

AILTON AUGUSTINHO MARCHI

**RASTREAMENTO DO CÂNCER MAMÁRIO
CARACTERÍSTICAS DE UTILIZAÇÃO DA MAMOGRAFIA
EM SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICOS E PRIVADOS**

Dissertação de Mestrado

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. MARIA SALETE COSTA GURGEL

**UNICAMP
2004**

AILTON AUGUSTINHO MARCHI

**RASTREAMENTO DO CÂNCER MAMÁRIO
CARACTERÍSTICAS DE UTILIZAÇÃO DA MAMOGRAFIA
EM SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICOS E PRIVADOS**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do Título de
Mestre em Tocoginecologia, área de
Tocoginecologia

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. MARIA SALETE COSTA GURGEL

**UNICAMP
2004**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

M332r Marchi, Ailton Augustinho
 Rastreamento do câncer mamário características
de utilização da mamografia em serviços de saúde
públicos e privados / Ailton Augustinho Marchi.
Campinas, SP : [s.n.], 2004.

 Orientador : Maria Salete Costa Gurgel
 Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

 1. Adequação de programas. 2. Serviços de
saúde. 3. Fatores sócioeconômicos. I. Maria Salete
Costa Gurgel. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluno: AILTON AUGUSTINHO MARCHI

Orientadora: Prof^a. Dr^a. MARIA SALETE COSTA GURGEL

Membros:

1.

2.

3.

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

Data: 27/08/2004

...ao Deus Eterno

fonte da verdadeira sabedoria.

*“...Porque, em parte, conhecemos, e em parte profetizamos;
Mas, quando vier o que é perfeito, então o que o é em parte será aniquilado.
...Porque agora vemos por espelho em enigma, mas então veremos face a face;
agora conheço em parte, mas então conhecerei como também sou conhecido.”*

I Coríntios; 13:9,10,12

Dedico este trabalho...

... à minha família:

Pedro e Maria, meus pais.

*“Deram-me a primeira chance.
Ofereceram-me as oportunidades de maneira despreziosa.
Ensinaram-me o caminho da jornada com exemplos de suas próprias vidas.”*

Arnaldo, Alfredo (in memoriam), Fausto, Verônica e Aldérico, meus irmãos.

*“Como último desta lista fui privilegiado entre todos.
Abrandaram as asperezas dos meus caminhos.
Sustentaram minhas pequenas necessidades e meus grandes sonhos.
Jamais os esquecerei.”*

Pedro, Benjamim e Beatriz, meus filhos.

*“Por quem acalento as minhas esperanças.
Ultrapassarão os meus horizontes.
Sejam simplesmente felizes.”*

Silvana, minha esposa.

*“Por compartilhar comigo seus maravilhosos momentos.
Este trabalho é muito pouco para você.
Quero dedicar-lhe o restante da minha vida.”*

... às minhas escolas:

*Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo,
a casa de Arnaldo Vieira de Carvalho,
“na qual germinou e floresceu o sonho de ser médico;”*

*Universidade de Taubaté – Departamento de Ciências Biológicas,
“acolheu-me como professor e permitiu que desse frutos;”*

*Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas
Departamento de Tocoginecologia,
“proporcionou novo florescimento,
desta vez mais vigoroso e duradouro.”*

... aos meus professores:

Prof. Dr. José Eduardo Nestarez,

*“possuidor de admirável clareza lógica.
Seu raciocínio clínico sempre me surpreendeu e ensinou;”*

Prof. Dr. Coríntio Mariani Neto,

*“responsável pelo meu interesse em vitalidade fetal.
Depositário do meu maior respeito como aluno;”*

Profa. Dra. Ellen Elizabeth Hardy,

*“fascinou-me com sua dedicação ao ensino.
Exemplo que espero seguir.”*

... especialmente:

*ao Prof. Dr. Gregório Lorenzo Acácio,
“ o melhor aluno, companheiro de algumas jornadas.
Tornou-se meu professor,
uma de minhas referências como mestre.”*

Agradecimentos

Profa. Dra. Maria Salete Costa Gurgel pelo acolhimento imediato e incondicional, não necessitando das credenciais do aluno desconhecido para ajudá-lo no início do projeto. Jamais poderei corresponder à confiança delegada na execução deste trabalho.

Profa. Dra. Maria José Duarte Osis – além das orientações oferecidas durante o curso de pós-graduação foi artífice inigualável deste trabalho ao corrigí-lo durante o período de qualificação.

Prof. Dr. Luiz Carlos Zeferino – proporcionou inúmeras reflexões, transcendendo os limites das palavras escritas. Contribuiu para meu amadurecimento a respeito do tema abordado.

Dr. Luiz Alberto Barcellos Marinho de quem herdei parte desta idéia de pesquisa. Mostrou-me a importância de impregnar as pesquisas com questionamentos para trabalhos futuros, não permitindo, assim, que os resultados obtidos caiam no limbo do esquecimento.

Prof. Dr. José Guilherme Cecatti pela didática esmerada com que transmitiu alguns conceitos epidemiológicos fundamentais, reavivando-me interesses há muito perdidos. Revisito sempre as anotações de suas aulas.

Profa. Dra. Sophie Françoise Mauricette Derchain pela espontaneidade, tolerância com as deficiências demonstradas e tentativa de correção dos vícios didáticos incutidos pela prática diária.

Prof. Dr. Carlos Alberto Petta pelas correções metodológicas proporcionadas na última etapa do curso de pós-graduação, demonstrando equívocos até então inaparentes.

Prof. Dr. Xenofonte Paulo Rizzardi Mazzini, responsável pelo Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário de Taubaté e coordenador do Programa de Saúde da Mulher do Município de Taubaté, que compreendeu eventuais faltas às minhas atividades acadêmicas, assim como facilitou-me o contato com o Departamento de Saúde Municipal, favorecendo o acesso unidade de mamografia pública.

Prof. Dra. Maria Júlia Ferreira Xavier Ribeiro, Pró-reitora de Pesquisa e Pós-graduação da Universidade de Taubaté pelo apoio dado à execução deste projeto, disponibilizando a impressão dos questionários necessários para a efetivação da pesquisa na gráfica da Instituição. Pela confiança e liberdade depositadas, esperando despretensiosamente o cumprimento de minhas obrigações como membro desta Universidade.

A todos os colegas do curso de pós-graduação, especialmente Dr. Luís Paulo Galvão Wolff. Grande companheiro de viagem, com quem dividi muitas angústias. Sempre as acolheu sem objeções e para as quais nunca deixou de demonstrar suas considerações. Tenho plena certeza de seu sucesso na jornada que compartilhamos.

À Sra. Margarete Amado Souza Donadon, cuja importância para minha participação neste curso de pós-graduação foi fundamental. Sua solicitude ao atender a minha primeira chamada telefônica, ainda antes da inscrição, injetou ânimos neste postulante temeroso e indeciso.

Aos amigos Edson Zangiacomi Martinez e Gislaine Aparecida Fonsechi-Carvasan, pela persistência demonstrada mais uma vez, frente a ignorância total relacionada com o universo estatístico que poucos alunos dominam. A análise criteriosa dos resultados forneceu-me ferramentas inestimáveis para defendê-los com segurança.

Ao amigo Lúcio Tito Gurgel, responsável pelas informações que me permitiram montar o banco de dados utilizado. Compreendeu as minhas dificuldades na sua área de atuação e ajudou-me a sobrepujá-las.

A todos os colaboradores da Astec, aqui representados pela Sra. Sueli Chaves, sempre preocupados com o andamento dos projetos, assim como pela sua execução final. Tornaram-se imprescindíveis em todos os momentos deste trabalho.

Às entrevistadoras participantes da coleta de informações, Sra. Maria Célia, Sra. Dalva, Sra. Fátima, Sra. Adriana, Sra. Leontina, pela aceitação deste encargo e dedicação com a qual o cumpriram.

À Clínica Radiológica 9 de Julho e à Clínica Radiológica Dr. René Moura, que gentilmente permitiram a realização das entrevistas em suas instalações.

Ao Serviço de Radiologia do Hospital Universitário de Taubaté e à Clínica de Especialidades da Prefeitura Municipal de Taubaté por colaborarem com este projeto de maneira irrestrita.

Ao Centro de Diagnóstico Pró-Imagem e ao Hospital Santa Isabel de Clínicas de Taubaté por fornecerem dados atualizados permitindo cálculos referentes à cobertura dos exames de mamografia na cidade de Taubaté.

Sumário

Símbolos, Siglas e Abreviaturas	xxi
Resumo	xxiii
Summary	xxv
1. Introdução	27
1.1. Câncer de mama e sua importância	27
1.2. A prevenção do câncer mamário	31
1.3. O rastreamento mamográfico.....	32
1.4. Polêmicas e controvérsias a respeito da mamografia	37
1.5. Disparidades populacionais nas doenças neoplásicas e no tumor de mama – fatores determinantes.....	42
1.6. A utilização da mamografia e a forma de acesso dos indivíduos ao sistema de saúde	45
2. Objetivos	51
2.1. Objetivo geral	51
2.2. Objetivos específicos	51
3. Sujeitos e Métodos.....	53
3.1. Desenho do estudo	53
3.2. Tamanho amostral	53
3.3. Critérios e procedimentos para a seleção de sujeitos	56
3.3.1. Critérios de inclusão.....	57
3.3.2. Critérios de exclusão.....	57
3.4. Variáveis.....	58
3.4.1. Variável independente	58
3.4.2. Variáveis descritivas e de controle	58
3.4.3. Variáveis dependentes.....	61
3.5. Instrumento para coleta de dados.....	62
3.6. Coleta de dados	63
3.7. Processamento e análise de dados	65
3.8. Aspectos éticos	66
4. Resultados	69
4.1. Caracterização sociodemográfica das amostras estudadas	69
4.2. Características reprodutivas das entrevistadas	72
4.3. Antecedentes de patologias mamárias nas entrevistadas.....	74
4.4. Características de utilização da mamografia – adesão ao rastreamento mamográfico do câncer de mama.....	77
4.4.1. Proporção de mulheres realizando a mamografia pela primeira vez	77

4.4.2. Características etárias das entrevistadas e sua primeira mamografia	77
4.4.3. Frequência de realização e intervalo de repetição de mamografias	81
4.5. Conhecimentos a respeito da mamografia.....	84
4.6. Motivos e dificuldades para realização da mamografia	87
5. Discussão	91
6. Conclusões.....	113
7. Referências Bibliográficas.....	115
8. Bibliografia de Normatizações	133
9. Anexos	135
9.1. Anexo 1 - Questionário.....	135
9.2. Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	142
9.3. Anexo 3 - Classificação Brasileira de Ocupações 2002 – Grandes Grupos/Títulos.....	143

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EUA	Estados Unidos da América
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
INCA	Instituto Nacional do Câncer
RCBC	Registros de Câncer de Base Populacional
RHC	Registros Hospitalares de Câncer
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

Resumo

O câncer de mama responde por um número crescente de óbitos entre as mulheres adultas. Deixou de ser uma doença da idosa, ceifando a vida de mulheres jovens e produtivas. A detecção precoce da moléstia, com intuito de curá-la e impedir as conseqüências inevitáveis que advêm de sua descoberta tardia, tornou-se objetivo de programas de saúde coletiva. No nosso meio, no entanto, a regra ainda é o diagnóstico do tumor em suas fases mais avançadas. A cura, objetivo primordial do tratamento, nestas condições, é uma meta intangível. O rastreamento através da mamografia, apesar de polêmico, impôs-se definitivamente como fator preponderante para a detecção da doença em sua fase assintomática. A estratificação econômica da população, com a associação de inúmeras diferenças socioculturais entre os indivíduos, tem proporcionado disparidades na acessibilidade das mulheres aos meios efetivos para rastrear esta condição. Neste estudo compararam-se as características de utilização da mamografia e o perfil sociodemográfico das mulheres submetidas a este exame em serviços de saúde públicos e privados. Foram entrevistadas, através de questionário previamente testado, 668 mulheres que realizaram o exame de

mamografia em quatro serviços de saúde do Município de Taubaté, 496 delas nos públicos e 172 nos privados. Os dados obtidos em ambos os grupos entrevistados foram comparados e analisados estatisticamente utilizando-se os testes exato de Fisher, Wilcoxon e o Qui-quadrado (X^2). Os resultados demonstraram diferenças reprodutivas significativas entre as entrevistadas dos grupos analisados e também na utilização da mamografia. A cobertura, a idade ideal de início do rastreamento mamográfico, assim como a adesão à frequência de realização deste exame, de acordo com recomendações vigentes, mostraram melhor adequação entre as mulheres atendidas no setor privado. Proporção considerável de usuárias dos serviços públicos estava realizando a mamografia pela primeira vez, evidenciando demanda a ser satisfeita neste segmento da população. O papel dos agentes de saúde – gestores de políticas e recursos, médicos, técnicos de apoio ao atendimento, especialmente nos serviços públicos, encontrava-se aquém do ideal necessário para motivar maior cobertura do rastreamento mamográfico entre estas mulheres. Deverão ser instituídas nos serviços públicos de saúde, com finalidade de diminuir as desigualdades existentes verificadas neste estudo, ações educativas dirigidas para as mulheres, incentivando sua adesão às normas de detecção precoce do câncer mamário. Outras ações, direcionadas para os agentes de saúde, devem motivá-los e capacitá-los para exercer o papel de multiplicadores das informações relativas ao câncer de mama e seu rastreamento. No entanto, a menos que medidas promotoras de acesso equitativo aos métodos eficazes de rastreamento dessa patologia sejam efetivamente colocadas em prática, as desigualdades detectadas não serão alteradas.

Summary

Breast cancer is responsible for an increasing number of deaths among adult women. It is no longer an old woman's disease, taking away the lives of young and productive woman. The early detection of the disease, aiming at the cure and preventing the unavoidable consequences deriving from its late finding, has become the goal of public health programs. In Brazil, however, the diagnosis of the tumor in its most advanced phases is still the common practice. The cure, main goal of the treatment, is an intangible objective in these conditions. The mammographic screening, despite being polemic, has definitively come to stay as a preponderant factor for the detection of the disease in its asymptomatic phase. The economic stratification of the population, associated with the innumerable social and cultural differences found among the individuals, has created some disparity in women's accessibility to effective ways to screen this condition. This study intends to compare the characteristics of mammography use and the social demographic profile of women undergoing this exam in public and private health services. It is aimed at investigating possible discrepancies arising from the use of this exam in women coming from different social status and economic situation.

642 women, who undertook mammography exams in the health services available in the City of Taubate, have been interviewed with a previously tested questionnaire, 472 of them in public health and 171 in private health service. The data raised in both group have been compared and statically analyzed, by means of the Fisher's Exact, Wilcoxon and Qui-squared (X2) tests. The results of this study show the significant reproductive differences found among the women interviewed in the analyzed groups, as well as the differences in the mammography use. The coverage, the ideal age to begin the mammographic screening, along with the adherence to repetition intervals between the exams, according to the current guidelines, is more adequate in women of the private group. A considerable proportion of public health users have undertaken mammography for the first time, evidencing that this exam is on demand in this layer of the population. The role of health agents – managers, doctors, health care support technicians, especially in public services, are below what is considered ideally necessary to encourage a wider coverage of the mammographic screening among these women. Educative actions aimed at women, encouraging their adoption of early detection practices of breast cancer, motivating actions addressing health agents and also and most importantly, actions that promote equitable access to efficient breast cancer screening methods, should be instituted in public health services in order to decrease the existing inequalities found by this study.

1. Introdução

1.1. Câncer de mama e sua importância

Não existe sociedade sem câncer, no entanto, a localização topográfica e o tipo de tumor mudam de acordo com as condições de desenvolvimento das populações. Alguns deles podem ser evitados através de orientação, conscientização e mudança de hábitos dos indivíduos; outros, não trarão prejuízos irreparáveis quando diagnosticados em fases iniciais de seu surgimento.

O câncer é considerado um grave problema de saúde pública nos Estados Unidos da América (EUA) e na maioria dos países do mundo (PARKER et al., 1998; GREENLEE et al., 2000). Estes últimos autores estimaram, em 2000, cerca de 1.200.000 novos casos de tumores invasivos detectados somente nos EUA. Estimaram ainda, neste mesmo período, a morte de 550.000 norte-americanos em decorrência do câncer.

Na última metade do século anterior (1950 – 2000) reduziram-se, nos EUA, 50% das mortes decorrentes de doenças cardíacas, cerebrovasculares e infecções

pulmonares. Aquelas relacionadas com o câncer, não obstante todos os esforços empregados, não apresentaram qualquer modificação em suas taxas nos dois extremos deste intervalo de tempo (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2004).

Por mais de setenta anos consecutivos registrou-se, naquela nação, aumento total de mortes decorrentes de tumores entre os homens. A partir de 1996 esses registros mostraram declínio pela primeira vez. Entre as mulheres, o número total de mortes ocasionadas pelo câncer continua em elevação, porém com diminuição de sua taxa de incidência nos últimos anos (GREENLEE et al., 2000).

Nos EUA, o tumor mais freqüente entre as mulheres é o mamário. Sua incidência sofreu aumento vagaroso e progressivo durante várias décadas, acelerando-se a partir de 1980. Até então, o aumento de sua incidência era visto em mulheres com idade superior a 50 anos, porém, entre 1980 e 1987 observou-se incremento dessa patologia em mulheres mais jovens. Os países da América do Sul, Ásia e África, que apresentavam taxas de incidência menores que as observadas nos EUA e norte da Europa, registraram aumento significativo da doença em suas populações no mesmo período. No Japão a taxa de incidência aumentou cerca de 100%, comparativamente, entre os períodos de 1968 a 1972 e 1983 a 1987 (KELSEY, 1993).

Vários aspectos foram aventados para justificar esses aumentos:

- o envelhecimento da população decorrente de ações sociais de saúde que evitaram mortes prematuras por doenças infecciosas ou parasitárias (LOPES et al., 1996);

- o estabelecimento de novos padrões reprodutivos e hormonais, nas últimas décadas, cujo denominador comum seria o maior número de ciclos ovulatórios durante o tempo de vida da mulher (PINOTTI et al., 1984; BRINTON et al., 1988; CLAVEL-CHAPELON et al., 1995; TITUS-EMSTOFF et al., 1998);
- entre os fatores reprodutivos destacaram-se a ocorrência do primeiro parto em idade mais tardia e a diminuição da prática de amamentação (LAYDE et al., 1989; EWERTZ et al., 1990; HARDY et al., 1993; CHIC et al., 2000);
- fatores ambientais, com relevância especial para o papel da dieta alimentar, explicando algumas variações na incidência do tumor em diferentes áreas geográficas (HUNTER e WILLETT, 1993);
- o ganho ponderal em mulheres na perimenopausa e o consumo de álcool contribuiriam para o aumento do risco por elevarem os níveis endógenos de estrogênios (HOLMES e WILLETT, 2004).

A Sociedade Americana de Cancerologia estimou que 668.470 novos casos de câncer serão diagnosticados entre as mulheres daquele país, em 2004. Destes, 32% terão como sítio primário a glândula mamária. O risco para o desenvolvimento desta patologia entre as mulheres daquela população, durante todos os anos de suas vidas, será de 1 em 7 (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2004).

As neoplasias constituíram a segunda causa de óbito, no ano 2000, entre os brasileiros. Superadas somente pelas doenças cardíacas, já ultrapassaram causas externas e violentas. Estimaram-se, para 2003, 402.190 novos casos de câncer, com a ocorrência de 126.160 mortes ocasionadas por essas patologias. O câncer mamário foi o segundo mais freqüente na população brasileira. Somente o tumor

de pele, não melanoma, teve maior incidência. Sua incidência ultrapassou a do câncer de pulmão, até mesmo a observada entre os homens, sendo diagnosticados cerca de 41.160 casos novos em 2003 (BRASIL, 2003).

O câncer de mama respondeu por um número crescente de óbitos entre as mulheres adultas e produtivas. Tornou-se uma das doenças mais assustadoras e de maior impacto entre a população feminina, sendo temido pelas mulheres devido à sua alta frequência e, sobretudo, pela mutilação que o tratamento impõe à sua imagem pessoal (LOPES et al., 1996). Esta patologia representou a principal causa de óbito, decorrente de câncer, entre as brasileiras, no ano de 2003. Estimaram-se 10,4 óbitos por 100.000 mulheres neste período (BRASIL, 2003).

A mortalidade ocasionada pelo câncer mamário vem aumentando progressivamente, no Brasil, nos últimos 25 anos. As mesmas estimativas oferecem estudo temporal das taxas de mortalidade: em 1979 ocorreram 5,77 mortes por 100.000 mulheres, em 2000 atingiu-se a cifra de 9,75 óbitos e a perspectiva para 2003 ultrapassou 10 falecimentos por 100.000 mulheres. Esses índices apontam, portanto, variação percentual relativa superior a 80% na taxa bruta de mortalidade, decorrente de câncer de mama (BRASIL, 2003).

Não bastassem esses dados, aqueles relativos à morbidade por câncer são obtidos através de dois tipos de inquéritos epidemiológicos: Registros Hospitalares de Câncer (RHC) e Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP). Analisando-se os dados de 1994, apresentados pelo RHC do Instituto Nacional do Câncer (INCA), relativos ao estadiamento do tumor mamário, observou-se

que o percentual de casos não estadiáveis ou sem informação é elevado (26,3% dos casos), porém mais alarmante ainda é a percentagem de casos atendidos com doença avançada, 49,3% nos estádios III e IV (BRASIL, 2002).

PINOTTI et al. (1995) descreveram o mesmo panorama sombrio e inaceitável. Referiram que, em uma clínica universitária na cidade de Campinas, 90% dos casos eram diagnosticados no estágio II da moléstia. A descoberta precoce da moléstia, nos estádios pré-clínicos, não ultrapassava 2,8% de todos os casos diagnosticados.

