das taxas de cura. Observa-se, também, que o medo do diagnóstico positivo e o medo do desconforto do exame, considerando muitas vezes a mamografia como desnecessária, diminuem as taxas de adesão^{27,28}, bem como a regularidade desse exame, o que consiste em barreira final do processo.

No rastreamento organizado, vencidos o problema socioeconômico e a informação, chega-se à realização do exame propriamente dito e nota-se que mulheres refratárias

à mamografia²⁸ e com características individuais, como medo da dor e baixa percepção do risco de câncer presentes neste contexto²¹, são as principais formas de rejeição ao exame de mamografia, visto que medidas de intervenção devem ser abordadas²⁹. Há a necessidade de aprimoramento do conceito de prevenção secundária, porquanto 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, reduzindo-se conceitos em face da associação de sintoma-doença e da fatalidade do câncer.

Ao se avaliar as estratégias de intervenção comunitária, a realização de mutirões e o uso de ligações telefônicas³⁰ e/ou cartas, constatou-se efetividade limitada nesta população refratária, porém, o agente comunitário, os cadastradores e os profissionais do PSF foram fundamentais na identificação das mulheres refratárias ao exame. Notou-se a necessidade de investimento em ações educativas, pois o conjunto PSF e a utilização de cadastradores e enfermeira foram uma metodologia que se mostrou efetiva nesse grupo refratário, em que a taxa de adesão foi de 71,8%.

Conclusão

A fim de modificar o paradigma do câncer avançado, é necessária a realização da mamografia em larga escala. A literatura nacional é escassa em informações que mostram esses impedimentos. Hoje os problemas são conhecidos, mas, para estabelecer melhores políticas de intervenção, é preciso aprimorar os conhecimentos em relação às barreiras que determinam a baixa realização do exame. Na região da DRS-5, após a implantação, foi vencida a fase da limitação socioeconômica e da distância. A utilização de cadastradores, o PSF e a enfermeira permitiram identificar fatores relacionados à não adesão à mamografia, bem como aprimorar medidas de intervenção comunitária.

Agradecimentos

Às enfermeiras, aos agentes comunitários e aos profissionais do PSF das cidades da DRS-5 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 7]. 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. *J Clin Oncol.* 2001;19(18 Suppl):118S-24.
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 J. Câncer de mama – Prevenção secundária. Projeto diretrizes. Sociedade Brasileira de Mastologia, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2002 Ago 22 [acesso em 2008 Dec 7]; [9 p.]. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/026.pdf.
8. Thuler LC. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. *Rev Bras Cancerol.* 2003(4):49:227-38.
9. Verbeek AL, Hendriks JH, Holland R, Marvunac M, Sturmans F, Day NE, et al. Screening and breast cancer. *Lancet.* 1984; 22; 2(8404):690.
10. Lee CH. Screening mammography: proven benefit, continued controversy. *Radiol Clin North Am.* 2002;40(3):395-407.
11. Shapiro S. Screening: assessment of current studies. *Cancer.* 1994; 74(1 Suppl):231-8.
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(3):319-23.
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, editores. Cancer Screening. St Louis: Mosby; 1994. Chapter 12, Adherence to cancer screening. p. 261-76.
16. Womeodu RJ, Bailey JE. Barriers to cancer screening. *Med Clin North Am.* 1996;80(1):115-33.
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):91-9.
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, Kock HA. O perfil da mulher que se submete à 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 Res Treat.* 2001;70(2):145-53.
22. Lagerlund M, Maxwell AE, Bastani R, Thurfiell E, Ekblom A, Lambe M. Sociodemographic predictors of non-attendance at in-

- vitational mammography screening—a population-based register study (Sweden). *Cancer Causes Control*. 2002;13(1):73-82.
23. 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.
 24. Rubenstein L. Strategies to overcome barriers to early detection of cancer among older adults. *Cancer*. 1994;74(7 Suppl):2190-3.
 25. Kelahe M, Stellman JM. The impact of medical funding on the use of mammography among older women: implications for improving access to screening. *Prev Med*. 2000;31(6):658-64.
 26. Young RF, Severson RK. Breast cancer screening barriers and mammography completion in older minority women. *Breast Cancer Res Treat*. 2005;89(2):111-8.
 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. *Prev Med*. 2000;31(4):417-28.
 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.