Considerando que a mama é acessível ao exame físico, dispensando ambiente e equipamentos sofisticados para a detecção de anormalidades, ou, ainda, podendo ser avaliada por métodos diagnósticos já há muito incorporados à prática médica, os dados apresentados anteriormente sugerem deficiência considerável no diagnóstico do câncer de mama. O diagnóstico tardio desta patologia ainda é a regra em nosso meio (BRASIL, 2002).

1.2. A prevenção primária do câncer mamário

Muito se tem discutido a respeito da prevenção primária dos tumores. No tocante ao mamário, várias estratégias têm sido propostas. A amplitude destas medidas englobam desde aquelas voltadas para a anti-iniciação tumoral (mastectomia profilática, gravidez e pseudo-gravidez precoce, terapia genética) até as direcionadas para a anti-promoção neoplásica (mudança de hábitos, quimio-prevenção com moduladores seletivos de estrogênios e outras drogas, ooforectomia bilateral) (BARROS e PINOTTI, 2001).

KOROLCHOUK et al. (1990) afirmaram que seria prematuro concluir que modificações alimentares, reduzindo a quantidade de consumo de gorduras e a obesidade na pós-menopausa, teriam impacto sobre a incidência do câncer mamário, no entanto, para mulheres que apresentassem baixo risco quanto ao desenvolvimento da moléstia, as orientações dietéticas deveriam ser estimuladas (HOLMES e WILLETT, 2004), sendo injustificadas a quimioprevenção e as cirurgias profiláticas (BARROS e PINOTTI, 2001). Naquelas identificadas com risco elevado, além das orientações gerais, poderiam ser consideradas as medidas anti-iniciação tumoral, nestes casos, mais eficazes (BARROS e PINOTTI, 2001). Apesar da severidade da patologia em discussão, esses últimos autores afirmaram não estarem disponíveis medidas práticas efetivas de prevenção primária do câncer de mama para serem empregadas, em larga escala, na atualidade.

1.3. O rastreamento mamográfico

Quando a prevenção primária não é possível, rastrear a doença, promovendo a detecção precoce de sua expressão clínica, implicará na redução substancial da morbimortalidade gerada pelo seu diagnóstico tardio. No entanto, testes de rastreamento de eficácia duvidosa podem ser danosos e, freqüentemente, dispendiosos quando aplicados na população. Ao propor o rastreio de determinada condição deve-se responder se existirão benefícios em sua detecção precoce e se as pessoas identificadas como portadoras, quando submetidas ao tratamento, obterão melhor resultado à saúde, quando comparadas àquelas não submetidas ao teste proposto (OORTWIJN et al., 2001). A radiografia foi utilizada na

demonstração dos tumores de mama desde o início do século passado (MENDONÇA, 1999). Seus achados radiográficos, especialmente a presença de microcalcificações, foram bem documentados e estabelecidos a partir de 1950 (LEBORGNE, 1951; GERSHON-COHEN et al., 1956; EGAN, 1962).

SHAPIRO et al., (1971) frente a queda de 42% na mortalidade feminina, observada nas quatro décadas anteriores, e à estabilidade das taxas de mortalidade decorrentes do câncer de mama, elaboraram ensaio clínico randomizado para rastreamento do tumor mamário. Esperavam encontrar evidências de que o rastreamento periódico do câncer de mama, através da mamografia e do exame clínico, reduzissem as taxas então vigentes. No final de 1963 foi iniciado o ensaio clínico proposto, de longa duração, no *Health Insurance Plan of Greater New York* (HIP), um plano de saúde pré-pago daquela cidade. Os resultados iniciais relatados em 1971, avaliando os primeiros sete anos do estudo, demonstraram-se encorajadores. Reforçaram a impressão de redução da mortalidade no grupo exposto ao rastreamento mamográfico (SHAPIRO et al., 1971).

O estudo foi revisitado nos anos seguintes, respondendo positivamente à pergunta para qual foi inicialmente proposto: as mulheres rastreadas a partir de 50 anos apresentaram redução da mortalidade decorrente do câncer de mama. Além disso, após oito anos do diagnóstico, a percentagem de mulheres obituadas, cuja descoberta da doença havia sido feita unicamente pela mamografia, era de somente 14%. Quando o diagnóstico foi motivado pelo exame clínico ou por ambos os meios, estas percentagens eram respectivamente 32% e 41% (SHAPIRO, 1977).

Apesar de posicionamentos contrários à utilização da mamografia como método para rastrear o câncer de mama (BAILAR, 1976), vários ensaios clínicos com metodologia semelhante foram realizados nas décadas seguintes. Destacaram-se os desenvolvidos na Suécia, a maioria deles de base populacional (TABAR et al., 1985; FRISSEL et al., 1986; ANDERSSON et al., 1988). Os resultados destes trabalhos foram conhecidos inicialmente pela comunidade científica em 1985. TABAR et al. (1985) demonstraram redução significativa da mortalidade ocasionada pelo câncer de mama em mulheres com idades variando entre 40 e 74 anos. Salientaram a detecção de tumores em estádios iniciais nas mulheres rastreadas e, inclusive, a redução de 25% na taxa de ocorrência de tumores em estádios mais avançados (II,III ou IV).

Dois desses estudos publicados posteriormente (ANDERSSON et al., 1988, FRISSEL et al., 1991), realizados nas cidades de Malmö e Estocolmo, demonstraram redução na mortalidade, porém, somente em mulheres acima de 50 anos de idade. Seus resultados, no entanto, não foram estatisticamente significantes.

O estudo realizado na cidade de Malmö (ANDERSSON et al., 1988), em sua primeira análise, revelou aumento de 29% na mortalidade entre as mulheres rastreadas com idade inferior a 55 anos. A percentagem de óbitos no grupo de estudo tornou-se menor do que no controle somente após o sétimo ano de acompanhamento. As mulheres falecidas nestes primeiros seis anos de seguimento, em sua maioria, apresentavam tumores localmente avançados (estádio II ou III) ou metastatizados (estádio IV), independente do grupo em que foram inicialmente

alocadas. A redução da mortalidade, cerca de 20%, foi observada somente em mulheres com idade superior a 55 anos.

A Sociedade Sueca de Cancerologia iniciou, a partir de 1987, uma revisão em colaboração com os idealizadores dos projetos, na tentativa de dirimir as controvérsias emergidas desses resultados. A maior redução na mortalidade por câncer mamário entre as mulheres submetidas ao rastreamento mamográfico, 29%, foi detectada entre mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos. As mais jovens, de 40 a 49 anos de idade, apresentaram redução não significativa de 13% em sua mortalidade (NYSTRÖM et al., 1993). A análise em mulheres mais jovens demonstrava benefícios emergindo após oito ou dez anos de rastreamento periódico. Os mesmos autores sugeriram que o acompanhamento superior a sete ou doze anos seria importante, pois os resultados do rastreamento somente surgiriam após este intervalo de observação.

No Reino Unido, dois ensaios clínicos apresentaram resultados preliminares mostrando diferenças nas taxas de mortalidade entre as populações rastreadas e não rastreadas. Estas diferenças, no entanto, não foram estatisticamente significativas (UK TRIAL OF EARLY DETECTION OF BREAST CANCER GROUP, 1988; ROBERTS et al., 1990). Estudos, realizados no Canadá (MILLER et al., 1992a; 1992b), utilizando mamografia anualmente, não demonstraram qualquer impacto nas taxas de mortalidade. Além do mais, ocorreu, após sete anos de seguimento, de maneira não significativa e até mesmo inexplicada, maior número de óbitos entre as mulheres rastreadas.

Diversamente dos estudos com desenho do tipo ensaio clínico randomizado, nos quais alguns resultados não significativos poderiam ser atribuídos ao pequeno tempo de acompanhamento dos indivíduos, além de vieses de adesão e contaminação (KOPANS, 1999), os estudos do tipo caso-controle (COLLETE et al., 1984; VERBEEK et al., 1984; 1985; PALLI et al., 1986; WALTER, 2003) sugeriram que a redução nas taxas de mortalidade das mulheres efetivamente rastreadas seriam muito maiores. Apresentaram reduções dessas taxas ao redor de 50% a 76%, quando comparadas àquelas das mulheres não rastreadas. Os resultados desses estudos foram avaliados com reservas por não proporcionarem critérios de controle adequados na eleição de seus sujeitos (WHITE et al., 1993).

Vários países também desenvolveram projetos similares visando associar o rastreamento mamográfico com a redução da mortalidade decorrente do câncer de mama (BAKER, 1982; BARCHIELLI et al., 1994; HAKAMA et al., 1997; ENG-HEN et al., 1998). A Finlândia foi o primeiro país do norte da Europa a estabelecer um programa de abrangência nacional com o objetivo de detectar precocemente o câncer de mama. As mulheres mais beneficiadas foram aquelas com idade superior a 56 anos. HAKAMA et al. (1997) concluíram que o rastreamento da patologia era custo-efetivo quando comparado com outras modalidades de atendimento médico-hospitalar direcionadas para o tratamento desta doença.

1.4. Polêmicas e controvérsias a respeito da mamografia

A polêmica em relação à eficácia da mamografia centrou-se no seu uso para mulheres com idade inferior a 50 anos. A redução da mortalidade no grupo etário mais jovem (40 a 49 anos de idade) somente emergia quando a participante ultrapassava este limite etário (SHAPIRO et al., 1982). Os resultados deste primeiro ensaio clínico foram revistos após 18 anos de entrada das entrevistadas no estudo. Com este intervalo de seguimento, o grupo etário mais jovem apresentou redução da mortalidade semelhante ao observado entre as mulheres com idade superior a 50 anos. A diminuição da mortalidade entre as mulheres mais jovens necessitou de um período mais longo de seguimento para se tornar evidente (CHU et al., 1988).

Essa controvérsia provocou inúmeras discussões nas décadas seguintes. Estiveram amparadas em resultados inconclusivos ou até mesmo negativos para as mulheres com idade inferior a 50 anos (MILLER et al., 1992a; 1992b). O equacionamento da relação custo-benefício que suportasse a utilização da mamografia, como medida de saúde pública para mulheres mais jovens, encontrava restrições justificadas pelo pequeno impacto ou nulidade de efeito observada na mortalidade desse grupo etário (EDDY et al., 1988; MILLER, 1993).

Para substanciar estes achados advogou-se, a partir de novos conhecimentos, que, em alguns indivíduos, o tumor de mama apresentava caráter sistêmico, mesmo quando diagnosticado precocemente (FISHER et al., 1991). TUBIANA e KOSCIELNY (1991) assim como TABAR et al. (1992) defenderam que a

disseminação metastática e a linfática eram processos independentes. A primeira delas seria adquirida mais tardiamente pelo tumor, estando relacionada com o tamanho do mesmo.

Surgindo a partir de 1988 (CHU et al., 1988), novas evidências relacionadas com a mortalidade das rastreadas mais jovens apontavam para benefícios da mamografia utilizada a partir de 40 anos de idade (SMART, 1994; TABAR et al., 1995; TURFJELL e LINDGREN,1996). TABAR et al. (1995) afirmaram que o pequeno efeito observado nestas mulheres estaria relacionado com uma progressão mais rápida dos tumores nesta faixa etária, assim como o aumento da incidência da doença nesta década de vida. Salientou que em virtude destes fatores, os efeitos desejados poderiam ser encontrados com um regime de rastreamento anual para estas mulheres, ao invés daqueles propostos nos ensaios clínicos iniciais.

Novamente a Suécia contribuiu com outro ensaio clínico randomizado, desta vez comparando a população feminina da cidade de Gothenburg, centrando os resultados na faixa etária de 39 a 49 anos de idade. Utilizando intervalo de rastreamento de 18 meses e mamografia composta por duas incidências, BJURSTAM et al. (1997), encontraram redução, estatisticamente significativa, na mortalidade desse grupo etário. A acurácia da mamografia em mulheres sintomáticas, com idade entre 35 e 49 anos, foi também assegurada em nosso meio (SANTOS, 1994). O autor demonstrou a manutenção da acurácia do exame entre mulheres nas faixas etárias de 35 a 39 anos, 40 a 44 anos e 45 a 49 anos de idade.

Concordes com a redução da mortalidade nas mulheres com mais de 50 anos, algumas publicações imputavam o benefício observado a este divisor de águas. O objetivo do rastreamento em mulheres com idade abaixo deste limite seria observado da mesma forma, caso o procedimento fosse iniciado após a menopausa ou somente com acompanhamento superior a 10 ou 12 anos. Não se justificava, portanto, seu início anterior a este limite de idade, por não apresentar relação custo-benefício favorável se assumido como política de saúde pública (KERLIKOWSKA et al., 1996; SALZMANN et al., 1997).

Outros, obstante não terem examinados os dados dos estudos mais recentes, ridicularizaram os benefícios oriundos do rastreamento abaixo desse limite etário. Afirmando serem tão insignificantes as diferenças entre as rastreadas nesta faixa etária e aquelas não aderentes a esta medida, as mulheres poderiam escolher através do “cara ou coroa” a qual grupo desejavam pertencer, sem que isso significasse uma decisão incorreta no momento (PAUKER e KASSIRER, 1997).

A exclusão de determinados grupos etários dos programas de rastreamento suscitou inúmeras discussões, inclusive envolvendo aspectos éticos. Observando dados de longevidade da população feminina com mais de 70 anos (as mulheres viveriam em média por mais 12 anos além desta idade), a incidência de casos novos de câncer de mama acima de 65 anos (correspondentes a 48% dos diagnosticados) e que 57% dos óbitos ocasionados pelo câncer de mama ocorrem acima desta idade, ALLEN et al. (1986), BROWN (1992) e CAPLAN (1997) defenderam o rastreamento mamográfico nessa faixa etária. Estudo tipo caso-controle, desenvolvido na Holanda, revelou diminuição da mortalidade das mulheres rastreadas na faixa

etária de 65 a 75 anos de idade, podendo atingir cifras ao redor de 45% quando comparadas às não rastreadas (VAN DIJCK et al., 1996).

Apesar das conclusões emanadas da reunião para consenso sobre o rastreamento mamográfico em mulheres entre 40 e 49 anos de idade, ocorrida em 1997 e patrocinada pelo Instituto Nacional de Saúde (NIH) dos EUA, desaconselhando o rastreamento mamográfico antes de 50 anos de idade, o Instituto Nacional do Câncer dos EUA, com base nos dados apresentados, concluiu que as evidências suportavam o rastreamento mamográfico a partir de 40 anos de idade. Reviu suas diretrizes de 1993, recomendando o início do rastreamento a partir de 40 anos de idade (NCI, 1997). A Sociedade Americana de Cancerologia e o Colégio Americano de Radiologia revisaram também esses dados e, concordes, mantiveram suas orientações preliminares. Aconselharam o rastreamento mamográfico a partir de 40 anos de idade, inclusive reduzindo o intervalo entre os exames para um ano (LEITCH et al., 1997; FEIG et al., 1998; KOPANS, 1999).

A celeuma não havia ainda atingido o seu clímax. GØTZSCHE e OLSEN (2000), encontrando inconsistências nos desenhos dos ensaios clínicos realizados ou mesmo na análise de seus dados, afirmaram, de maneira contundente, não existirem evidências reais suportando a utilização da mamografia como promotora da redução da mortalidade decorrente do câncer de mama. Isto posto, viu-se na imprensa leiga e, principalmente, nas seções de cartas e correspondências dos jornais médicos, uma enxurrada de opiniões contrárias ou concordantes com este parecer. A controvérsia tornou-se mais acirrada e, aparentemente, infundável (WILKERSON e SCHOOF, 2000; TABAR et al., 2001; DU BOIS, 2002; DUFFY et

al., 2002; GØTZSCHE, 2002; KOPANS, 2002; MARSHALL, 2002; MIETTINEN et al., 2002; MILLER et al., 2002; OLSEN, 2002; PONZONE e SISMONDI, 2002; BJURSTAM et al., 2003; FLETCHER e ELMORE, 2003).

O Brasil apresenta metas definidas para o rastreamento do câncer mamário, porém, provavelmente, a falta de recursos impõe limitações à sua expansão para mulheres com menos de 50 anos de idade. Lançaram-se campanhas esporádicas como o Programa Viva Mulher, que propôs o rastreamento do câncer de colo uterino e também da mama. Os resultados preliminares deste programa, apresentados em 2002, demonstraram exclusivamente dados referentes às ações direcionadas para a patologia cérvico-uterina. Aquelas direcionadas para a patologia mamária foram de cunho educativo, capacitação profissional, aquisição de mamógrafos e outros suprimentos para investigação invasiva da doença (BRASIL, 2004b).

As recomendações para rastreamento do câncer de mama incluem desde o auto-exame e exame clínico das mamas, com variações de intervalos na dependência da idade da mulher, a utilização da mamografia em mulheres com risco elevado para a patologia e, somente a partir de 50 anos, seu emprego em mulheres assintomáticas (BRASIL, 2004a). A SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA (2004) apresenta recomendações conflitantes com as públicas, advogando o primeiro exame aos 35 anos e repetições anuais a partir de 40 anos de idade.

Embora o declínio da mortalidade ocasionada pelo câncer de mama seja o objetivo final da adoção do rastreamento mamográfico, sua confirmação poderia não

ocorrer em curto intervalo de tempo. Isto não implicaria na inutilidade da medida ou julgamento economicamente desfavorável de sua implantação. A economia proveniente do uso da mamografia e de técnicas para diagnóstico precoce do câncer de mama, como medidas de saúde pública, não seriam ainda suficientes para suplantar os custos do tratamento global da doença (WHITE et al., 1993).

A taxa de detecção dos tumores de mama sofre um incremento inicial, logo após a implantação destes programas. Retornam aos patamares anteriores de incidência da patologia, após alguns anos do início dessas ações, no momento em que se encontra um equilíbrio na detecção precoce da doença. O rastreamento levaria ao aumento na proporção de detecção de tumores menores e regionalmente localizados e à diminuição da descoberta daqueles avançados ou disseminados três a seis anos após a implantação desses programas. No intuito de avaliar a efetividade do rastreamento mamográfico, outras análises deveriam ser realizadas para justificar a sua implantação regular nos sistemas de saúde (DAY, 1991).

1.5. Disparidades populacionais nas doenças neoplásicas e no tumor de mama – fatores determinantes

Paralelamente aos ensaios clínicos que propunham a utilização da mamografia com intuito de reduzir a mortalidade feminina decorrente do câncer de mama, surgiram os primeiros relatos das diferenças raciais relativas às taxas de mortalidade ocasionadas por câncer. Nos EUA, entre 1950 e 1967, observou-se estabilidade desses índices na população branca, porém, notou-se aumento alarmante, ao redor de 20%, entre os negros. A mortalidade vinha sendo reduzida

paulatinamente entre as mulheres, de maneira mais acentuada entre as caucasianas (9%) que entre as afro-americanas(3%). Naquele momento, fatores ambientais como hábitos alimentares, uso do cigarro ou exposição a carcinógenos industriais foram propostos como causas das disparidades raciais encontradas nas taxas de mortalidade decorrente do câncer (HENSCHKE et al., 1973).

ZAVERTNIK et al. (1994) confirmaram que populações negras dos EUA apresentavam uma maior taxa de mortalidade decorrente do câncer, aproximadamente 44% superior à registrada na população branca. O diagnóstico dos tumores em sua fase inicial era mais freqüente nesta última (29%) do que entre os indivíduos afro-americanos (14%). Repetiam-se entre as mulheres diferenças similares de mortalidade. O diagnóstico tardio dos tumores foi apontado como razão importante para existirem tais disparidades.

Apesar de o tumor de mama ser mais incidente nas mulheres de raça branca daquele país, as de origem afro-americana apresentavam menor sobrevida quando atingidas pela doença (WELLS e HORM, 1992). O diagnóstico precoce era muito inferior nestas (26%) quando comparado ao observado (40%) entre as brancas (ZAVERTNIK et al., 1994). A mortalidade de afro-americanas acometidas pelo câncer de mama, ainda hoje, excede em 30% a registrada em mulheres de raça caucasiana (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2004).

As diferenças raciais ou étnicas observadas nas taxas de sobrevida das mulheres que desenvolveram o tumor de mama, assim como a prevalência da doença em estádios avançados, foi largamente atribuída ao estrato socioeconômico

dos indivíduos (DAYAL et al., 1982; BASSET e KRIEGER, 1986; GORDON et al., 1992). Os últimos autores (GORDON et al., 1992) relataram que as mulheres dos estratos inferiores de renda familiar tinham maior probabilidade de recorrência da doença ou ainda óbito ocasionado pela moléstia. Naquelas com fatores de risco semelhantes para recorrência da doença e óbito, a estratificação socioeconômica afetava significativamente o prognóstico e o resultado individual. Promovendo a estratificação social das mulheres, a raça deixou de ser indicador do tempo livre da doença ou da sobrevivência global entre as afetadas pelo câncer de mama.

As mulheres negras oriundas de famílias de baixa renda (<U\$ 12.000,00/ano) apresentavam tumores de mama diagnosticados mais tardiamente e, quando comparadas com outras de mesma origem racial, porém com estratificação social superior, as curvas de sobrevida das primeiras eram significativamente desfavoráveis (FREEMAN e WASFIE, 1989). FARLEY e FLANNERY (1989) afirmaram, com base nos dados de incidência desta moléstia, coletados do registro de tumores de Connecticut, EUA, que as mulheres dos estratos socioeconômicos inferiores apresentavam maior expectativa de morte ocasionada pelo tumor mamário. Ainda nestas, a percentagem de mortes evitáveis pela utilização de métodos de detecção precoce da moléstia, era duas vezes e meia maior que nas dos estratos superiores.

A estratificação socioeconômica dos indivíduos, independente de sua origem étnica, ocasionaria o surgimento de várias condições prejudiciais à descoberta precoce das doenças neoplásicas. Relatadas como barreiras de acesso, englobam menor escolaridade e, conseqüentemente, maior ignorância de informações pertinentes aos cuidados elementares com sua saúde; menor utilização dos

testes de rastreamento para este tipo de doença; impossibilidade de arcar com os custos decorrentes dessas ações preventivas e ausência regular de fontes financiadoras de sua saúde. Nos estratos sociais de renda familiar mais baixa, a preocupação com a saúde dirige-se para o tratamento de doenças em sua fase aguda ou sintomática ao invés da procura de meios de prevenção primária ou secundária (MAKUC et al., 1989; BREEN e KESSLER, 1994).

1.6. A utilização da mamografia e a forma de acesso dos indivíduos ao sistema de saúde

Apesar do aumento substancial no uso de testes de rastreamento do câncer durante as décadas de 80 e 90, este não ocorreu de maneira uniforme em todos os indivíduos. A maior utilização destes procedimentos permaneceu restrita aos cidadãos com melhores condições socioeconômicas e culturais. Estava intimamente relacionada às modalidades de coberturas de saúde disponíveis ou oferecidas aos indivíduos. (MANNING et al., 1984; BERNSTEIN et al., 1991).

Avaliações de inquéritos populacionais (National Health Interview Survey – 1987 e 1990) relativos às condições de saúde da comunidade norte-americana, sugeriram que as mulheres de baixa renda teriam menor possibilidade de realizar a mamografia. Entre aquelas com renda familiar superior a US\$ 20.000,00 anuais, 39% haviam realizado a mamografia no ano anterior. Quando a renda familiar anual era inferior a este valor, somente 24% das entrevistadas referiram ter feito mamografia no mesmo intervalo de tempo (BREEN e KESSLER, 1994). Entre 1991 e 1992, 24% das mulheres atendidas pelo sistema público de saúde

americano (Medicare) e alocadas no quartil inferior de renda haviam realizado mamografia nos dois anos anteriores à pesquisa. A avaliação da população feminina atendida por esta mesma cobertura de saúde, porém pertencente ao quartil superior de renda familiar, demonstrava que 51,9% dessas mulheres haviam realizado este exame no mesmo período investigado (BLUSTEIN, 1995).

O Congresso dos EUA, no ano de 1990, promulgou lei destinando recursos para que o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) implantasse programas de detecção precoce do câncer de mama direcionados para populações minoritárias e de baixa renda (McKINNEY e MARCONI, 1992). Nos dois anos subsequentes a este ato legislativo, foram implantados vários programas de rastreamento para os tumores de colo uterino e mamário, direcionados para aquelas populações-alvo em 12 estados americanos. No final de 1997 todas as unidades políticas daquele país haviam recebido dotações orçamentárias para desenvolver as atividades dos programas voltados para as mulheres menos privilegiadas socialmente (BOBO et al., 1999).

Apesar dos esforços legislativos o rastreamento mamográfico permaneceu aquém do ideal para alguns grupos populacionais. A associação entre o aumento da utilização da mamografia, forma de acesso a esse serviço e seu agente pagador foi bem identificada. ZAPKA et al. (1989), encontraram maior utilização da mamografia entre as mulheres inscritas nos planos de saúde privados (*Health Maintenance Organization* – HMO). Entre aquelas com este tipo de cobertura de saúde, 34% realizaram a mamografia no ano anterior à pesquisa. Este procedimento foi referido com frequência inferior (15%) por mulheres com

coberturas públicas de saúde (*Medicare e Medicaid*) e, em proporção semelhante, quando não dispunham de qualquer tipo de seguro-saúde.

Cerca de três anos depois, utilizando amostragem similar, MAKUC et al. (1994) demonstraram que 62% das mulheres na faixa etária de 50 a 64 anos de idade, inscritas em planos de saúde do tipo pré-pagos, tinham realizado recentemente a mamografia. Este percentual era menor (53,6%) nos planos de saúde custeados pela própria usuária (*fee-for-service*), decrescendo acentuadamente nas coberturas públicas (38,3%) e entre aquelas que não possuíam qualquer forma de acesso aos serviços de saúde (19,3%).

Atualmente, a prevalência de utilização da mamografia nos EUA atingiu pouco mais de 60% das mulheres com idade superior a 40 anos. No entanto, cerca de 50% daquelas com nível cultural médio não realizaram este procedimento. Na ausência de qualquer tipo de seguro-saúde somente 30% das mulheres obteve acesso a este tipo de exame (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2004). No Brasil, os dados oficiais a respeito da utilização da mamografia encontram-se incompletos e dispersos, devendo ser coletados pelos interessados em alguns bancos de dados governamentais. As estimativas quanto a cobertura deste exame em usuárias dos serviços complementares de saúde permanecem desconhecidas (BRASIL, 2000).

A estratificação socioeconômica determina diferentes processos pelos quais os indivíduos têm acesso desigual aos recursos materiais. Vários são os produtos sociais advindos do uso destes recursos. A igualdade no consumo de serviços de saúde, um produto social proveniente do emprego dos recursos

materiais de uma comunidade, é condição primordial para diminuir as desigualdades existentes entre os grupos sociais no adoecer e no morrer. O consumo igualitário dos serviços de saúde, disponíveis para todos os indivíduos de uma mesma sociedade, pode refletir positivamente na saúde das populações, prevenindo e erradicando algumas doenças ou ainda reduzindo a mortalidade e aumentando as taxas de sobrevivência daqueles acometidos por doenças específicas como é o caso do tumor de mama (TRAVASSOS, 1997).

No Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), estudo conduzido para avaliar o conhecimento, a atitude e a prática do auto-exame da mama e do exame de mamografia em mulheres atendidas no serviço público, concluiu que a principal barreira para a não realização da mamografia foi a ausência de solicitação deste exame por parte do médico consultante. O autor questionou se os resultados encontrados seriam os mesmos caso tivesse analisado mulheres com acesso a serviços médicos privados. Sugeriu e assim impulsionou a realização desse trabalho com outros estratos sociais para confirmar seus questionamentos (MARINHO, 2001).

O emprego dos recursos disponíveis para o rastreamento das doenças deve ter abrangência semelhante em todas as classes sociais, não importando a maneira pela qual se tem acesso aos serviços de saúde. A descoberta da moléstia em sua fase assintomática é o objetivo de todo teste de rastreamento e de toda ação preventiva secundária. O uso desses testes para a confirmação de diagnóstico clínico de uma doença implica em ação incorreta e atrasada, denotando pouca ou nenhuma atenção com a saúde da população.

A detecção tardia do câncer de mama, ainda regra em nosso meio, associa-se, entre outros fatores, ao emprego em pequena escala dos métodos que efetivamente podem descobrir a doença em sua fase assintomática. A descoberta precoce do tumor de mama relaciona-se atualmente, de forma direta, com o emprego da mamografia e com a adesão às suas normas de utilização. Será injusto e cruel se a estratificação socioeconômica da população, fator que indubitavelmente influencia a forma de acesso dos indivíduos aos serviços de saúde, venha a contribuir para que existam disparidades entre as mulheres quanto ao uso desse procedimento.

O esclarecimento dessas dúvidas, comparando as características de utilização da mamografia, entre as mulheres que utilizam serviços de saúde públicos e privados, é o objetivo principal do presente estudo. Não existe sociedade sem câncer, porém, enquanto não pudermos oferecer às mulheres brasileiras a possibilidade de detecção precoce do câncer de mama, de maneira igualitária, independentemente de sua posição socioeconômica, conviveremos com uma realidade inaceitável. Esta é a verdadeira dimensão do problema que se pretende abordar.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Avaliar as características de utilização da mamografia e o perfil sociodemográfico de mulheres submetidas a este exame em serviços de saúde públicos e privados.

2.2. Objetivos específicos

1. Comparar as características sociodemográficas e reprodutivas das mulheres que realizam mamografia em serviços de saúde públicos e privados;
2. Comparar, em ambos os grupos do estudo, a proporção das entrevistadas que realizam a mamografia pela primeira vez, suas características etárias, assim como a frequência de realização e intervalo de repetição deste exame;
3. Avaliar o conhecimento das entrevistadas a respeito da mamografia;
4. Identificar os motivos e as dificuldades que as mulheres referem para a realização da mamografia em serviços de saúde públicos e privados.

3. Sujeitos e Métodos

3.1. Desenho do estudo

Trata-se de estudo seccional, também denominado de corte transversal, descritivo e comparativo entre duas populações femininas: uma utilizava serviços públicos de saúde e a outra serviços privados para a realização de mamografia, na cidade de Taubaté.

3.2. Tamanho amostral

Para conseguir um tamanho amostral que representasse fielmente a população feminina atendida no serviços públicos ou privados e que realizava mamografia na área geográfica do estudo (cidade de Taubaté, São Paulo), foi necessário o levantamento dos seguintes dados:

- O número total de mulheres acima de 35 anos de idade nesta área geográfica (IBGE, 2000);
- A percentagem aproximada destas mulheres que são atendidas pelo sistema suplementar de saúde (IBGE, 2000);

- O número total de mamografias pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 2000 na área de abrangência do Município de Taubaté (BRASIL, 2000);
- O número de mamografias realizadas no ano de 2000 em um dos serviços privados de mamografia do Município de Taubaté (Clínica Radiológica 9 de Julho).

Levando em consideração os critérios acima, o desenho do estudo, assim como as possibilidades operacionais para a realização do mesmo, cuja coleta de dados deveria ser realizada em quatro meses de pesquisa, o Serviço de Estatística do Departamento de Tocoginecologia do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas calculou tamanho amostral representativo das populações estudadas, utilizando as seguintes premissas:

Sendo P, a proporção estimada (20%) de mulheres sintomáticas que realizam a mamografia no serviço público (GODINHO E KOCH, 2002); N, o tamanho da população objeto do estudo nos quatro meses da coleta de dados, estimado entre 1400 a 1600 mulheres e ϵ_r , o erro relativo, utilizou-se a equação abaixo, apresentada por LUIZ e MAGNANINI (2002) para a determinação do tamanho amostral, para um coeficiente de 95% ($\alpha = 0,05$), relativo a construção de um intervalo de confiança para P.

$$n = \frac{1,96^2 N(1-P)}{\epsilon_r^2 P (N-1) + 1,96^2 (1-P)}$$

A tabela abaixo mostra os tamanhos amostrais (n) para a situação exposta, considerando diferentes valores de ϵ_r e N entre 1400 e 1600

N	Erro relativo (ϵ_r)									
	0,01	0,02	0,05	0,06	0,10	0,12	0,15	0,16	0,18	0,20
1400	1367	1276	871	747	408	311	217	194	158	131
1500	1462	1359	909	775	416	316	219	196	159	132
1600	1557	1440	945	880	424	320	221	197	160	132

Determinou-se então, que 424 entrevistas seriam suficientes para representar o grupo de mulheres que realizavam mamografia nos serviços públicos, segundo um erro relativo aceitável de 10%, considerando N = 1600.

Uma vez que a população feminina atendida em serviços suplementares de saúde, segundo dados do IBGE (2000), totaliza cerca de 30% das mulheres na faixa etária em questão, mantendo-se a mesma proporção (P), semelhante erro relativo (ϵ_r), porém, com um tamanho da população objeto do estudo (N) ao redor de 700 indivíduos, obtivemos um tamanho amostral mínimo de 126 mulheres para caracterizarmos este grupo de sujeitos.

O tamanho amostral da pesquisa compreendeu, portanto, 550 mulheres, 424 delas entrevistadas nos serviços públicos de saúde e 126 nos privados.

3.3. Critérios e procedimentos para a seleção de sujeitos

A cidade de Taubaté possui seis serviços de radiologia que realizam exames de mamografia. Dois destes mantidos exclusivamente por financiamentos públicos, com verbas oriundas do Sistema Único de Saúde (SUS) ou do próprio município (Hospital Universitário de Taubaté e Policlínica Municipal de Taubaté). Outro deles trata-se de hospital filantrópico direcionando suas atividades para usuários de SUS e oferecendo cotas para realização de exames mamográficos para esta população (Hospital Santa Isabel de Clínicas). Os restantes, três deles, possuem finalidades privadas atendendo exclusivamente o sistema suplementar de saúde (Clínica Radiológica 9 de Julho, Clínica Dr. Rene Moura e Clínica Pró-Imagem).

Todos estas instituições foram convidadas a participar da pesquisa. Aceitaram o convite formulado pelo pesquisador quatro desses serviços. Dois responsáveis pelos atendimentos às usuárias dos serviços públicos de saúde (Hospital Universitário de Taubaté e Policlínica Municipal de Taubaté), e outros dois atendendo ao sistema de saúde suplementar privado (Clínica Radiológica 9 de Julho e Clínica Dr. Rene Moura).

O hospital filantrópico não pode participar do projeto, apesar da concordância com o seu desenvolvimento, pois o mamógrafo permaneceu em reparo técnico durante a maior parte do período de coleta das entrevistas. O serviço privado restante apresentou recusa formal quanto à sua participação.

As entrevistadas do estudo foram mulheres que procuraram espontaneamente ou foram encaminhadas para os serviços participantes desta pesquisa, com a finalidade de realizarem mamografia.

3.3.1. Critérios de inclusão

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão para que as mulheres pudessem ser admitidas na pesquisa:

- Cumpriram as formalidades administrativas de cada um dos serviços envolvidos, recebendo registro no mesmo e protocolo para realização do exame solicitado;
- compreendiam claramente o conteúdo das questões que estavam sendo formuladas.

3.3.2. Critérios de exclusão

Foram utilizados os critérios de exclusão abaixo elencados:

- Não completaram a entrevista durante o tempo de permanência na instituição onde realizavam a mamografia ou responderam menos que 75% das perguntas do questionário;
- eram clientes do pesquisador responsável pelo estudo.

3.4. Variáveis

São apresentadas as variáveis estudadas, com suas respectivas definições e categorias:

3.4.1. Variável independente

- Tipo de serviço de saúde – forma de acesso que as mulheres dispõem para provimento de cuidados com sua saúde e para a realização da mamografia: público, privado.

3.4.2. Variáveis descritivas e de controle

- Idade – número de anos completos referidos pela mulher desde a data de seu nascimento até o momento da entrevista.
- Faixa etária – intervalo de anos entre dois limites definidos, que inclui a idade da entrevistada: até 30 anos, de 31 a 40 anos, de 41 a 50 anos, acima de 50 anos.
- Estado marital – tipo de união conjugal referida pela mulher no momento da entrevista: solteira, casada, viúva, união consensual, separada.
- Escolaridade – último período escolar cursado, concluído ou não e referido pela mulher no momento da entrevista: nenhum (analfabeta), fundamental, médio, universitário.
- Renda familiar – totalidade dos recebimentos financeiros mensais de todos os membros da família, expressa em moeda nacional atual (reais) e

referida pela mulher no momento da entrevista: < R\$ 500,00, entre R\$ 500,00 e R\$ 1.000,00, de R\$ 1.001,00 até R\$ 2.000,00, acima de R\$ 2.000,00.

- Faixa etária de ocorrência da menopausa – intervalo de anos entre dois limites definidos, que inclui a idade da entrevistada, no qual ocorreu seu último fluxo menstrual: antes de 35 anos, de 35 a 45 anos, acima de 45 anos.
- Número de gestações: quantidade de vezes que a mulher engravidou até a data da entrevista: nenhuma, uma ou duas, três a cinco, acima de cinco.
- Faixa etária de ocorrência da primeira gravidez – intervalo de anos entre dois limites definidos, que inclui a idade da entrevistada, no qual ocorreu sua primeira gestação: antes de 20 anos, entre 20 e 29 anos, 30 ou mais anos.
- Paridade – número de partos referidos pela mulher até a data da entrevista: nenhum, um ou dois, três a cinco, acima de cinco.
- Amamentação: período posterior aos partos no qual a entrevistada alimentou naturalmente os seus filhos, através de sua própria lactação: presente, ausente.
- Duração da amamentação – somatória dos meses posteriores aos partos, referidos pela mulher durante a entrevista, nos quais amamentou: até 3 meses, entre três e seis meses, acima de seis meses.
- Antecedentes familiares de câncer de mama – referência de parentes consangüíneos, tanto da linhagem materna ou paterna, até o terceiro grau de parentesco, que apresentaram câncer de mama: presente, ausente.
- Grau de parentesco - relação da entrevistada com seus parentes consangüíneos definida por ordem genealógica: primeiro grau, segundo grau, terceiro grau.

- Parentesco em primeiro grau - relação da entrevistada com parentes consangüíneos de sua mesma geração, assim como suas gerações diretas ascendentes e descendentes: irmãs(ãos), mãe, filhas.
- Tipo de atividade profissional - atividade de trabalho, exercida após algum tipo de aprendizado, que proporciona ganho material para subsistência: serviços e comércio, ciências e artes, outros.
- Patologias mamárias - doenças, alterações e anormalidades das mamas percebidas pela própria mulher, detectadas durante auto-exame, exame clínico das mamas realizado por profissional habilitado ou ainda descobertas através de métodos de imagem: presente, ausente.
- Antecedente pessoal de câncer mamário - ocorrência de câncer de mama na própria entrevistada: presente, ausente.
- Maneira de descoberta da patologia mamária - modalidade de detecção da presença de anormalidade nas mamas: observação da própria entrevistada, observação do médico consultado, através de exames de imagem (mamografia ou ultra-som de mamas).
- Duração de tempo de descoberta de patologia mamária - intervalo de tempo transcorrido entre a detecção da patologia mamária e a entrevista realizada neste estudo: menos de um mês, entre um e seis meses, entre 6 meses e um ano, acima de um ano, não referida.
- Classificação da patologia mamária - distribuição das patologias mamárias, referidas pelas mulheres entrevistadas, de acordo com a presença de sinais físicos, somente sintomas subjetivos das mesmas ou detecção destas por métodos não clínicos, respectivamente: específica, inespecífica, achados de exames (mamografia ou ultra-som de mamas).

- Assiduidade – frequência regular, no mínimo a cada ano, ao serviço de saúde a que tem acesso para realizar consulta ginecológica: presente, ausente.

3.4.3. Variáveis dependentes

- Tipo de mamografia – oportunidade de realização da mamografia referida pelas entrevistadas: primeira mamografia, mamografia de repetição.
- Características etárias - conjunto de valores das idades das mulheres entrevistadas: média, mediana e faixa etária.
- Frequência de realização – quantidade de vezes referida pela mulher durante a entrevista, na qual já foi submetida à mamografia: somente uma, entre duas e seis, acima de seis.
- Intervalo de repetição – número de meses entre a realização de duas mamografias consecutivas: menos de 12 meses, entre 12 e 24 meses, acima de 24 meses, não lembra.
- Aquisição de conhecimentos sobre a mamografia – recebimento de informações a respeito da mamografia, fornecidas por profissionais ligados aos serviços de saúde frequentados pelas entrevistadas: presente, ausente.
- Fonte de informações sobre a mamografia – origem das informações recebidas a respeito da mamografia: médico, enfermagem, local de realização da mamografia, mídia, parentes ou conhecidos, todas as anteriores.
- Adequação do conhecimento a respeito da mamografia – respostas corretas sobre técnica de execução da mamografia, a idade de realização

do primeiro exame e intervalos entre aqueles consecutivos: adequado, inadequado.

- Motivos de solicitação da mamografia – indicações médicas que originaram o pedido para realização de mamografia: rastreamento, diagnóstico de anormalidades, não explicado pelo médico.
- Dificuldades para realização da primeira mamografia – motivos referidos pelas entrevistadas que impossibilitaram a realização da primeira mamografia na idade recomendada para execução deste exame: falta de assiduidade aos serviços de saúde, nunca foi solicitada pelo médico, vergonha ou medo, desconhecimento, dificuldade de marcação do exame, outros.
- Intervalo de tempo até realização da mamografia – número de dias entre a solicitação e a realização da mamografia: até 30 dias, entre 31 e 180 dias, acima de 180 dias.
- Dificuldades para a realização da mamografia: motivos relatados pelas entrevistadas que dificultaram a realização da mamografia: falta de vagas para marcação do exame, mamógrafo quebrado, demora para obter autorização do convênio, outros.

3.5. Instrumento para coleta de dados

Aplicou-se às participantes do estudo, questionário (Anexo 1) com perguntas pré-codificadas e abertas. Este instrumento foi pré-testado pelo pesquisador em um grupo de 30 mulheres, quinze delas atendidas em um dos serviços públicos participantes dessa pesquisa (Hospital Universitário de Taubaté) e outras tantas

atendidas na Clínica Radiológica 9 de Julho, serviço de radiologia privado que se dispôs a participar desse estudo. O grupo selecionado para o pré-teste do instrumento compunha-se da clientela usual dos serviços que participaram do estudo e não fez parte da amostra incluída na análise de dados.

3.6. Coleta de dados

As participantes foram entrevistadas por profissional do sexo feminino, com nível médio de escolaridade e formação técnica na área da saúde. Esta profissional foi selecionada e treinada previamente pelo pesquisador responsável para a aplicação dos questionários (Anexo 1). As entrevistadoras receberam remuneração condizente com a função realizada e de acordo com a oferecida pelo mercado de trabalho local para esta atividade. Encontravam-se devidamente identificadas com crachás contendo nome e função.

Em três dos serviços participantes (Hospital Universitário de Taubaté, Clínica Radiológica 9 de Julho e Clínica Dr. Rene Moura) as entrevistas foram realizadas pelas próprias técnicas de radiologia responsáveis pela execução da mamografia. Na Policlínica Municipal de Taubaté os questionários foram aplicados por entrevistadora com mesmo nível de formação que as anteriores, porém não relacionada com a execução do procedimento.

As mulheres que cumpriram os critérios de inclusão, foram convidadas a participar da pesquisa ainda na sala de espera. Aquelas que aceitaram, receberam

o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2) que, após ser lido, foi assinado pela participante. No caso de dificuldades para ler ou entender o Termo de Consentimento apresentado, a própria entrevistadora fez a leitura do mesmo e explicou seu conteúdo, de maneira simples e clara, para que a entrevistada pudesse entendê-lo.

As entrevistas ocorreram no momento que antecedia a realização da mamografia, em local reservado e fisicamente separado da sala de espera e também da sala de realização do procedimento radiográfico, com a finalidade de preservar a intimidade da entrevistada e facilitar a coleta de respostas.

A supervisão das entrevistadoras ocorreu semanalmente, através de reuniões com o pesquisador responsável, nas quais se discutiram o número total de entrevistas realizadas, a qualidade das mesmas, as dificuldades encontradas para obtenção das informações, eventuais correções de abordagem das entrevistadas e planejamento para a semana seguinte.

Ficou estabelecido que a seleção de sujeitos obedeceria a seguinte regra: nos dias ímpares entrevistar-se-iam as clientes cujo registro do exame também fosse ímpar, adotando-se nos dias pares o mesmo critério. Havendo recusa ou impedimento de inclusão de alguma mulher dessa ordenação, a próxima convidada a participar cumpriria o mesmo critério de seleção.

3.7. Processamento e análise de dados

Os questionários preenchidos foram submetidos à revisão com relação à legibilidade, qualidade e legitimidade das informações, organização e codificação das respostas. Realizaram-se correções quando necessárias, porém, jamais alterando o teor dos dados colhidos.

Foi elaborado um banco de dados específico no programa EPI-INFO 2002, onde as informações, após terem sido submetidas à revisão manual e análise de consistência, foram armazenadas. A digitação dos dados foi realizada pelo próprio pesquisador, efetuando-se digitação dupla dos mesmos. Eventuais discordâncias foram revisadas e corrigidas.

As comparações entre os dois grupos estudados foram realizadas através da associação entre a variável independente, as descritivas ou de controle e as dependentes, avaliadas através da utilização dos testes Exato de Fisher e Wilcoxon para variáveis contínuas, e o Qui-quadrado (X^2), quando se tratavam de variáveis categóricas.

A análise estatística foi realizada através do software SAS versão 8.0. © 1999, obtido através do SAS Institute Inc., Cary, NC, USA, após transferência do banco de dados para planilha adequada que permitia utilização desta ferramenta. Novas inconsistências detectadas no banco de dados original foram então corrigidas.

3.8. Aspectos éticos

O presente estudo foi desenhado obedecendo todas as orientações emanados a partir da Declaração de Helsinki, revista no ano 2000 em Edimburgo (ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL, 2000) que definiu os princípios éticos para a realização de investigações médicas em seres humanos. Obedeceu-se ainda legislação própria do nosso país onde as diretrizes maiores estão contidas na Resolução no.196/96 (BRASIL, 1996).

As informações coletadas foram exclusivamente destinadas para os propósitos desta pesquisa. Foram obtidas após o consentimento livre e esclarecido dos indivíduos, sujeitos da pesquisa, tratando-os com dignidade, respeitando sua autonomia e defendendo-os em sua vulnerabilidade. Para tanto, uma entrevistadora, adequadamente preparada pelo pesquisador responsável, forneceu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), redigido de maneira clara e simples, com tipo e tamanho de letras que permitiam fácil leitura, detalhando os objetivos, a justificativa e a metodologia empregada no estudo. A entrevistadora leu pausadamente e com boa audibilidade o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2) para aqueles sujeitos que referiam dificuldades pessoais de leitura.

Cada um dos sujeitos recebeu uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), previamente assinado pelo pesquisador responsável e, somente, após sua concordância e assinatura do aludido documento a

entrevistadora coletou as informações contidas no questionário. Garantiu-se ainda que os sujeitos teriam o direito de não responder a quaisquer perguntas que achassem inconvenientes, que poderiam interromper e abandonar a entrevista em qualquer momento, sem que essas atitudes resultassem em mudanças no atendimento agendado.

Garantiu-se o sigilo e a privacidade das mulheres participantes da pesquisa, comprometendo-se o pesquisador com o máximo de benefícios e o mínimo de riscos para os sujeitos e para a coletividade da qual fazem parte. Os resultados que emergirão do estudo serão de domínio público cumprindo sua finalidade primordial que é a destinação sócio-humanitária.

O projeto deste estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa do Departamento de Tocoginecologia do CAISM e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

4. Resultados

Foram realizadas 668 entrevistas entre as mulheres que procuraram os serviços de mamografia, na cidade de Taubaté, no período de fevereiro a junho de 2003. Destas, 25 foram excluídas: 24 delas por apresentarem respostas inconsistentes ou incompletas e uma outra por se tratar de cliente do pesquisador responsável deste estudo.

Os resultados apresentados referem-se às 643 entrevistadas restantes. Entre as selecionadas, 472 utilizaram os serviços públicos anteriormente elencados e 171 realizaram o procedimento nos serviços privados já referidos.

4.1. Caracterização sociodemográfica das mulheres entrevistadas

Tratando-se de estudo realizado entre indivíduos que emergem de condições socioeconômicas diversas, algumas variáveis apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

A distribuição percentual das mulheres de acordo com a sua faixa etária foi semelhante em ambos os grupos deste estudo (Tabela 1). A média e a mediana de idade das entrevistadas não demonstraram diferenças, sendo respectivamente 49,16 anos (desvio padrão de 9,46 anos) e 48 anos (intervalo de 23 a 79 anos) nas usuárias dos serviços públicos e 49,05 anos (desvio padrão de 10,08 anos) e 47 anos (intervalo de 27 a 72 anos) nos privados.

Notou-se no grupo das entrevistadas que utilizaram os serviços públicos de saúde, quando comparadas às usuárias dos privados, uma maior proporção de separações matrimoniais (16,9% x 4,9%) e uma menor escolaridade: aproximadamente 6,0% das mulheres atendidas nos serviços públicos declararam ser analfabetas e 72,2% delas referiram ter freqüentado somente o ensino fundamental (Tabela 1).

A variação da renda familiar demonstrou associação significativa com o tipo de serviço de saúde freqüentado pelas entrevistadas (Tabela 1).

TABELA 1

Distribuição percentual das mulheres entrevistadas de acordo com características sociodemográficas e o serviço de saúde no qual foram atendidas

Característica sociodemográfica	Tipo de Serviço de Saúde				p-valor*
	Público		Privado		
	n (472)	%	n (171)	%	
faixa etária					0,19
até 30 anos	7	1,5	1	0,6	
31 a 40 anos	70	14,8	35	20,5	
41 a 50 anos	212	44,9	65	38,0	
Acima de 50 anos	183	38,8	70	40,9	
estado marital					< 0,01
solteira	42	8,9	8	4,9	
casada/união consensual	297	62,9	130	79,3	
viúva	53	11,2	18	11,0	
separada	80	16,9	8	4,9	
não referido**	0		7		
escolaridade					< 0,01
analfabeta	28	5,9	2	1,2	
fundamental	341	72,2	56	33,1	
médio	89	18,9	67	39,6	
universitário	14	3,0	44	26,0	
não referida**	0		2		
renda familiar					< 0,01
< R\$ 500,00	215	52,6	8	4,9	
R\$ 500,00 a R\$ 1.000,00	148	36,2	31	19,1	
R\$ 1.000,00 a R\$ 2.000,00	38	9,3	61	37,7	
Acima de R\$ 2.000,00	8	2,0	62	38,3	
desconhece ou não referiu**	63		9		

* Teste Qui-quadrado

** dados não incluídos na análise estatística

A proporção de engajamento no mercado de trabalho foi maior entre as usuárias dos serviços de saúde privados do que entre as dos serviços públicos (45,6% e 39,2% respectivamente), porém não existiram diferenças estatisticamente significantes. As atividades profissionais relacionadas com a prestação de serviços e comércio predominaram (78,9%) entre as que utilizavam os serviços públicos (Tabela 2).

As entrevistadas dos serviços privados mostraram uma maior diversificação e também qualificação profissional. A proporção delas que se dedicava às atividades de serviços e comércio mostrou-se bastante inferior (39,7%) àquela encontrada entre as mulheres dos serviços públicos (78,9%). Ainda entre as entrevistadas nos serviços privados registrou-se percentual maior (38,5%) desempenhando atividades ligadas aos grupos profissionais de ciências e artes que, de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações 2002, transcrita no Anexo 3, incluem atividades que exigem melhor formação técnica (Tabela 2).

TABELA 2

Distribuição percentual das entrevistadas de acordo com o engajamento no mercado de trabalho, tipo de atividade profissional e os serviços de saúde no qual foram atendidas

Profissão	Tipo de Serviço de Saúde				p-valor*
	Público		Privado		
	n (472)	%	n (171)	%	
atividade profissional					0,17
não trabalha fora de casa	235	49,8	71	41,5	
trabalha fora de casa	185	39,2	78	45,6	
pensionista ou aposentada	52	11,0	22	12,8	
total	472	100	171	100	
tipo de atividade profissional**					< 0,01
serviços e comércio	146	78,9	31	39,4	
ciências e artes	7	3,7	30	38,4	
outros	32	17,2	17	21,7	
total	185	100	78	100	

* Teste Qui-quadrado

** Classificação Brasileira de Ocupações 2002 – Anexo 3

4.2. Características reprodutivas das entrevistadas

O número de gestações, a paridade e a idade de ocorrência da primeira gravidez das entrevistadas mostraram diferenças significativas.

Aproximadamente 2/3 das entrevistadas que utilizava os serviços públicos (66,1%) referiu três ou mais gestações. Nos serviços privados, um maior número de mulheres (42,1%), relatou ter engravidado somente uma ou duas vezes. A percentagem de nuligestas nas amostras foi respectivamente 8,5% e 11,1% (Tabela 3). Acompanhando os dados acima referidos, a proporção de múltiparas e grandes múltiparas abrangeu cerca de 2/3 (64,8%) da amostra estudada dos serviços públicos de saúde. Diversamente, as mulheres dos serviços privados apresentaram baixa paridade. Mais da metade delas (52,0%) relataram somente um ou dois partos (Tabela 3).

O percentual de ocorrência de gravidez antes dos vinte anos de idade foi maior entre as entrevistadas que utilizavam os serviços públicos (47,2%) quando comparado com aquele (32,7%) do outro grupo estudado (Tabela 3).

TABELA 3
Distribuição percentual das mulheres de acordo com características reprodutivas e o tipo de serviço de saúde no qual foram atendidas

Característica Reprodutiva	Tipo de Serviço de Saúde				p-valor*
	Público		Privado		
	n	%	n	%	
Número de gestações					< 0,01
nuligestas	40	8,5	19	11,1	
uma ou duas	120	25,4	72	42,1	
três a cinco	218	46,2	62	36,3	
acima de cinco	94	19,9	18	10,5	
total	472	100	171	100	
Paridade					< 0,01
nulípara	1	0,2	1	0,7	
um ou dois	151	35,0	79	52,0	
três a cinco	208	48,1	59	38,7	
acima de cinco	72	16,7	13	8,6	
total	432	100	152	100	
Faixa etária na primeira gravidez					< 0,01
antes de 20 anos	203	47,2	49	32,7	
entre 20 e 29 anos	202	47,0	86	57,3	
trinta ou mais anos	25	5,8	15	10,0	
não lembra ou não referiu**	2		2		
total	432	100	152	100	

* Teste Qui-quadrado

** dados não incluídos na análise estatística

Ambas as amostras estudadas apresentaram mulheres referindo alta frequência de amamentação natural, respectivamente 91,4% e 92,8% nos serviços públicos e privados. A duração dos períodos de aleitamento, no entanto, foi muito mais prolongada nas entrevistadas dos serviços públicos, onde a maioria (55,2%) amamentou por seis meses ou mais. Somente 31,2% daquelas dos serviços privados referia ter amamentado por períodos superiores a esse intervalo de tempo (Tabela 4).

TABELA 4

Distribuição percentual das mulheres de acordo com a referência a períodos de lactação, sua duração e o tipo de serviço de saúde no qual foram atendidas

Períodos de Lactação	Tipo de Serviço de Saúde				p-valor*
	Público		Privado		
	n (432)	%	n (152)	%	
Amamentação					0,61
presente	395	91,4	141	92,8	
ausente	37	8,6	11	7,2	
Duração da Amamentação					< 0,01
menor que três meses	70	17,7	50	35,5	
de três a seis meses	107	27,1	47	33,3	
superior a 6 meses	218	55,2	44	31,2	

Teste Qui-quadrado

4.3. Antecedentes familiares de câncer de mama e presença de patologias mamárias entre as entrevistadas

Não se observaram diferenças, entre os grupos estudados, no percentual de entrevistadas que referiram antecedentes familiares de câncer de mama. O grau de parentesco entre as entrevistadas e a pessoa afetada pela doença, em uma primeira análise, foi semelhante para ambas as amostras (Tabela 5).

Analisando-se exclusivamente o parentesco de primeiro grau (mães e irmãs), observa-se inversão marcante da parente afetada pela doença. Nos serviços públicos, comumente, esta pessoa era irmã(ão) da entrevistada (77,8%). Nos privados, as mães das entrevistadas compunham a maioria (75%) dos casos relatados de câncer de mama entre a parentela de primeiro grau (Tabela 5).

TABELA 5

Distribuição percentual das mulheres entrevistadas de acordo com antecedentes familiares de câncer de mama e o serviço de saúde no qual foram atendidas

Antecedentes de Câncer de Mama	Tipo de Serviço de Saúde				p-valor
	Público		Privado		
	n	%	n	%	
Antecedentes familiares de câncer de mama					0,43*
presentes	63	13,3	27	15,8	
ausentes	409	86,7	144	84,2	
total	472	100,0	171	100,0	
Grau de parentesco					0,67**
1º. grau (mães e irmãos)	27	42,9	12	44,4	
2º. grau (avós e tias)	28	44,4	10	37,0	
3º. grau (primas e sobrinhas)	8	12,7	5	18,5	
total	63	100,0	27	100,0	
Parentesco em 1º. grau					< 0,01**
mãe	6	22,2	9	75,0	
irmãs(ãos)***	21	77,8	3	25,0	
total	27	100,0	12	100,0	

*Teste Qui-quadrado

** Teste Exato de Fisher

*** referência de um irmão com câncer de mama

Em ambos os grupos avaliados, as entrevistadas apresentaram proporção semelhante de patologias mamárias (23,9% x 22,2%). Apesar de percentuais desiguais relativos à presença de antecedente pessoal de câncer de mama, tempo referido de conhecimento da anormalidade, maneira de descoberta da condição e também a classificação da mesma, as diferenças não se mostraram estatisticamente

significativas, no entanto, a proporção de mulheres que referiram ter antecedente pessoal de câncer de mama foi cerca de três vezes maior entre as entrevistadas com anormalidades mamárias nos serviços privados quando comparadas aquelas, também com patologias mamárias, entrevistadas nos serviços públicos (15,8% x 5,3%). Além disso, a utilização de exames subsidiários (mamografia ou ultra-sonografia mamária) para descoberta da anormalidade foi duas vezes mais freqüente nas usuárias de serviços de saúde privados (Tabela 6).

TABELA 6

Distribuição percentual das entrevistadas de acordo com a presença de patologias mamárias e o tipo de serviço de saúde no qual foram atendidas

Patologias Mamárias	Tipo de Serviço de Saúde				p-valor
	Público		Privado		
	n	%	n	%	
Anormalidade Mamária					0,65*
presente	113	23,9	38	22,2	
ausente	359	76,1	133	77,8	
total	472	100	171	100	
<i>Entrevistadas com anormalidades mamárias</i>	113	23,9	38	22,2	
Antecedente pessoal de câncer mamário					0,048**
presente	6	5,3	6	15,8	
ausente	107	94,7	32	84,2	
Quem ou como fez a descoberta da anormalidade					0,08**
a própria entrevistada	77	68,1	19	50,0	
o médico consultado	24	21,2	10	26,3	
através de exames	12	10,6	9	23,7	
Há quanto tempo tem a anormalidade referida					0,08**
menos de 1 mês	15	13,5	3	8,3	
entre 1 e 6 meses	30	27,0	4	11,1	
entre 6 meses e 1 ano	13	11,7	3	8,3	
acima de 1 ano	53	47,7	26	72,2	
não referida	2		2		
Classificação da anormalidade					0,06**
específica	55	48,7	20	52,6	
inespecífica	46	40,7	9	23,7	
achados de exames	12	10,6	9	23,7	

*Teste Qui-quadrado

** Teste Exato de Fisher

4.4. Características de utilização da mamografia – adesão ao rastreamento mamográfico do câncer de mama

4.4.1. Proporção de mulheres realizando a mamografia pela primeira vez

Aproximadamente metade (45,8%) das usuárias dos serviços públicos de saúde estava realizando a mamografia pela primeira vez. Inversamente, nos privados, a grande maioria das entrevistadas (79,5%) referiu ao menos um exame anterior (Tabela 7).

TABELA 7

Proporção das mulheres entrevistadas de acordo com o tipo de mamografia que estão realizando segundo os serviços de saúde nos quais foram atendidas

Tipo de Mamografia	Tipo de Serviço de Saúde				p-valor*
	Público		Privado		
	n (472)	%	n (171)	%	
primeira mamografia	216	45,8	35	20,5	< 0,01
mamografia de repetição	256	54,2	136	79,5	

* Teste Qui-quadrado

4.4.2. Características etárias das entrevistadas e sua primeira mamografia

Entre aquelas que estavam repetindo a mamografia, as características etárias (média e mediana de idade com seus respectivos desvios e intervalos), na ocasião de solicitação de seu primeiro exame, mostraram-se similares, independentemente do grupo entrevistado a que pertenciam. Esses dois parâmetros etários, no entanto, expressaram diferenças significativas naquelas que o realizavam pela primeira vez, sendo maiores entre as usuárias do serviços públicos (Tabela 8).

TABELA 8

Características etárias das entrevistadas na solicitação da primeira mamografia de acordo com o tipo de exame que estão realizando e o serviço de saúde no qual foram atendidas

Características etárias na solicitação da primeira mamografia	Tipo de Serviço de Saúde		p-valor*
	Público	Privado	
Mamografia de repetição			0,06**
média(DP)de idade (anos)	46,4 (9,6)	45,2 (8,8)	
mediana (intervalo) de idade (anos)	46,0 (21 a 74)	43,0 (23 a 70)	
total	256	136	
Primeira mamografia			<0,01**
média(DP)de idade(anos)	46,8 (10,2)	40,2 (7,7)	
mediana (intervalo) de idade (anos)	44,0 (23 a 79)	39,0 (27 a 62)	
total	216	35	
p- valor	0,51**	< 0,01**	

** Teste de Wilcoxon

Notou-se ainda, na mesma tabela, que as características etárias estudadas, relacionadas com a idade de realização da primeira mamografia, não se alteraram entre as usuárias dos serviços públicos de saúde. A média e a mediana da idade destas mulheres, na ocasião da primeira mamografia, não expressam diferenças significativas entre aquelas que estão repetindo este exame (média: 46,4 anos, mediana: 46 anos) e as que o estão realizando pela primeira vez (média: 46,8 anos, mediana: 44 anos). No grupo privado, ainda na tabela anterior, a análise estatística utilizada demonstrou variação significativa. Observou-se redução de cinco anos na média e quatro anos na mediana de idade em que se solicitou a primeira mamografia entre aquelas que estão repetindo o exame (média: 45,2 anos, mediana: 43 anos) e as demais que o fazem pela primeira vez (média: 40,2 anos, mediana: 39 anos).

Entre as entrevistadas que já tinham realizado a mamografia anteriormente e freqüentavam com regularidade os serviços de saúde, quer públicos ou privados, as características etárias analisadas (média e mediana da idade) foram semelhantes, assim como não expressaram diferenças significativas em relação a idade de solicitação da primeira mamografia. O procedimento foi solicitado com maior freqüência e proporção similar, nos dois grupos, entre 41 e 50 anos (41,9% x 40,8%). O percentual daquelas para as quais foi solicitada a primeira mamografia até 40 anos mostrou-se preponderante nos serviços privados (38,4% x 27,9%). Aproximadamente 1/3 das mulheres que freqüentavam assiduamente os serviços públicos (30,1%) e 1/5 daquelas dos privados (20,8%) tiveram o exame solicitado pela primeira vez após 50 anos de idade (Tabela 9).

TABELA 9

Características etárias das entrevistadas assíduas aos serviços de saúde que estavam repetindo o exame de mamografia de acordo com o tipo de tipo de serviço no qual foram atendidas

Características etárias	Tipo de Serviço de Saúde		p-valor*		
	Públicos	Privados			
Idade (anos)			0,31**		
Média (DP)	51,0 (8,2)	50,5 (9,3)			
Mediana (intervalo)	50,0 (31 a 75)	49,0 (35 a 7)			
Idade de solicitação da primeira mamografia			0,04**		
Média (DP)	46,2 (9,3)	44,8 (8,3)			
Mediana (intervalo)	46,0 (21 a 74)	43,0 (23 a 70)			
Faixa etária de solicitação da primeira mamografia	n	%	n	%	0,07*
Até 40 anos	64	27,9	48	38,4	
De 41 a 50 anos	96	41,9	51	40,8	
Acima de 50 anos	69	30,1	26	20,8	
total	229		125		

* Teste Exato de Fisher

** Teste de Wilcoxon

Analisando-se somente as entrevistadas assíduas aos serviços de saúde e que estavam realizando a mamografia pela primeira vez, notou-se que, mesmo nestas, como observado na totalidade deste grupo, a idade de solicitação do exame inicial denotava diferenças significativas. As médias e medianas etárias divergiam cerca de seis anos entre os dois grupos, com mulheres mais jovens realizando o procedimento nos serviços privados (Tabela 10).

A análise comparativa de solicitação do exame até 40 anos de idade, entre as mulheres assíduas aos serviços de saúde que estavam repetindo a mamografia e aquelas realizando o exame pela primeira vez, apresentou aumento em ambos os grupos, porém, com incremento muito significativo nos serviços privados em comparação com os públicos, de 38,4% para 78,6 % e de 27,9% para 36,1% (Tabelas 9 e 10). Manteve-se nos serviços públicos percentual expressivo de mulheres (21,3%) que ainda realizava a mamografia pela primeira vez após os 50 anos de idade (Tabela 10).

TABELA 10

Características etárias das entrevistadas assíduas aos serviços de saúde que estavam realizando o exame de mamografia pela primeira vez de acordo com o tipo de serviço no qual foram atendidas

Características etárias	Tipo de Serviço de Saúde				p-valor*
	Públicos		Privados		
Idade de solicitação da primeira mamografia					0,01**
Média (DP)	44,8 (9,9)		38,2 (6,1)		
Mediana (intervalo)	43,0 (23 a 79)		36,5 (27 a 61)		
Faixa etária de solicitação da primeira mamografia	n	%	n	%	< 0,01*
Até 40 anos	44	36,1	22	78,6	
De 41 a 50 anos	52	42,6	5	17,9	
Acima de 50 anos	26	21,3	1	3,6	
total	122		28		

* Teste Exato de Fisher

** Teste de Wilcoxon

4.4.3. Freqüência de realização e intervalo de repetição de mamografias

Os intervalos de repetição entre as mamografias mostraram-se semelhantes entre os dois grupos estudados. A maioria (51,2%) das entrevistadas que utilizavam os serviços públicos, no entanto, referia ter feito somente um exame anterior. Nos privados, a freqüência de repetição foi mais constante. Exatamente 3/4 desta amostra (75%) estavam realizando o procedimento, ao menos, pela terceira vez consecutiva (Tabela 11).

TABELA 11
Comparação percentual das características de utilização da mamografia entre as mulheres entrevistadas de acordo com o serviço de saúde no qual foram atendidas

Características de Utilização	Tipo de Serviço de Saúde				p-valor*
	Público		Privado		
	n (256)	%	n (136)	%	
Intervalo de repetição					0,63**
inferior a 12 meses	14	5,5	6	4,4	
entre 12 e 24 meses	164	64,1	96	70,6	
acima de 24 meses	68	26,6	30	22,1	
não lembra	10	3,9	4	2,9	
Freqüência de realização ***					< 0,01*
somente uma	131	51,2	34	25,0	
entre duas e seis	108	42,6	88	64,7	
acima de seis	16	6,2	14	10,3	

* Teste Qui-quadrado

** Teste exato de Fischer

*** Faltam dados de uma entrevistada dos serviços públicos

Categorizando-se as amostras de acordo com a faixa etária das entrevistadas e procedendo-se análise semelhante (frequência de realização e intervalo de repetição), os resultados obtidos não foram diversos dos relatados anteriormente (Tabelas 12 e 13).

TABELA 12
Características de utilização da mamografia entre as entrevistadas com idade de 41 a 50 anos de acordo com o serviço de saúde utilizado

Características de Utilização	Tipo de Serviço de Saúde				p-valor*
	Público		Privado		
	n (110)	%	n (57)	%	
Frequência de realização					<0,01
somente uma	58	52,7	10	28,1	
entre duas e seis	45	40,9	36	63,2	
acima de seis	7	6,4	5	8,7	
Intervalo de repetição					0,12
inferior a 12 meses	8	7,3	5	8,7	
entre 12 e 24 meses	71	64,5	45	78,9	
acima de 24 meses	28	25,5	7	12,4	
não lembra	3	2,7	0		

* Teste Exato de Fisher

O intervalo de repetição das mamografias mostrou-se superior a vinte e quatro meses, de maneira constante e independente da categorização etária realizada, em 1/4 das entrevistadas da amostra dos serviços públicos (Tabelas 11, 12 e 13). Nos privados as mulheres com idade superior a 50 anos, também

apresentavam proporção semelhante (27,3%) realizando a mamografia em intervalos superiores a vinte e quatro meses (Tabela 13).

TABELA 13

Características da utilização da mamografia entre as entrevistadas com idade acima de 50 anos de acordo com os serviços de saúde utilizados

Características de Utilização	Tipo de Serviço de Saúde				p-valor*
	Público		Privado		
	n (110)	%	n (57)	%	
Freqüência de realização					<0,01
somente uma	58	46,0	10	15,2	
entre duas e seis	59	46,8	47	71,2	
acima de seis	9	7,2	9	13,6	
Intervalo de repetição					0,92
inferior a 12 meses	5	4,0	1	1,5	
entre 12 e 24 meses	81	64,3	43	65,2	
acima de 24 meses	33	26,2	18	27,3	
não lembra	7	5,5	4	6,1	

* Teste Exato de Fisher

Entre as entrevistadas que freqüentavam regularmente os serviços de saúde, quer públicos ou privados, as diferenças apontadas na freqüência de realização de mamografias sofreu atenuação, porém não se tornou estatisticamente semelhante. Nesta análise, as mulheres com mais de 44 anos que referiram intervalo de repetição das mamografias superior a 24 meses perfizeram cerca de 20,0% em ambas as amostras estudadas (Tabela 14).

TABELA 14

Comparação percentual das características de utilização da mamografia entre as entrevistadas com idade acima de 44 anos e que frequentavam regularmente os serviços de saúde avaliados

Características de Utilização	Tipo de Serviço de Saúde				p-valor*
	Público		Privado		
	n (110)	%	n (57)	%	
Frequência de realização					<0,01**
somente uma	78	42,6	12	13,6	
entre duas e seis	89	48,6	62	70,5	
acima de seis	16	8,7	14	15,9	
Intervalo de repetição					0,89**
inferior a 12 meses	10	5,4	3	3,4	
entre 12 e 24 meses	128	69,6	65	73,9	
acima de 24 meses	38	20,7	17	19,3	
não lembra	8	4,3	3	3,4	

** Teste Exato de Fisher

4.5. Conhecimentos a respeito da mamografia

A maioria das entrevistadas usuárias dos serviços privados (73,1%), referiu ter recebido informações a respeito da mamografia, sendo a principal fonte de obtenção das mesmas o médico atendente(81,7%). Nos serviços públicos, a proporção de mulheres que referiu receber estas informações alcançou pouco mais de um terço das entrevistadas (38,3%), mantendo-se a figura do médico como principal gerador das mesmas (92,7%). A participação dos serviços de apoio à consulta médica não se mostrou expressiva como fornecedora de informações a respeito da mamografia em ambos os grupos estudados (Tabela 15).

TABELA 15

Distribuição percentual das mulheres entrevistadas segundo o recebimento de informações a respeito da mamografia e fonte dos mesmos de acordo com os serviços de saúde utilizados

Informações	Tipo de Serviço de Saúde				p-valor
	Público		Privado		
	n	%	n	%	
Recebimento					< 0,01*
presente	181	38,3	125	73,1	
ausente	291	61,7	46	26,9	
total	472	100	171	100	
Fonte #					< 0,01**
médico	140	92,7	89	81,7	
enfermagem	8	5,3	6	5,5	
local do exame	3	2,0	9	8,3	
todos os anteriores	0	0,0	5	4,6	
total	151	100	109	100	

faltam dados de 30 entrevistadas nos serviços públicos e 16 nos privados

* Teste Qui-quadrado

** Teste Exato de Fisher

A adequação do conhecimento a respeito do exame em questão, avaliada através de respostas corretas no tocante à idade em que se deve realizá-lo pela primeira vez e seu intervalo de repetição, mostrou-se muito diversa nos grupos definidos, sendo significativamente elevada no privado (77,1% e 78,0%), porém atingindo um terço (33,1%) e pouco mais da metade da amostra (55,6%) no público (Tabela 16).

TABELA 16

Distribuição percentual das mulheres segundo adequação do conhecimento a respeito da mamografia de acordo com o tipo de serviço de saúde

Adequação do conhecimento	Tipo de Serviço de Saúde				p-valor*
	Público		Privado		
	n (151)	%	n (109)	%	
Idade de realização da primeira mamografia					< 0,01
adequado	50	33,1	84	77,1	
inadequado	101	66,9	25	22,9	
Intervalo de realização entre as mamografias					< 0,01
adequado	84	55,6	85	78,0	
inadequado	67	44,4	24	22,0	

* Teste Qui-quadrado

Entre as que estavam realizando o exame pela primeira vez, o percentual daquelas que haviam recebido informações foi pequeno (21,3% e 25,7% respectivamente), independente do grupo a que pertenciam. A principal fonte das informações, para as participantes do grupo privado foi o serviço de saúde (89,5%), no entanto, a obtenção de informações a partir de familiares e “amigas” é muito mais freqüente (76,1%) nos serviços públicos. A maioria das entrevistadas de ambos os grupos (97,8 e 88,8% respectivamente) que estava realizando a mamografia pela primeira vez e referiu ter recebido alguma informação a respeito da técnica de realização do exame, demonstrou conhecê-la corretamente (Tabela 17).

TABELA 17

Distribuição percentual das mulheres segundo recebimento de informações a respeito da técnica de realização da mamografia, fonte e adequação das mesmas em mulheres que estavam realizando o exame pela primeira vez de acordo com o tipo de serviço saúde no qual foram atendidas

Informações	Tipo de Serviço de Saúde				p-valor
	Público		Privado		
	n	%	n	%	
Recebimento					< 0,01*
presente	46	21,3	9	25,7	
ausente	170	78,7	26	74,3	
total	216	100,0	35	100,0	
Fonte					< 0,01**
serviço de saúde	4	8,7	7	89,5	
mídia	7	15,2	0	0,0	
parentes ou conhecidos	35	76,1	2	10,5	
total	46	100	9	100	
Adequação					0,42**
adequado	45	97,8	8	88,8	
Inadequado	1	2,2	1	12,2	
total	46	100	9	100	

*Teste Qui-quadrado

** Teste Exato de Fisher

4.6. Motivos e dificuldades para realização da mamografia

A avaliação de anormalidades mamárias, como motivo para realização da mamografia, foi semelhante nos dois grupos estudados, perfazendo, respectivamente, 23,9% e 22,2% das entrevistadas. Diferenças estatisticamente significativas foram encontradas ao compararmos os motivos de solicitação da mamografia: 18,2% das entrevistadas dos serviços público não sabiam o motivo pelo qual o exame havia sido solicitado pois não receberam explicações do médico atendente, enquanto essa proporção foi de apenas 2,3% no grupo de mulheres atendidas nos serviços privados (Tabela 18).

TABELA 18

Distribuição percentual dos motivos de solicitação da mamografia referidos pelas entrevistadas, de acordo com os serviços de saúde no qual foram atendidas

Motivos de solicitação	Tipo de Serviço de Saúde				p-valor*
	Público		Privado		
	n (472)	%	n (171)	%	
rastreamento	273	57,8	129	75,4	
diagnóstico de anormalidade	113	23,9	38	22,2	< 0,01
não explicado pelo médico	86	18,2	4	2,3	

* Teste Qui-quadrado

As entrevistadas dos serviços públicos com idade superior a 40 anos e que nunca tinham realizado a mamografia totalizaram 164 mulheres. Referiram falta de assiduidade aos serviços de saúde cerca de metade delas (53%), perfazendo 87 participantes do estudo. Entre as assíduas, 77 entrevistadas deste grupo, 61 delas

(79,2%) não tinham realizado a mamografia, até a presente data, pois o exame nunca foi solicitado pelo médico atendente consultado regularmente. Entre elas, somente pouco mais de 10,0%, referiram ter encontrado dificuldades de marcação do exame (Tabela 19).

O número de entrevistadas com as mesmas características encontradas no grupo de usuárias dos serviços privados, por ser muito pequeno, somente seis, não permitiu comparações ou demais análises estatísticas.

TABELA 19

Motivos referidos pelas entrevistadas com idade superior a 40 anos, pelos quais não tiveram oportunidade de realizar a primeira mamografia até este momento

Motivos para não realização da primeira mamografia	Tipo de Serviço de Saúde		
	Público		Privado
	n (164)	%	n (6)
Falta de assiduidade	87	53,0	0
Entrevistadas assíduas	77	47,0	6
Motivos entre as assíduas			
Nunca foi solicitada pelo médico	61	79,2	5
Vergonha ou medo	3	3,9	1
Desconhecimento	5	6,5	0
Dificuldade de marcação	8	10,4	0
total	77	100	6

Cerca de 20,0% das entrevistadas dos serviços públicos demoraram mais que 30 dias para conseguir realizar a mamografia. Percentual muito pequeno delas (4,9%), só conseguiu realizar o exame seis meses após sua solicitação (Tabela 20).

TABELA 20

Distribuição percentual do intervalo de tempo dispendido pelas mulheres entre a solicitação e a realização da mamografia de acordo com o serviço de saúde no qual foram atendidas

Intervalo até a realização da mamografia	Tipo de Serviço de Saúde				p-valor*
	Público		Privado		
	n (472)	%	n (171)	%	
até 30 dias	365	77,3	164	95,9	
de 31 a 180 dias	84	17,8	6	3,5	< 0,01
acima de 180 dias	23	4,9	1	0,6	

* Teste Exato de Fisher

Dentre as entrevistadas que relataram alguma dificuldade para conseguir realizar a mamografia nos serviços públicos (18,2%), a grande maioria (79,1%) referiu a falta de vagas como o motivo predominante. Dificuldades operacionais com a manutenção do equipamento também se fizeram presentes como motivo referido por 15,1% das entrevistadas deste grupo. Novamente os números observados no grupo privado (somente 3) não permitiram comparações (Tabela 21).

TABELA 21

Avaliação percentual da dificuldades referidas pelas entrevistadas para a realização da mamografia de acordo com o serviço de saúde no qual foram atendidas

Dificuldades para realizar a mamografia	Tipo de Serviço de Saúde			
	Público		Privado	
	n (86)	%	n (3)	%
Falta de vagas	68	79,1	1	33,3
Mamógrafo quebrado	13	15,1	0	0,0
Demora para convênio autorizar	0	0,0	2	66,7
Outros	5	5,8	0	0,0

5. Discussão

O presente estudo, ao comparar a utilização da mamografia por mulheres provenientes de diferentes estratos socioeconômicos, demonstrou a influência dessa estratificação na acessibilidade ao rastreamento mamográfico do câncer de mama. As características de utilização da mamografia expressaram, de maneira inequívoca, as diferenças de acesso a esse tipo de procedimento, encontradas pela mulheres atendidas nos serviços públicos de saúde quando comparadas com as usuárias dos serviços privados.

5.1. Acessibilidade aos serviços de saúde e fatores sociodemográficos

A construção de uma sociedade igualitária, onde todos os seus membros usufruam dos benefícios provenientes dos recursos materiais acumulados com o trabalho comunitário, tem sido constante entre os seres humanos. Fundamentadas em diversos princípios, várias tentativas são conhecidas. Na grande maioria das vezes acumularam-se sucessos parciais ou fracassos completos com o decorrer do tempo.

Apesar desta constatação, as nações procuram oferecer aos seus cidadãos, lastreadas pela ética e justiça social, condições mínimas na obtenção de benefícios essenciais para sua subsistência. Vivemos em sociedades pluralistas em termos de recursos materiais, poderosas e fartas ou ainda, exploradas e carentes. No seio delas, alguns indivíduos dispõem destes recursos de maneira mais abundante que outros. É mister das lideranças constituídas, de formas diferenciadas entre os povos (democracia, teocracia, ditadura e outras), zelar para que todos tenham acesso eqüitativo aos benefícios sociais indispensáveis, não havendo interferência da estratificação socioeconômica para se utilizar serviços obtidos com o trabalho universal.

A manutenção de condições individuais de saúde é conseqüência da utilização imparcial de recursos materiais oriundos do trabalho de todos os participantes de uma sociedade. Os agravos às condições individuais de saúde repercutem inicialmente na célula familiar; a seguir, alastram-se para toda comunidade quando a condição geradora da injúria ao bem-estar do cidadão não é exclusividade da pessoa afetada. A sociedade arca sempre com a perda da qualidade de saúde de seus componentes. As desigualdades sociais geram, claramente, desigualdades de saúde entre indivíduos e populações. A provisão de meios para sanar estas disparidades torna-se desafio atual para os governantes de todos os países e nações.

É importante distinguirmos eqüidade em saúde de eqüidade no uso ou no consumo de serviços de saúde. A primeira situação reflete predominantemente uma desigualdade social. Os indivíduos adoecem e morrem influenciados por conjunturas socioeconômicas dos grupos nos quais estão inseridos. A eqüidade no consumo de serviços de saúde, função relativa da efetividade das ações de saúde

desenvolvidas pelas políticas sanitárias, é fundamental para diminuir as desigualdades existentes na condição de saúde individual (TRAVASSOS, 1997).

O consumo de serviços de saúde é influenciado por múltiplos fatores. Não basta oferta adequada para serem utilizados. A busca de cuidados com saúde é afetada inicialmente pela percepção inicial de sua necessidade. A necessidade percebida pelo indivíduo varia de acordo com padrões sociodemográficos e culturais da população. Depende do julgamento pessoal a respeito do binômio saúde-doença, limiar de desconforto e incapacidade física, assim como de sua visão de risco para adoecer (PINHEIRO e ESCOSTEGUY, 2002).

Outro conceito que influencia o consumo de serviços de saúde é a acessibilidade aos mesmos. Abrange diversas dimensões cujo espectro varia desde resistências e dificuldades na obtenção dos benefícios desejados, até corredores de facilitação para atingí-los. Não somente a disponibilidade de recursos garante o acesso aos serviços de saúde, mas também, a quebra de barreiras culturais, econômicas, geográficas e funcionais, entre outras, que impeçam o acesso aos serviços de saúde desejados (PENCHANSKY e THOMAS, 1981; UNGLERT et al., 1987; UNGLERT, 1990).

Ao compararmos o perfil sociodemográfico das entrevistadas, algumas diferenças refletem exclusivamente o estrato econômico do qual as participantes deste estudo emergem. A maioria das entrevistadas atendidas nos serviços públicos de saúde referem renda familiar abaixo de quinhentos reais por mês (R\$ 500,00). Neste grupo existe menor engajamento ao mercado de trabalho e

ainda a participação efetiva em atividades de menor complexidade e diferenciação técnica. Proporção elevada daquelas que desenvolvem atividades relacionadas com a prestação de serviços e comércio desempenham funções em domicílios alheios (empregadas domésticas).

Outro dado que surge da análise sócio-demográfica é o estado marital das entrevistadas. Este fator pode estar intimamente ligado com a renda familiar. Nas mulheres atendidas nos serviços públicos existe proporção maior (16,9%) delas referindo separação matrimonial quando comparadas às atendidas nos serviços privados (4,9%). O impacto negativo na renda doméstica quando a mulher assume sozinha a manutenção da família, incorporando-se ao mercado de trabalho, algumas vezes na informalidade, compromete as possibilidades de acesso aos serviços de saúde por diversos motivos. Além de não contar com a incorporação dos rendimentos masculinos para a manutenção familiar, seus salários são inferiores aos recebidos por trabalhadores do outro gênero e dedicar-se à dupla jornada de atividades, não lhe sobrando tempo para procurar atenção básica à sua saúde. No nosso meio cerca de 17% das mulheres declaram-se esteio financeiro de suas famílias. O número de domicílios brasileiros chefiados exclusivamente por mulheres superou 1/4 de todos os lares no ano de 2000 (IBGE, 2000).

A escolaridade destas mulheres mostra-se inferior àquela referida pelas participantes da outra amostra analisada, onde cerca de 2/3 completaram o ensino médio ou universitário, sendo a taxa de analfabetismo ao redor de 1% do total das entrevistadas. Esta mesma taxa encontra-se ao redor de seis por

cento (6%) nas mulheres atendidas nos serviços públicos, havendo poucas delas que concluíram o ensino médio ou universitário (21,9%).

Na população brasileira observa-se pronunciada miscigenação de povos, de tal sorte que as nossas diferenças étnicas apresentam-se atenuadas quando comparadas com as estratificações raciais realizadas nos EUA (brancos, afro-americanos, hispânicos, asiáticos, indígenas). No entanto, provavelmente, as diferenças socioeconômicas e educacionais em nosso país são mais profundas.

No tocante ao câncer de mama, tanto em relação ao rastreamento, aos meios de tratamento e ao prognóstico (sobrevida), sabe-se que, apesar de existirem fatores raciais envolvidos (JOSLYN e WEST, 2000), a pobreza da população e seu nível educacional influenciam a procura e utilização dos métodos efetivos de rastreamento, assim como o momento adequado para o tratamento da moléstia (FARLEY e FLANERY, 1989; FREEMAN e WASFIE, 1989; RICHARDSON et al., 2001; JIMENEZ-LEE et al., 2003). Não existem estudos no Brasil associando diferenças raciais com o acesso aos serviços de saúde. Portanto, as eventuais diferenças encontradas no uso da mamografia em nosso meio, repousam unicamente no cunho cultural e econômico de sua utilização (BASÉGIO e KOCH, 1998; LAMAS et al., 2000; GODINHO e KOCH, 2002).

5.2. Fatores reprodutivos e risco para câncer de mama

As características reprodutivas das mulheres têm sido aventadas como fatores determinantes do risco para o desenvolvimento do câncer de mama. Neste

particular, a idade da mulher no momento de sua primeira gravidez levada até o termo, principalmente quando ocorrida antes de trinta anos de idade e a presença de períodos de aleitamento exclusivo de sua prole seriam fatores protetores contra o câncer mamário (HELEWA et al., 2002). Nesta pesquisa deparamo-nos com mulheres apresentando características reprodutivas bastante diversas.

O percentual de entrevistadas com número de gestações e paridade acima de três eventos foi maior entre as assistidas nos serviços públicos de saúde. Entre as entrevistadas dos serviços privados havia maior proporção, dez por cento delas, que engravidaram após trinta anos de idade. Nos dois grupos estudados o relato de aleitamento natural foi bastante semelhante, contudo, a duração dos períodos de amamentação foi maior entre as mulheres dos serviços públicos.

Embora não possamos atribuir exclusivamente às diferentes características reprodutivas das mulheres estudadas o encontro de proporção maior delas acometidas pelo tumor de mama entre as usuárias dos serviços privados de saúde, essa associação, apesar do pequeno número absoluto de casos, não pode ser ignorada. As características do emprego da mamografia neste segmento da população também deve exercer efeito promovendo a detecção de maior número de casos da doença.

Casualmente observamos associação interessante entre as características reprodutivas e os antecedentes familiares de câncer mamário. A presença destes antecedentes, assim como o grau de parentesco entre a entrevistada e a pessoa acometida pela doença na família, mostrou-se semelhante em ambos

os grupos estudados. Ao analisarmos exclusivamente o parentesco em primeiro grau deparamos com a diferença que nos chamou atenção.

O caso índice da moléstia, no grupo atendido em serviços públicos de saúde, tratava-se de irmã da entrevistada na grande maioria das vezes (77,8%). No privado, o caso inicial da doença correspondia, na mesma proporção referida anteriormente (75,0%), à mãe da participante da pesquisa. Ficou evidente a inversão da parente, em primeiro grau, acometida pelo câncer mamário nos dois grupos investigados.

Questionamos se a inversão do parente em primeiro grau acometido pelo câncer mamário não estaria relacionada às características reprodutivas diversas das gerações familiares das mulheres entrevistadas. Nos serviços públicos as mães das entrevistadas apresentariam características reprodutivas diferentes das filhas (o caso índice é a irmã da entrevistada) com maior efeito protetor. No grupo privado as mães apresentariam características reprodutivas similares às filhas (o caso índice é a própria mãe) expressando menor efeito protetor em relação ao surgimento da doença.

A constatação acima e as suposições provenientes dos nossos questionamentos não nos permitem qualquer afirmação definitiva. Tratando-se de uma amostra pequena talvez esteja desprovida de validade externa. Acreditamos que prospeções futuras colaborariam para elucidar a casualidade encontrada nesta avaliação, reforçando a influência das características reprodutivas como fator importante na origem do câncer mamário.

5.3. Características de utilização da mamografia (adesão ao rastreamento mamográfico) e formas de acesso aos serviços de saúde

A coleta de informações relacionadas à utilização de serviços médicos, através de inquéritos dirigidos às próprias usuárias, tem sido objeto de diversas avaliações (SUDMAN e BRADBURN, 1973; BRADBURN et al., 1987; GORDON et al., 1993). A preocupação com a fidedignidade dos dados obtidos é relevante, uma vez que a acurácia das informações colhidas desta forma, implicará em julgamentos precisos ou análises totalmente infundadas. Nas informações errôneas existe tendência a diminuir o tempo transcorrido entre a data atual e o momento da realização do procedimento, efeito denominado de viés telescópico de memória (SUDMAN e BRADBURN, 1973).

A preocupação com a acurácia dos inquéritos direcionados para avaliar a utilização da mamografia através das respostas das próprias usuárias suscitou elaboração de variados estudos (KING et al., 1990; DEGNAN et al., 1992; FULTON-KEHOE et al., 1992; ETZI et al., 1994; ZAPKA et al., 1996). A fidelidade das informações concentrava-se no relato da realização ou não do exame em questão, pelo menos em uma oportunidade anterior e recente. A necessidade de dados mais precisos (intervalos entre os exames) requeririam fonte de dados comprobatórias. Estas considerações são fundamentais pois a discussão a seguir baseia-se no fornecimento de dados oriundos da memória das entrevistadas.

As características etárias das mulheres submetidas à mamografia refletem parte do universo de seu emprego no rastreamento do câncer mamário. A idade média das mulheres que estão realizando o procedimento em nosso estudo, ao

redor de 49 anos em ambos os grupos, não difere daquele realizado em Goiânia (GODINHO e KOCH, 2002). Apesar da idade média e a mediana da idade das mulheres da amostra estudada por POPLACK et al. (2000), situarem-se além dos nossos valores (54,5 +/- 11,8 anos e 53 anos respectivamente), 92% delas relataram ao menos uma mamografia anterior, denotando a magnitude da cobertura deste exame naquela nação.

Completamente diversa e assustadora é a nossa realidade. Nesta pesquisa, aproximadamente metade das entrevistadas assistidas nos serviços públicos (45,8%) não tinham realizado, até o momento, nenhum exame de mamografia. Proporção semelhante de primeiros-exames foi observada por GODINHO e KOCH (2002) entre as mulheres de Goiânia que realizaram a mamografia em hospital público. Dados mais contundentes foram levantados no Rio Grande do Sul e no Distrito Federal onde percentual superior a oitenta por cento (80%) das mulheres avaliadas estavam fazendo a mamografia pela primeira vez (BASÉGIO e KOCH, 1998; LAMAS et al., 2000).

Esta não é a proporção observada entre as entrevistadas assistidas nos serviços privados de saúde. Inversamente nesta pesquisa, cerca de oitenta por cento (79,5%) delas já tinham realizado ao menos uma mamografia no decorrer de suas vidas. Existe portanto uma similaridade na freqüência de utilização deste exame entre as mulheres brasileiras atendidas pelos sistemas suplementares de saúde e as norte-americanas (POPLACK et al., 2000; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2004).

A grande diferença entre as duas realidades reside na comparação da cobertura privada do sistema de saúde. Nos EUA, de acordo com dados de 1992, 80% das mulheres na faixa etária de 40 a 64 anos de idade, possuíam alguma forma de seguro-saúde. Somente doze por cento destas (12%) não estavam inscritas nos planos de saúde, quer privados ou públicos, daquele país (MAKUC et al., 1994). No Brasil as pessoas possuidoras deste mesmo benefício social correspondem somente a 23% da totalidade da população, inclusive, com diferenças regionais importantes (IBGE, 2000). Portanto, aliando-se pequena utilização de planos privados de saúde e menor emprego de exames de mamografia na população assistida pelo sistema público cremos na limitada abrangência da cobertura deste procedimento na nossa população.

As projeções intercensitárias estimaram para Taubaté, no ano de 2003, população de cerca de 252.000 habitantes. Destes, 39.590 são mulheres com idade superior a 40 anos. Como já relatado anteriormente, a cidade possui disponibilidade de seis aparelhos de mamografia: dois utilizados exclusivamente nos serviços públicos, outros três trabalhando somente no sistema suplementar e o último deles oferecendo exames para ambos os sistemas de saúde. Nesta área geográfica, o sistema de saúde suplementar assegura acesso aos serviços médicos para cerca de trinta e três por cento de toda a população (IBGE, 2000).

Foram realizadas na cidade de Taubaté, durante o ano de 2003, 8231 mamografias nos serviços públicos de saúde e 8769 destes exames nos privados. A cobertura dos exames de mamografia, oferecida às mulheres com mais de 40 anos de idade da cidade de Taubaté, supondo-se a realização bienal do

procedimento entre 41 e 50 anos de idade e anual a partir de então, mostrou-se, nos serviços públicos de saúde (38,27%), aquém do ideal para programas que visam o rastreamento do câncer mamário (DAY et al.,1989; DAY, 1991; FERREIRA et al., 1998). Esta mesma cobertura, para aquelas inscritas nos planos de saúde suplementares (68,9%), encontra-se nos mesmos patamares observados nos países desenvolvidos (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2004).

No ano de 2003 foram realizadas em todo o Brasil, segundo dados do INCA, 2.200.000 mamografias, quando o número desejado destes procedimentos seria ao redor de nove milhões de exames. A cobertura oferecida no âmbito da nação, utilizando os mesmos critérios anteriormente propostos (16,1%), mostra-se ainda inferior às observadas no ambiente regional. É preocupante o fato do Ministério da Saúde do Brasil, em recente documento de consenso para diagnóstico e tratamento do câncer de mama, propor reduzir a mortalidade decorrente do câncer de mama em 20% com tarefa tão homérica a ser cumprida (BRASIL, 2004c). Estamos, portanto, no setor público de saúde, distantes da realidade observada em outras nações.

A mamografia, inequivocamente, é ainda privilégio de mulheres dos estratos sociais mais abastados do nosso país. As diferenças étnicas e raciais, na área do rastreamento mamográfico, foram minimizadas nos EUA. Os programas e outras atividades com intuito de promover o rastreamento mamográfico entre as minorias étnicas foram coroados de sucesso em algumas comunidades (JONES et al., 2003). De acordo com pesquisas patrocinadas por fundações norte-americanas (HENRY J. KAISER FAMILY FOUNDATION, 2004) a proporção de

afro-americanas, mulheres de origem latina e brancas que não realizaram a mamografia nos últimos dois anos foi praticamente similar. Vinte e sete por cento das mulheres entrevistadas, não importando a sua etnia, negaram o uso deste exame nos dois anos anteriores à pesquisa.

A adesão às recomendações promovidas pelas agências oficiais, quanto ao rastreamento mamográfico do câncer, torna-se fator fundamental para se atingir objetivo desta medida de saúde pública. A primeira norma a ser seguida é a idade ideal para início da realização dos exames. Apesar da discussão acalorada, suscitada por este tópico, a maioria recomenda a idade de 40 anos como marco inicial. MICHAELSON et al. (2002), avaliando a utilização da mamografia, na década passada, no Massachusetts General Hospital, concluíram que a idade inicial média, girava ao redor de 50 anos para metade da população atendida naquele serviço. Somente 20% iniciou o rastreamento de acordo com as recomendações oficiais.

Entre as mulheres que estavam repetindo a mamografia no presente estudo, a idade referida de realização do primeiro exame foi bastante semelhante entre os grupos (46,4 e 45,2 anos respectivamente nos serviços públicos e privados), no entanto, ao pesquisarmos esta característica entre aquelas com assiduidade aos serviços médicos, as usuárias dos serviços privados referiram idade inferior de realização da primeira mamografia (44,8 anos) quando comparadas às beneficiárias dos públicos (46,2 anos). Não foi observada diferença na idade de realização da primeira mamografia entre as usuárias assíduas e aquelas que procuravam esporadicamente os serviços públicos de saúde.

A adesão ao início do rastreamento mamográfico fica mais evidente ainda, em usuárias dos serviços privados, ao compararmos a idade de realização da primeira mamografia entre aquelas que estão repetindo o exame e as que o realizam, atualmente, pela primeira vez. A idade das mulheres deste grupo no momento de realização da primeira mamografia varia de 45,2 anos, entre as que estão repetindo o exame, para 40,2 anos e 38,2 anos, respectivamente, entre aquelas que o realizam pela primeira vez e são assíduas aos serviços de saúde. A proporção das entrevistadas assíduas deste grupo, que tem a primeira mamografia solicitada acima de 50 anos de idade, é muito baixa (3,6%).

Entre as entrevistadas dos serviços públicos, a adesão, no tocante a idade de realização da primeira mamografia, não revelou diferenças independente de estarem repetindo (46,4 anos) ou realizando o exame pela primeira vez (46,8 anos). Entre as que procuram regularmente os serviços médicos públicos, podemos notar diminuição da idade de realização da primeira mamografia, porém mantendo-se acima de 40 anos de idade (44,8 anos). Mesmo entre as assíduas aos serviços médicos deste grupo, existe grande proporção delas (21,3%) realizando seu primeiro exame após 50 anos de idade

A constatação destes fatos permite-nos afirmar que pouco se tem modificado quanto ao início do rastreamento entre as beneficiárias dos serviços públicos. As recomendações para iniciar o rastreamento mamográfico a partir de 40 anos de idade surtiram melhor efeito na população assistida no sistema suplementar. A adesão das mulheres ao início do rastreamento esta diretamente relacionada à recomendação do médico consultado (MACDOWELL et al., 2000), à intenção do

agente financiador do exame (MAYNE e EARP, 2003) e às disparidades relacionadas ao estrato socioeconômico dos indivíduos, como escolaridade, acesso à informação e a serviços médicos de prevenção secundária (SCHOOTMAN et al., 2003).

Muitos esforços direcionaram-se no intuito de estimular e oferecer possibilidades para que as mulheres realizem a primeira mamografia. O rastreamento periódico, a intervalos regulares, obedecendo às recomendações vigentes, assume também importância capital na detecção precoce do câncer de mama. Vários estudos têm mostrado que a adesão ao rastreamento periódico e o cumprimento às orientações para se repetir a mamografia regularmente são freqüentemente negligenciadas (JOHNSON et al., 1996; YOOD et al., 1999; MICHAELSON et al., 2002).

A falta de adesão às recomendações de rastreamento periódico do câncer de mama em mulheres de estratos socioeconômicos inferiores é comum (FRAZIER et al., 1996; FERNANDEZ et al., 1998; BREEN et al., 2001; SABOGAL et al., 2001). A irregularidade nos intervalos de repetição da mamografia é comumente observada em mulheres inscritas nos planos de saúde públicos dos EUA, principalmente entre as idosas, as minorias étnicas, aquelas vivendo em áreas de pobreza e possuindo baixa escolaridade (SABOGAL et al., 2001). As taxas de repetição da mamografia, quinze e vinte e sete meses após o exame inicial, em mulheres negras e residindo em bolsões de pobreza (SONG e FLETCHER, 1998) foi muito menor, respectivamente 25,7% e 45,0%, do que as observadas (66,0%) em mulheres inscritas em plano de saúde pré-pago (YOOD et al., 1999).

Estranhamente os resultados desse estudo não concordavam com toda a literatura pesquisada a esse respeito. O intervalo de repetição entre as mamografias, nos dois grupos avaliados, revelou-se semelhante e condizente com as orientações atuais. No entanto ao analisarmos a freqüência de realização do exame constatamos que a maioria das entrevistadas dos serviços públicos (51,2%) referia somente uma mamografia anterior. Entre as mulheres provenientes dos serviços privados esta freqüência, que espelha o cumprimento às recomendações de rastreamento periódico, era maior. Praticamente dois terços destas entrevistadas (64,7%) estavam realizando a mamografia ao menos pela terceira vez consecutiva.

Muito embora, a proporção de rastreamento periódico aumente progressivamente com a assiduidade e idade das entrevistadas dos dois grupos estudados, entre as mulheres com idade superior a 50 anos, nota-se percentual importante, respectivamente 26,2% e 27,3% nos grupos públicos e privados, cujos intervalos de repetição da mamografia ultrapassam 24 meses. Evidencia-se, portanto, falta parcial, porém não desprovida de significado, do cumprimento às recomendações de rastreamento periódico próprias para esta faixa etária. Estes percentuais poderão ser maiores uma vez que o viés telescópico de memória, descrito por SUDMAN e BRADBURN (1973), interfere na veracidade deste tipo de informação.

Aumentar a adesão às normas de rastreamento do câncer mamário é o objetivo primordial dos programas direcionados para diminuição da mortalidade ocasionada por esta patologia. O papel das instituições promotoras de cuidados com a saúde da população não se restringe ao suporte operacional para

realização dos exames necessários. Os membros participantes do atendimento às mulheres na faixa etária adequada de tais ações, têm importância crucial para que se alcance o objetivo proposto. A ignorância das mulheres a respeito da detecção precoce do câncer de mama e a possibilidade de seu tratamento definitivo nos estágios iniciais da moléstia mantém-se como a maior barreira para a aderência às normas adequadas de rastreamento desta patologia (WEINBERG et al., 1997; HALABI et al., 2000; LAGERLUND et al., 2000).

5.4. O papel dos agentes de saúde no rastreamento mamográfico do câncer de mama

Os agentes de saúde perdem oportunidades preciosas para educar a população no que tange às ações de rastreamento de algumas patologias. O atendimento cujo alvo principal é a resolução de doenças agudas não se coaduna com objetivos de detecção precoce de certas moléstias. Estas só serão descobertas através da instituição de programas específicos e da motivação, inicialmente dos agentes de saúde, e da própria população. A postura do médico consultado, assim como de outros profissionais atuantes nos locais de atendimento das mulheres, como orientador de suas clientes, reforça ou elimina barreiras impostas à prevenção secundária do câncer de mama (NCI, 1990; COSTANZA et al., 1992; MARINHO, 2001).

Esta pesquisa revela a figura do médico como principal fonte fornecedora de conhecimento a respeito do rastreamento do câncer de mama, particularmente entre as usuárias dos serviços públicos. Neste grupo, no entanto, pouco mais de

um terço das mulheres (38,3%) declarou ter recebido algum tipo de informação, sendo ínfima a participação dos serviços auxiliares à consulta médica neste tipo de intervenção (5,3%). Parece-nos que o papel dos serviços auxiliares à consulta médica, inexistente nos consultórios particulares, foi completamente esquecido nos serviços públicos.

Considerando a fraca atuação educativa dos agentes específicos de saúde, na promoção do rastreamento do câncer de mama, é admirável o percentual de mulheres, usuárias de serviços públicos, que demonstram adequação de conhecimento a respeito do intervalo de realização entre as mamografias (55,6%). Somente um terço destas (33,1%), no entanto, responde corretamente quando inquiridas sobre a idade ideal para se iniciar o rastreamento da moléstia. A adequação do conhecimento a respeito das características de utilização da mamografia é maior entre as mulheres atendidas nos serviços privados. Proporção superior a setenta por cento (70%) das entrevistadas destes serviços responderam corretamente às questões formuladas, demonstrando possuir informações pertinentes sobre o assunto.

Uma vez que os possuidores dos conhecimentos adequados, os serviços de saúde, eximem-se de sua tarefa educativa, as mulheres menos privilegiadas sócio-culturamente obtêm informações através da mídia e em “conversas com amigas e parentes”. São conhecidos vários programas de rádio e televisão que freqüentemente expõem este tema para a população. A restrição aos veículos da mídia escrita, em virtude de seu custo, que abordam esporadicamente este assunto (BUCHALLA, 2003; FIGUEIREDO e COLLUCCI, 2004), não impede que

pequenas publicações, elaboradas com alguma finalidade comercial, insiram informações valiosas atingindo estas mulheres e promovendo conhecimento adequado a respeito da mamografia (INSTITUTO AVON, 2003).

O papel das entidades e agentes de saúde frente a problemática do câncer cérvico-uterino surtiu o efeito desejado. A mesma abordagem, promovendo esclarecimentos a respeito do câncer de mama e seu rastreamento eficaz, deverá ser seguida, de maneira constante e persistente, para que o conhecimento fique sedimentado entre as mulheres na faixa etária de maior risco.

5.5. Indicações, motivos e dificuldades para a realização da mamografia

A realização da mamografia abrange as mulheres sintomáticas, onde a utilização direciona-se para confirmação ou não da suspeita clínica, e aquelas assintomáticas, nas quais o objetivo liga-se a detecção precoce do câncer mamário. No decorrer das décadas a proporção entre estas duas formas de emprego do procedimento foi sendo modificada paulatinamente (HOWARD, 1987; ZAPKA et al., 1989; BREEN et al., 1994; POPLACK et al., 2000; BREEN et al., 2001; GODINHO e KOCH, 2002). A dramática mudança na maneira de utilização da mamografia ocorreu a partir de meados dos anos 80. Naquele momento, aproximadamente 46% das mulheres citavam a presença de achados clínicos anormais em suas mamas como a razão principal para terem realizado a mamografia (FOX et al., 1985).

A utilização da mamografia em mulheres sintomáticas, no presente estudo, correspondeu aproximadamente a um quarto (1/4) das entrevistadas de ambos os grupos. Proporção semelhante deste tipo de indicação da mamografia foi encontrada no estudo de GODINHO e KOCH (2002) porém, POPLACK et al. (2000), relatam somente cerca de onze por cento (11,43%) de mamografias realizadas com esta finalidade em sua amostra.

Além de utilizarmos a mamografia em um percentual elevado de pacientes após o surgimento de queixas mamárias, muitas das usuárias dos serviços públicos (18,2%) não sabiam o motivo pelo qual estavam sendo submetidas a este procedimento. Não lhes foi fornecida qualquer informação sobre a necessidade de realização do presente exame. Este fato não alterou a análise das indicações da mamografia, uma vez que nenhuma destas entrevistadas apresentava sintomatologia mamária. Somando-se este contingente de mulheres àquelas conhecedoras do motivo de solicitação, os dois grupos apresentaram percentuais semelhantes de indicações relacionadas com rastreamento do câncer mamário. Este fato não nos distancia do relato de FOX et al.(1985) há três décadas atrás, quando 26% de suas entrevistadas não conheciam a razão da indicação da mamografia. Demonstra-se assim, mais uma vez, que estamos perdendo oportunidades para diminuir a ignorância das mulheres em relação a detecção precoce desta patologia através do emprego da mamografia.

Mais da metade das entrevistadas (53,0%) assistidas pelos serviços públicos, que nunca tinham feito a mamografia anteriormente não freqüentavam regularmente os postos de atendimento médico. A falta de assiduidade é fator importante no

cumprimento às normas de rastreamento mamográfico do câncer de mama. As mulheres assíduas aos serviços de saúde públicos, que nunca tinham realizado a mamografia até o presente momento (setenta e sete entrevistadas), referiram como o motivo principal para falta de adesão às normas de rastreamento mamográfico, a ausência de solicitação deste exame por parte dos médicos consultados (79,2%). Mantêm-se defeitos os elos da corrente de participação dos incentivadores do rastreamento mamográfico já descritos anteriormente (FOX et al.,1985; NCI, 1990; VIEIRA e KOCH, 1999; MARINHO, 2001).

A somatória desses fatores (falta de assiduidade aos serviços de saúde, ausência de solicitação do exame por parte do médico consultado e a perda de oportunidades para motivar o rastreamento do câncer de mama entre as mulheres), coloca em risco as tentativas para aumentar a cobertura do rastreamento mamográfico. Ações dirigidas para a capacitação e motivação dos agentes de saúde devem ser implementadas. Outras, buscando atingir as mulheres em todas as oportunidades de sua permanência nos serviços de saúde ou em suas atividades comunitárias, foram bem sucedidas e deverão ser adotadas caso desejemos reverter a nossa realidade (KOROLTCHOUK et al.,1990; VALDEZ et al., 2001; HIATT et al., 2001; EARP et al., 2002; MARKENS et al., 2002).

5.6. A nossa realidade e perspectivas

A cidade de Taubaté otimizou o rastreamento mamográfico a partir de outubro de 2002 quando a prefeitura municipal adquiriu e instalou um mamógrafo

para atender a população. A demanda, até então reprimida, está sendo rapidamente satisfeita. Os exames anteriormente marcados com antecedência, sujeitos a espera muito longa e condizente com outros estudos (GODINHO e KOCH, 2002), atualmente são realizados no mesmo dia de sua solicitação.

As condições para mudança deste panorama em nosso meio, parecem-nos bastante favoráveis. Devemos ser otimistas. O primeiro passo para solucionar o rastreamento do câncer mamário em Taubaté já foi implementado. A melhora da renda do cidadão brasileiro, modificando sua estratificação social, mostra-se objetivo obstruído, de imediato, por conjunturas macro-econômicas desfavoráveis, somente alteradas com políticas estruturais e de longo prazo. Todas as outras condições estão ao nosso alcance: postura médica orientando o início do rastreamento mamográfico e sua repetição em idade e intervalos oportunos, acessibilidade facilitada aos meios de prevenção secundária do câncer de mama, havendo possibilidade de aumento imediato de cobertura com os instrumentos já instalados e a demonstração objetiva do agente financiador público em reduzir a mortalidade decorrente desta patologia (BRASIL, 2004a).

Não existe sociedade sem câncer. Não existe sociedade sem doenças. No entanto, todas têm seu ciclo e a humanidade sempre descobriu seus agentes causais, mecanismos de desenvolvimento e patogênese; sempre procurou tratá-las e quando não obteve cura definitiva ou erradicação da moléstia procurou, ao máximo, minimizar o sofrimento de seu portador. Até o presente momento devemos considerá-la a grande vencedora na batalha contra as doenças e, até mesmo,

contra o câncer. Os exemplos são tantos e tão conhecidos que não preciso citá-los. Enumerá-los seria por demais enfadonho e cansativo.

A tarefa para reduzirmos a mortalidade ocasionada pelo câncer de mama parece-nos homérica, porém, jamais impossível de realizar. Basta que ao invés de questionarmos tudo aquilo feito anteriormente (GØTZSCHE e OLSEN, 2000) debruçemo-nos sobre as dificuldades, arregimentemos todas as nossas forças e façamos propostas para sobrepujar mais este desafio. Muito temos feito. As mulheres merecem ainda mais. Tenho certeza seremos novamente vencedores.

6. Conclusões

1. Evidenciaram-se diferenças sóciodemográficas e reprodutivas entre as entrevistadas associadas com ao tipo de serviço de saúde utilizado. As reprodutivas mostraram diferentes freqüências quanto ao número de gestações, a idade de ocorrência da primeira gravidez de termo e a duração do período de aleitamento natural.
2. Notou-se uma maior proporção de entrevistadas nos serviços públicos realizando a mamografia pela primeira vez, denotando demanda a ser satisfeita neste segmento da população. A idade de início do rastreamento mamográfico foi mais precoce, assim como, a freqüência de realização da mamografia foi maior entre as mulheres atendidas nos serviços de saúde privados. O intervalo de repetição entre os exames mostrou-se semelhante nos dois grupos estudados, porém influenciado pela freqüência de realização do procedimento. A adesão às normas do rastreamento mamográfico foi maior entre as mulheres atendidas nos serviços privados, no entanto, comprovaram-se falhas no cumprimento destas diretrizes em ambos os grupos estudados.

3. A adequação do conhecimento a respeito da mamografia foi menor entre as mulheres atendidas nos serviços públicos de saúde. O papel educativo dos agentes de saúde, principalmente aqueles de suporte à consulta médica, revelou-se muito aquém do esperado e de suas eventuais potencialidades para estimular o rastreamento mamográfico entre as mulheres com este tipo de acesso aos serviços de saúde.

4. O principal motivo encontrado para realização da mamografia, em ambos os grupos estudados, foi o rastreamento do câncer mamário. No entanto, percentual elevado de mulheres estavam realizando este exame na vigência de sintomatologia mamária. Proporção considerável das mulheres atendidas nos serviços públicos desconhecia a razão de solicitação da mamografia. A falta de assiduidade aos serviços de saúde, assim como a ausência de solicitação do exame de mamografia por parte dos médicos atendentes, foram fatores de demora no início do rastreamento mamográfico entre as mulheres assistidas nos serviços públicos. A falta de vagas não foi motivo de impedimento ao acesso à mamografia, demonstrando que apesar de existir demanda a ser satisfeita nos serviços públicos, esta poderá ser cumprida adequadamente.

7. Referências Bibliográficas

AMERICAN CANCER SOCIETY. **American cancer statistics** 2004 [on line]. Atlanta (USA); 2004. Disponível em: <http://www.cancer.org/docroot/pro/content/pro_1_1_Cancer_statistics_2004_presentation.asp>. Acesso em: 20 de abril de 2004.

ALLEN, C.; COX, E.B.; MANTON, K.G.; COHEN, H.J. Breast cancer in the elderly: Current patterns of care. **Am Geriatr Soc**, 34:637-42, 1986.

ANDERSSON, I.; ASPEGREN, K.; JANZON, L.; LANDBERG, T.; LINDHOLM, K.; LINELL, F. et al. Mammographic screening and mortality from breast cancer: the Malmö mammographic screening trial. **Br Med J**, 297:943-8, 1988.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. Declaração de Helsinki: princípios éticos para as investigações médicas em seres humanos [on line]. Revisada na 52^a. assembléia geral, Edimburgo; 2000. Disponível em http://www.wma.net./s/policy/17-c_s.html>. Acesso em: 10 de agosto de 2002.

BAILAR, J.C. III. Mammography: A contrary view. **Ann Intern Med**, 84:77-84, 1976.

BAKER, L.H. Breast Cancer Detection Demonstration Project: Five year summary report. **CA Cancer J Clin**, 32:196-229, 1982.

BARCIELLI, A.; PACI, E.; BALZI, D.; GEDDES, M.; GIORGI, D.; ZAPPA, M. et al. Population-based breast cancer survival. Mammography screening activities in central Italy. **Cancer**, 74:3126-34, 1994.

- BARROS, A.C.S.D.; PINOTTI, J.A. Estratégias para a prevenção primária do câncer de mama. **Femina**, 7:459-65, 2001.
- BASÉGIO, D.L.; KOCH, H.A. Formas de diagnóstico do câncer de mama na mulher gaúcha. **Rev Bras Mastol**, 8:64-71, 1998.
- BASSET, M.T.; KRIEGER, N. Social class and black-white differences in breast cancer recurrence and survival. **Am J Public Health**, 76:1400-3,1986.
- BERNSTEIN, A.B.; THOMPSON, G.B.; HARLAN, L.C. Differences in rates of cancer screening by usual source of medical care. **Medical Care**, 29:196-209, 1991.
- BJURSTAM, N.; BJÖRNELD, L.; DUFFY, S.W.; SMITH, T.C.; CAHLIN, E.; ERIKSSON, O. et al. The Gothenburg breast screening trial: first results on mortality, incidence, and mode of detection for women ages 39-49 years at randomization. **Cancer**, 80:2091-9, 1997.
- BJURSTAM, N.; BJÖRNELD, L.; WARWICK, J.; SALA, E.; DUFFY, S.W.; NYSTRÖM, L. et al. The Gothenburg breast screening trial. **Cancer**, 97:2387-96, 2003.
- BLUSTEIN, J. Medicare coverage, supplemental insurance, and the use of mammography by older women. **New Engl J Med**, 322:1138-43,1995.
- BOBO, J.K.; DEAN, D.; STOVALL, C.; MENDEZ, M.; CAPLAN, L. Factors that may discourage annual mammography among low-income women with access to free mammograms: a study using multi-ethnic, multiracial focus groups. **Psychol Reports**, 85:405-16, 1999.
- BRADBURN, N.; RIPS, L.; SHEVELL, S. Answering autobiographical questions: the impact of memory and inference on surveys. **Science**, 236:157-61, 1987.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF), 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resoluções/Reso196de96.doc>>. Acesso em: 10 de agosto de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus-Informações de Saúde. Produção ambulatorial do SUS – São Paulo: mamografia bilateral. São Paulo, 2000. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sai/cnv/pasp.def>>. Acesso em: 10 de agosto de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativas para incidência e mortalidade por câncer 2002. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inca/realeases/press_estimativas2002.html>. Acesso em: 01 de junho de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Controle do Câncer de Mama. Documento de Consenso. Rio de Janeiro, 2004a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/publicações/ConsensoIntegra.pdf>>. Acesso em : 04 de maio de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil – 2003. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 de abril de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa Viva Mulher. Rio de Janeiro, 2004b. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo__view.asp?id=140>. Acesso em: 15 de março de 2004.

BREEN, N.; KESSLER, L. Changes in the use of screening mammography: evidence from the 1987 and 1990 National Health Interview Surveys. ***Am J Public Health***, 84:62-7, 1994.

BREEN, N.; WAGENER, D.K.; BROWN, M.L.; DAVIS, W.W.; BALLARD-BARBASH, R. Progress in cancer screening over a decade: results of cancer screening from the 1987, 1992, and 1998 National Health Interview Surveys. ***J Natl Cancer Inst***; 93:1704-13, 2001.

BRINTON, L.A.; SCHAIRER, C.; HOOVER, R.N.; FRAUMENI, J.F. Menstrual factors and risk or breast cancer. ***Cancer Invest***; 6:245-54, 1988.

- BROWN, M.L. Economic considerations in breast cancer screening of older women. *J Gerontol*, 47:51-8, 1992.
- BUCHALLA, A.P. Check-up: você ainda vai fazer um. *Veja*, São Paulo, 23 de abril 2003. Medicina. p.74.
- CAPLAN, L.S. Disparities in breast cancer screening: Is it ethical? *Public Health Rev*; 25:31-41, 1997.
- CHIC, W.C.; HSIEH, C.; NEWCOMB, P.A.; LONGNECKER, M.P.; MITTENDORG, R.; GREENBERG, E.R. et al. Age at any full-term pregnancy and breast cancer risk. *Am J Epidemiol*, 151:715-22, 2000.
- CHU, K.C.; SMART, C.R.; TARONE, R.E. Analysis of breast cancer mortality and stage-distribution by age for the Health Insurance Plan Study: a randomized trial with breast cancer screening. *J Natl Cancer Inst*, 80:1125-32, 1988.
- CLAVEL-CHAPELON, F.; LAUNOY, G.; AUQUIER, A.; GIRARD, B.; BRÉMOND, A.; PIANA, L. et al. Reproductive factors and breast cancer risk. Effect of age at diagnosis. *Ann Epidemiol*, 5:315-20, 1995.
- COLLETTE, J.H.A.; DAY, N.E.; ROMBACH, J.J.; WAARD, F. Evaluation of screening for breast cancer in a non-randomized study (the DOM project) by means of a case-control study. *Lancet*; 1:1224-6, 1984.
- COSTANZA, M.E.; STODDARD, A.M.; ZAPKA, J.G.; GAW, V.P.; BARTH, R. Physician compliance with mammography guidelines: barriers and enhancers. *J Am Board Fam Pract*; 5:231-2, 1992.
- DAY, N.E.; WILLIAMS, D.R.R.; KHAW, K.T. Breast cancer screening programmes: the development of a monitoring and evaluation system. *Br J Cancer*; 59:954-8, 1989.
- DAY, N.E. Screening for breast cancer. *Br Med Bull*, 47:400-15, 1991.

DAYAL, H.H.; POWER, R.N.; CHIU, C. Race and socio-economic status in survival from breast cancer. **J Chron Dis**, 35:675-83, 1982.

DEGNAN, D.; HARRIS, R.; RANNEY, J.; QUADE, D.; EARP, J.O.; GONZALES, J. Measuring the use of mammography: two methods compared. **Am J Public Health**, 82:1386-8, 1992.

DU BOIS, A. Mammography screening: no reliable supporting evidence? **Lancet**; 360:719-20, 2002.

DUFFY, S.W.; TABAR, L.; CHEN, H.; HOMMQVIST, M.; YEN, M.; ABDSALAH, S. et al. The impact of organized mammography service screening on breast carcinoma mortality in seven swedish counties: a collaborative evaluation. **Cancer**, 95:458-69, 2002.

EARP, J.A.; ENG, E.; O'MALLEY, M.S.; ALTPETER, M.; RAUSCHER, G.; MAYNE, L. et al. Increasing use of mammography among older, rural african american women: results from a community trial. **Am J Public Health**, 92:646-54, 2002.

EDDY, M.D.; HASSELBLAD, V.; MCGIVNEY, W.; HENDEE, W. The value of mammography screening in women under age 50 years. **JAMA**, 259:1512-9, 1988.

EGAN, R.L. Mammography, an aid to diagnosis of breast cancer. **JAMA**, 182:839-43, 1962.

ENG-HEN, N.G.; FOOK-CHEONG, N.G.; TAN, P.H.; LOW, S.C.; CHIANG, G.; TAN, K.P. et al. Result of intermediate measures from a population-based, randomized trial of mammography screening prevalence and detection of breast carcinoma among asian Women. The Singapore breast screening project. **Cancer**, 82:1521-8, 1998.

ETZI, S.; LANE, D.S.; GRIMSON, R. The use of mammography vans by low-income women: the accuracy of self-reports. **Am J Public Health**, 84:107-9, 1994.

EWERTZ, M.; DUFFY, S.W.; ADAMI, H.O.; KVALE, G.; LUND, E.; MELLEMGAAARD, A. et al. Age at first birth, parity and risk of breast cancer: a meta-analysis of eight studies from the Nordic countries. *Int J Cancer*, 46:597-603, 1990.

FARLEY, T.A.; FLANNERY, J.T. Late-stage diagnosis of breast cancer in women of lower socioeconomic status: public health implications. *Am J Public Health*, 79:1508-12, 1989.

FEIG, A.S.; D'ORSI, C.; HENDRICK, E. American College of Radiology guidelines for breast cancer screening. *AJR*, 171:29-33, 1998.

FERNADEZ, M.E.; TORTOLERO-LUNA, G.; GOLD, R.S. Mammography and Pap test screening among low-income foreign-born Hispanic women in the USA. *Cad Saúde Pública*, 14(sup.3):133-47, 1998.

FERREIRA, R.S.; PEIXOTO, J.E.; KOCH, H.A. Mamografias de alta resolução: uma avaliação do risco e do benefício. *Radiol Bras*, 31:221-6, 1998.

FIGUEIREDO, T.; COLLUCCI, C. Meta exige 300% a mais de mamografias. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 3 de abril de 2004. cad. FOLHACOTIDIANO. p. c1.

FISHER, B.; ANDERSON, S.; FISHER, E.R.; REDMOND, C.; WICHERHAM, D.L.; WOLMAR MAMOUNAS, E.P. et al. Significance of ipsilateral breast tumor recurrence after lumpectomy. *Lancet*, 338:327-31, 1991.

FLETCHER, S.W.; ELMORE, J.G. Mammography screening for breast cancer. *N Engl J Med*, 348:1672-80, 2003.

FOX, S.; BAUM, J.K.; KLOS, D.S.; TSOU, C.V. Breast cancer screening: the under use of mammography. *Radiology*, 156:607-11, 1985.

FRAZIER, E.L.; JILES, R.B.; MAYBERRY, R. Use of screening mammography and clinical breast examinations among black, Hispanic, and white women. *Prev Med*, 25:118-25, 1996.

FREMANN, H.P.; WASFIE, T.J. Cancer of the breast in poor black women. **Cancer**, 63:2562-9, 1989.

FRISELL, J.; GLAUS, U.; HELLSTROM, L. Randomized mammographic screening for breast cancer in Stockolm. Design, first round results and comparisons. **Breast Cancer Res Treat**, 8:45-54, 1986.

FRISELL, J.; EKLUND, G.; HELLSTROM, L.; LIDBRINK, E.; RUTQVIST, L.E.; SOMELL, A. Randomized study of mammographiy screening: preliminary report on mortality in the Stockholm trial. **Breast Cancer Res Treat**, 18:49-56, 1991.

FULTON-KEHOE, D.; BURG; M.A.; LANE, D.S. Are self-reported dates of mammograms accurate? **Pub Health Rev**; 20:233-40, 1992.

GERSHON-COHEN, J.; INGLEBY, H.; MOORE, L. Can mass x-ray surveys be used in detection of early cancer of breast? **JAMA**, 161:1069-71, 1956.

GODINHO, E.R.; KOCH, H.A. 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**, 35:139-45, 2002.

GORDON, N.H.; CROWE, J.P.; BRUMBERG, D.J.; BERGER, N.A. Socioeconomic factors and race in breast cancer recurrence and survival. **Am J Epidemiol**, 135:609-18, 1992.

GORDON, N.; HIATT, R.; LAMPERT, I. Concordance of self-reported data and medical record audit for six cancer screening procedures. **J Natl Cancer Inst**, 85:566-70, 1993.

GØTZSCHE, P.C.; OLSEN, O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? **Lancet**, 355:129-34, 2000.

GØTZSCHE, P.C. Beyond randomized controlled trials. Organized mammography screening substantially reduces breast carcinoma mortality. **Cancer**, 94:578-81, 2002.

GREENLEE, R.T.; MURRAY, T.; BOLDEN, S.; WINGO, P.A. Cancer statistics, 2000. **CA Cancer J Clin**, 50:7-33, 2000.

HAKAMA, M.; PUKKALA, E.; HEIKKILÄ, M.; KALLIO, M. Effectiveness of public health policy for breast cancer screening in Finland: population based cohort study. **BMJ**, 314:864-7, 1997.

HALABI, S.; SKINNER, C.S.; SAMSA, G.P.; STRIGO, T.S.; CRAWFORD, Y.S.; RIMER, B. Factors associated with repeat mammography screening. **J Fam Pract**, 49:1104-12, 2000.

HARDY, E.E.; PINOTTI, J.A.; OSIS, M.J.D.; FAÚNDES, A. Variáveis reprodutivas e risco para câncer de mama: estudo caso-controle desenvolvido no Brasil. **Bol Sanit Panam**, 115:93-101, 1993.

HELEWA, M.; LEVESQUE, P.; PROVENCHER, D.; LEA, R.H.; ROSOLOWICH, V. Breast cancer, pregnancy, and breastfeeding. **J Obstet Gynaecol Can**, 24:164-80, 2002.

HENRY J. KAISER FAMILY FOUNDATION. Racial and ethnic disparities in women's health coverage and access to care. Disponível em: <<http://www.kff.org>>. Acesso em: 22 de abril de 2004.

HENSCHKE, U.K.; LEFFALL, L.D.; MASN, C.H.; REINHOLD, A.W.; SCHNEIDER, R.L.; WHITE, J.E. Alarming increase of the cancer mortality in the US black population(1950-1967). **Cancer**, 31:763-8, 1973.

HIATT, R.A.; PASICK, R.J.; STEWART, S.; BLOOM, J.; DAVIS, P.; GARDINER, P. et al. Community-based cancer screening for underserved women: design and baseline findings from the breast and cervical cancer intervention study. **Prev Med**, 33:190-203, 2001.

HOLMES, M.D.; WILLETT W.C. Does diet affect breast cancer risk? **Breast Cancer Res**, 6:170-178,2004.

HOWARD, J. Using mammography for cancer control: An unrealized potential. **CA**, 37:33-48, 1987.

HUNTER, D.J.; WILLETT, W.C. Diet, body size, and breast cancer. **Epidemiol Rev**, 15:110-32, 1993.

IBGE. Fundação IBGE. Censo demográfico do ano 2000 – pesquisa nacional por amostra de domicílios. São Paulo; 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 de agosto de 2002.

INSTITUTO AVON. Catálogo Avon. Campanha 20/2003, pag. 26. São Paulo.

JIMENEZ-LEE, R.; OSLAK, S.G.; HEDBERG, K.; VETTO, J.T. Surgical outcomes of breast cancer-screening program for low-income women. **Arch Surg**, 138:884-90, 2003.

JOHNSON, M.M.; HISLOP, T.G.; KAN, L.; COLDMAN, A.J.; LAI, A. Compliance with the screening mammography program of British Columbia: will she return? **Can J Public Health**, 87:176-80, 1996.

JONES, A.R.; CAPLAN, L.S.; DAVIS, M.K. Racial/ethnic differences in the self-reported use of screening mammography. **J Comm Health**, 28:303-16, 2003.

JOSLYN, A.S.; WEST, M.M. Racial differences in breast carcinoma survival. **Cancer**, 88:114-23, 2000.

KELSEY, J.L. Breast cancer epidemiology: summary and future directions. **Epidemiol Rev**, 15:256-63, 1993.

KERLIKOWSKE, K.; GRADY, D.; RUBIN, S.M.; SANDROCK, C.; ERNSTER, V.L. Efficacy of screening mammography: a meta-analysis. **JAMA**, 273:149-54, 1996.

KING, E.S.; RIMER, B.K.; TROCK, B.; BALSHEM, A.; ENGSTROM, P. How valid are mammography self-reports. *Am J Public Health*, 80:1386-8, 1990.

KONING, J.H. Breast cancer screening; cost-effective in practice? *Eur J Radiol*, 33:32-7, 2000.

KOPANS, D.B. The breast cancer screening controversy and the National Institutes of Health consensus development conference on breast cancer screening for women ages 40-49. *Radiology*, 210:4-9, 1999.

KOPANS, D.B. Beyond randomized controlled trials. Organized mammography screening substantially reduces breast carcinoma mortality. *Cancer*, 94:580-1, 2002.

KOROLTCHOUK, V.; STANLEY, K.; STJERNSWÄRD, J. The control of breast cancer. A World Health Organization perspective. *Cancer*, 65:2803-10, 1990.

LAGERLUND, M.; HEDIN, A.; SPAREN, P.; THURFJELL, E.; LAMBE, M. Attitudes, beliefs, and knowledge as predictors of nonattendance in a Swedish population-based mammographic screening program. *Prev Med*, 31:417-28, 2000.

LAMAS, J.M.; PEREIRA, M.G.; KOCH, H.A. Avaliação dos resultados de exames mamográficos para detecção precoce de câncer de mama em mulheres assintomáticas no Distrito Federal. *Radiol Bras*, 9:161-7, 2000.

LAYDE, P.M.; WEBSTER, L.A.; BAUGGHMAN, A.L.; WINGO, P.A.; RUBIN, G.L.; ORY, H.W.; CASH STUDY GROUP. The independent associations of parity, age at first full term pregnancy, and duration of breastfeeding with the risk of breast cancer. *J Clin Epidemiol*, 42:963-73, 1989.

LEBORGNE, R. Diagnosis of tumors of the breast by simple roentgenography. *Am J Roentgenol Radium Ther*, 65:1-11, 1951.

LEITCH, A.M.; DODD, G.D.; CONSTANZA, M.; LINVER, M.; PRESSMAN, P.; MCGINNIS, L. et al.. American Cancer Society guide for the early detection of breast cancer: update 1997. **Cancer**, 47:150-3, 1997.

LOPES, E.R.; REBELO, M.S.; ABIB, A.R.; ABREU, A. Câncer de mama: epidemiologia e fatores de risco. **Rev Bras Cancerol**, 42:105-16, 1996.

LUIZ, R.R.; MAGNANINI, M.M.F. O tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. In: MEDRONHO, R.A. (editor). *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2002. p.295-307.

MACDOWELL, N.M.; NITZ-WIESS, M.; SHORT, A. The role of physician communication in improving compliance with mammography screening among ages 50-79 in commercial HMO. **Manag Care Q**, 8:11-9, 2000.

MAKUC, D.M.; FREID, V.M.; KLEINMAN, J.C. National trends in the use of preventive health care by women. **Am J Public Health**, 79:21-6, 1989.

MAKUC, D.M.; FREID, V.M.; PARSONS, P.E. Health insurance and cancer screening among women. *Advance data from vital and health statistics*; n. 254. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics. 1994.

MANNING, W.G.; LEIBOWITZ, A.; GOLDBERG, G.A.; ROGERS, W.H.; NEWHOUSE, J.P. A controlled trial of the effect of a prepaid group practice on use of services. *N Engl J Med*, 310(23):1505-10, 1984.

MARINHO, L.A.B. **Conhecimento, atitude e prática do auto-exame da mama e do exame de mamografia em usuárias dos centros de saúde do Município de Campinas**. Campinas, 2001. [Tese - Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas].

MARKENS, S.; FOX, A.S.; TAUB, B.; GILBERT, M.L. Role of black churches in health promotion programs: lessons from the Los Angeles mammography promotion in churches program. **Am J Public Health**, 92:805-10, 2002.

- MARSHALL, E. Battle heats up over mammography benefits. **Science**, 295: 1624-5, 2002.
- MAYNE, L.; EARP, J. Initial and repeat mammography screening: different behaviors/different predictors. **J Rural Health**, 19:63-71, 2003.
- McKINNEY, M.M.; MARCONI, K.M. Legislative interventions to increase access to screening mammography. **J Comm Health**, 17:333-49, 1992.
- MENDONÇA, M.H.S. Análise crítica dos métodos de imagem na detecção e diagnóstico do câncer de mama. **Radiol Bras**, 32:289-300, 1999.
- MICHAELSON, J.; SATIJA, S.; MOORE, R.; WEBER, G.; HALPERN, E.; GARLAND, A. et al.. The pattern of breast cancer screening utilization and its consequences. **Cancer**, 94:37-43, 2002.
- MIETTINEN, O.S.; HENSCHKE, C.I.; PASMANTIER, M.W.; SMITH, J.P.; LIBBY, D.M.; YANKELEVITZ, D.F. Mammography screening: no reliable supporting evidence? **Lancet**, 359:404-6, 2002.
- MILLER, A.B.; BAINES, C.J.; TO, T.; WALL, C. Canadian National Breast Screening Study: 1. Breast cancer detection and death rates among women aged 40 to 49 years. **Can Med Assoc J**, 147:1459-76, 1992a.
- MILLER, A.B.; BAINES, C.J.; TO, T.; WALL, C. Canadian National Breast Screening Study: 2. Breast cancer detection and death rates among women aged 40 to 49 years. **Can Med Assoc J**, 147:1477-88, 1992b.
- MILLER, A.B. The costs and benefits of breast cancer screening. **Am J Prev Med**, 9:175-80, 1993.
- MILLER, A.B.; BAINES, C.J.; TO, T.; WALL, C. The Canadian National Breast Screening Study-1: breast cancer mortality after 11 to 16 years of follow-up. A randomized screening trial of mammography in women age to 49 years. **Ann Intern Med**, 137(5 Part 1):305-12, 2002.

NCI. THE NCI BREAST CANCER SCREENING CONSORTIUM. Screening mammography: a missed clinical opportunity? **JAMA**, 264:54-8, 1990.

NCI. National Cancer Institute. Mammography screening for women ages 40-49 not supported by data, NIH panel says, **Cancer** [Letter], 23:1-12,1997.

NYSTRÖM, L.; RUTQVIST, E.L.; WALL, S.; LINDGREN, A.; LINDQVIST, M.; RYDÉN, S. et al. Breast screening with mammography: overview of Swedish randomised trials. **Lancet**, 341:973-8, 1993.

OLSEN, O. Beyond randomized controlled trials. Organized mammography screening substantially reduces breast carcinoma mortality. **Cancer**, 94:579, 2002.

OORTWIJN, O.; BANTA, D.H.; CRANOVSKY, R. Introduction: mass screening, health technology assessment, and health policy in some european countries. **Int J Technol Asses Health Care**, 17:269-74, 2001.

PALLI, D.; DEL TURCO, M.R.; BUIATTI, E.; CARLI, S.; CIATTO, S. et al. . A case-control study of the efficacy of a non-randomized breast cancer screening program in Florence (Italy). **Int J Cancer**, 38:501-4, 1986.

PARKER, S.L.; DAVIS, K.J.; WINGO, P.A.; RIES, L.A.G.; HEATH, C.W. Cancer statistics by race and ethnicity. **CA Cancer J Clin**, 48:31-48, 1998.

PAUKER, S.G.; KASSIRER, J.P. Contentious screening decisions – does the coice matter? **N Engl J Med**, 336:1243-4, 1997.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J.W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfation. **Medical Care**, 19:127-40,1981.

PINHEIRO, R.S.; ESCOSTEGUY, C.C. Epidemiologia e serviços de saúde. In: MEDRONHO, R.A. (editor). *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2002. p.361-9.

PINOTTI, J.A.; HARDY, E.E.; FAÚNDES, A. Ciclos menstruales ovulatorios y cancer de mama. **Bol Acad Nac Med**, 6:117-20,1984.

PINOTTI, J.A.; BARROS, A.C.S.D.; HEGG, R.; ZEFERINO, L.C. Programa de controle do câncer de mama em países em desenvolvimento. **Rev Bras Mastol**, 5:15-20, 1995.

PONZONE, R.; SISMONDI, P. Beyond randomized controlled trials. Organized mammography screening substantially reduces breast carcinoma mortality. **Cancer**, 94:579-80, 2002.

POPLACK, S.P.; TOSTESON, A.N.; GROVE, M.R.; WELLS, W.A.; CARNEY, P.A. Mammography in 53.803 women from the New Hampshire mammography network. **Radiology**, 217:832-40, 2000.

RICHARDSON, L.C.; SCHULMAN, J.; SEVER, L.E.; LEE, N.C.; COATES, R.J. Early breast cancer treatment among medicallu underserved women diagnosed in a national screening program. **Breast Cancer Res Treat**, 69:133-42, 2001.

ROBERTS, M.M.; ALEXANDER, F.E.; ANDERSON, T.J.; CHETTY, U.; DONNAN, P.T.; FORREST, P. et al. Edinburgh trial of screening for breast cancer: mortality at seven years. **Lancet**, 335:241-6, 1990.

SABOGAL, F.; MERRILL, S.S.; PACKET, L. Mammography rescreening among older California women. **Health Care Financ Rev**, 22:63-75, 2001.

SALZMANN, P.; KERLIKOWSKE, K.; PHILLIPS, K. Cost effectiveness of extendig screening mammography guidelines for include women 40-49 years of age. **Ann Int Med**, 127:955-65, 1997.

SANTOS, C.C. **Acurácia da mamografia no diagnóstico de câncer de mama inicial em mulheres sintomáticas com idade entre 35 e 49 anos**. Campinas, 1994. [Dissertação - Mestrado – Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas].

SCHOOTMAN, M.; JEFFE, D.B.; RESCHKE, A.H.; AFT, R.L. Disparities related to socioeconomic status and access to medical care remain in the United States among who never had a mammogram. **Cancer Causes Control**, 14:419-25, 2003.

SHAPIRO, S. Evidence on screening for breast cancer from a randomized trial. **Cancer**, 39:2772-82, 1977.

SHAPIRO, S.; STRAX, P.; VENET, L. Periodic breast cancer screening in reducing mortality from breast cancer. **JAMA**, 215:1777-83, 1971.

SHAPIRO, S.; STRAX, P.; VENET, L.; ROESER, R. Ten- to fourteen-year effect of screening on breast cancer mortality. **J Natl Cancer Inst**, 69:349-55, 1982.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. Rotinas para detecção precoce do câncer de mama. São Paulo (SP), 2004. Disponível em : [http://www.sbmastologia.com.br /site/publico/prevencao/rotina.asp](http://www.sbmastologia.com.br/site/publico/prevencao/rotina.asp). Acesso em: 01 de maio de 2004.

SONG, L.; FLETCHER, R. Breast cancer rescreening in low-income women. **Am J Prev Med**, 15:128-33, 1998.

SUDMAN, S; BRADBURN, N.M. Effects of time and memory factors on response in surveys. **J Am Stat Assoc**, 68:805-15, 1973.

TABAR, L.; FAGERBERG, G.; GAD, G.; BALDETORP, L.; HOLMBERG, L.H.; GRÖNTOFT, O. et al. Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography. **Lancet**, 1:829-32, 1985.

TABAR, L.; FAGERBERG, G.; DAY, N.E.; DUFFY, S.W.; KITCHIN, R.M. Breast cancer treatment and natural history: new insights from results screening. **Lancet**, 339:412-4, 1992.

- TABAR, L.; FAGERBERG, G.; CHEN, H.; PHIL, M.; DUFFY, S.W.; SMART, C.R. et al. Efficacy of breast screening by age. **Cancer**, 75:2507-17, 1995.
- TABAR, L.; VITAK, B.; CHEN, H.T.; YEN, M.; DUFFY, S.W.; SMITH, R.A. Beyond randomized controlled trials. Organized mammography screening substantially reduces breast carcinoma mortality. **Cancer**, 91:1724-31, 2001.
- THURFJELL, E.L.; LIDGREN, J.A.Ä. Breast cancer survival rates with mammographic screening: similar favorable survival rates for women younger and those older than 50 years. **Radiology**, 201:421-6,1996.
- TITUS-EMSTOFF, L.; LONGNECKER, M.P.; NEWCOMB, P.A.; DAIN, B.; GREENBERG, R.; MITTENDORF, R. et al.. Menstrual factors in relation to breast cancer risk. **Cancer Epidemiol, Biomark Prev**, 7:783-9, 1998.
- TRAVASSOS, C. Eqüidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cad. Saúde Pública**, 13:325-30, 1997.
- TUBIANA, M.; KOSCIELNY, S. Natural history of human breast cancer; recent data and clinical implication. **Breast Cancer Res Treat**, 18:125-40, 1991.
- UK TRIAL OF EARLY DETECTION OF BREAST CANCER GROUP. First results on mortality reduction in the UK trial of early detection of breast cancer. **Lancet**, 2:411-6,1988.
- UNGLERT, C.V.S.; ROSENBERG, C.P.; JUNQUEIRA, C.B. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. **Rev Saúde Pública**, 21:439-46, 1987.
- UNGLERT, C.V.S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Rev Saúde Pública**, 24:445-52, 1990.

VALDEZ, A.; BANERJEE, K.; ACKERSON, L.; FERNANDEZ, M.; OTERO-SABOGAL, R.; SOMKIN, C.P. Correlates of breast cancer screening among low-income low-education latinas. *Prev Med*, 33:495-502, 2001.

VAN DIJCK, J.A.A.M.; VERBEEK, A.L.M.; BEEEX, L.V.A.M.; HENDRICKS, J.H.C.L.; HOLLAND, R.; MRAVUNAC, M. et al.. Mammographic screening after the age of 65 years: evidence for a reduction in breast cancer mortality. *Int. J. Cancer*, 66:727-31, 1996.

VERBEEK, A.L.M.; HENDRICKS, J.H.C.L.; HOLLAND, R.; MRAVUNAC, M.; STURMANS, F.; DAY, N.E. Reduction of the breast cancer mortality through mass screening with modern mammography: first results of the Nijmegen Project 1975-1981. *Lancet*, 1:1222-4, 1984.

VERBEEK, A.L.M.; HENDRICKS, J.H.C.L.; HOLLAND, R.; MRAVUNAC, M.; STURMANS, F.; DAY, N.E. Mammography screening and breast cancer mortality: age-specific effects in Nijmegen Project , 1975-1982. *Lancet*, 1:865-6, 1985.

VIEIRA, A.V.; KOCH, H.A. Conhecimento sobre mamografia por mulheres que freqüentam o Serviço de Radiologia da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro (SCMRJ). *Rev Bras Mastol*, 9:56-67, 1999.

WALTER, S.D. Mammographic screening: case-control studies. *Ann Oncol*, 14:1190-2, 2003.

WEINBERG, A.D.; COOPER, H.P.; LANE, M.; KRIPALANI, S. Screenig behaviors and long-term compliance with mammography guidelines in a breast cancer screening program. *Am J Prev Med*, 13:29-35, 1997.

WELLS, B.L.; HORM, J.W. Stage at diagnosis in breast cancer: race and socioeconomic factors. *Am J Public Health*, 82:1383-5, 1992.

WHITE, E.; URBAN, N.; TAYLOR, V. Mammography utilization, public health impact, and cost-effectiveness in the United States. *Ann Rev Public Health*, 14:605-33, 1993.

WILKERSON, B.F.; SCHOOFF, M. Does screening mammography reduce breast cancer mortality? *J Fam Pract*, 49:302-3, 2000.

YOOD, U.M.; MCCARTHY, B.D.; LEE, N.C.; JACOBSEN, G.; JOHNSON, C.C. Patterns and characteristics of repeat mammography among women 50 years and older. *Cancer Epidemiol, Biomark Prev*, 8:595-9, 1999.

ZAPKA, J.G.; STODDARD, A.M.; COSTANZA, M.E.; GREENE, H.L. Breast cancer screening by mammography: utilization and associated factors. *Am J Public Health*, 79:1499-502, 1989.

ZAPKA, J.G.; BIGELOW, C.; HURLEY, T.; FORD, L.D.; EGELHOFER, J.; CLOUD, M.; SACHSSE, E. Mammography use among sociodemographically diverse women: the accuracy of self-report. *Am J Public Health*, 86:1016-21, 1996.

ZAVERTNIK, J.J.; MCCOY, C.B.; LOVE, N. Breast cancer control program for the socioeconomically disadvantaged. *Cancer*, 74(7 Suppl):2042-5, 1994.

8. Bibliografia de Normatizações

FRANÇA, J.L.; BORGES, S.M.; VASCONCELLOS, A.C.; MAGALHÃES, M.H.A.
– **Manual para normatização de publicações técnico-científicas**. 4^a ed.,
Editora UFMG, Belo Horizonte, 1998. 213p.

Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade
de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD – Deliberação CCPCG-001/98
(alterada 2002).

9. Anexos

9.1. Anexo 1 - Questionário

RASTREAMENTO DO CÂNCER MAMÁRIO CARACTERÍSTICAS DE UTILIZAÇÃO DA MAMOGRAFIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICOS E PRIVADOS

Data da entrevista: ----/----/---- Data da solicitação do exame: ----/----/----

Intervalo entre a solicitação e a realização do exame: _____ dias

Entrevistadora: _____

Serviço de mamografia: [1] Público [2] Privado

Unidade que realizou a mamografia:

[1] Hospital Universitário de Taubaté

[3] Hospital Santa Isabel de Clínicas

[5] Clínica Dr. René

[2] Prefeitura de Taubaté

[4] Clínica 9 de Julho

[6] Pró-Imagem

Unidade de saúde responsável pela solicitação do exame: _____

Registro da entrevistada no serviço: _____

Número do questionário: / __ / __ / __ /

Identificação da entrevistada:

Nome: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____ Tel: _____

Número do questionário: / __ / __ / __ /

**ORIENTAÇÃO PARA A ENTREVISTADORA – DIGA:
“VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SENHORA. SINTA-SE A VONTADE
PARA NÃO RESPONDER AQUELAS QUE JULGAR INCONVENIENTES”.**

17. Durante quanto tempo a Senhora amamentou?
[1] menos de 3 meses [2] entre 3 e 6 meses [3] mais de 6 meses
18. A Sra. já está menopausada?
[1] sim [2] não **(passe para a questão 20)**
19. Com quantos anos a Senhora apresentou a sua última menstruação? _____ anos
[] não lembra
20. Alguma pessoa da família já teve câncer de mama?
[1] sim [2] não **(passe questão 22)**
21. 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] prima materna
[7] outros Quem? _____
22. A Sra. faz consultas freqüentes com o ginecologista? [1] sim [2] não
23. De quanto em quanto tempo a Sra. vai ao ginecologista?
[1] a cada 6 meses [2] todo ano [3] a cada ano e meio
[4] a cada 2 anos [5] a intervalos irregulares
[6] só quando apresenta alguma anormalidade [7] não sabe
24. A Sra. faz algum tratamento regular com o ginecologista?
[1] sim [2] não
Qual? _____
25. A Sra. colhe o exame preventivo do câncer do útero com freqüência?
[1] sim [2] não
26. De quanto em quanto tempo as mulheres devem colher o exame preventivo do câncer de útero?
[1] a cada 6 meses [2] de ano em ano [3] a cada ano e meio
[4] a cada 2 anos [5] a intervalos irregulares [6] não sabe
27. A Sra. tem alguma anormalidade nas mamas?
[1] sim [2] não **(passe para questão 32)**
28. Quem descobriu esta anormalidade?
[1] a Sra. mesmo [2] o marido ou companheiro
[3] o médico durante o exame [4] a enfermeira
[5] durante exame anterior (mamografia ou ultra-som)
[6] outra pessoa Quem? _____

29. Há quanto tempo a Sra. descobriu esta anormalidade? _____ meses/anos

30. Que tipo de anormalidade a Sra. tem nas mamas?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> [1] dor | <input type="checkbox"/> [2] nódulo |
| <input type="checkbox"/> [3] cisto | <input type="checkbox"/> [4] saída de líquido do bico |
| <input type="checkbox"/> [5] saída de sangue do bico | <input type="checkbox"/> [6] o bico ficou invertido |
| <input type="checkbox"/> [7] coceira no bico | <input type="checkbox"/> [8] ferida ou úlcera na pele |
| <input type="checkbox"/> [9] ardência na mama | <input type="checkbox"/> [10] alteração detectada em exame anterior |
| <input type="checkbox"/> [11] outra Qual? _____ | |

31. Esta anormalidade foi o motivo do pedido da mamografia?

- [1] sim [2] não

32. A Sra. recebeu alguma informação a respeito da mamografia durante a consulta médica?

- [1] sim [2] não

33. A Sra. recebeu alguma informação a respeito da mamografia pelo serviço de enfermagem do local onde a Sra. foi atendida?

- [1] sim [2] não

34. A Sra. recebeu alguma informação a respeito da mamografia aqui no local onde a Sra. vai realizar o exame?

- [1] sim [2] não

35. O médico que lhe atendeu ou qualquer outro profissional do local onde a Sra. foi atendida orientou-lhe a respeito da necessidade de repetir a mamografia regularmente?

- [1] sim [2] não

ENTREVISTADORA: passe para questão 41 se as respostas das 4 últimas questões tiverem sido negativas (NÃO)

36. A Sra. sabe com quantos anos as mulheres deveriam fazer a primeira mamografia?

- [1] sim [2] não (**passar para a questão 38**)

37. Qual é a idade que as mulheres devem ter para fazerem a primeira mamografia?
_____anos

38. A Sra. sabe de quanto em quanto tempo as mulheres devem fazer a mamografia?

- [1] sim [2] não (**passar para questão 41**)

39. De quanto em quanto tempo as mulheres com menos de 50 anos devem fazer a mamografia?

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

40. De quanto em quanto tempo as mulheres com mais de 50 anos devem fazer a mamografia?
[1] 6 meses [2] 1 ano [3] 1 ano e meio [4] 2 anos
41. Esta é a primeira vez que a Senhora está realizando a mamografia?
[1] sim **(passe para a questão 46)** [2] não
42. Com quantos anos a Senhora realizou a sua primeira mamografia? _____ anos
[] não lembra
43. Quantas vezes já realizou mamografia antes do exame atual? _____ vezes
[] não lembra
44. Quanto tempo faz que a Sra. fez este exame pela última vez? _____ meses
[1] 6 meses [2] 1 ano [3] 1 ano e meio
[4] 2 anos [5] não lembra
45. De quanto em quanto tempo a Sra. faz a mamografia? _____ meses
[1] a cada 6 meses [2] a cada ano [3] a cada ano e meio
[4] a cada 2 anos [5] não sei precisar o intervalo
[6] faço somente quando pedem [7] intervalo variável

Entrevistadora: passe para questão 51

46. Por que a Sra. nunca fez este exame antes?
[1] porque nenhum médico pediu este exame antes
[2] porque nunca senti nada nas mamas
[3] este exame já foi pedido porém eu tinha medo de fazê-lo
[4] era muito difícil de conseguir marcar este exame
[5] porque eu nunca pedi para o médico
[6] porque não tenho pessoas da minha família com câncer de mama
[7] porque este exame era caro
[8] eu achava que só precisaria fazer se tivesse algum problema nas mamas
[9] eu não sabia com que idade eu deveria começar fazê-lo
[10] Outro? Qual? _____
47. A Sra. sabe como é feita a mamografia?
[1] sim [2] não **(passe para questão 51)**
48. Alguém explicou para a Sra. como é feita a mamografia?
[1] sim [2] não

49. Quem foi que explicou para a Sra. ou como a Sra. soube como é feita a mamografia?
- [1] o médico
 - [2] o serviço de enfermagem do posto de saúde ou a enfermeira/atendente do médico
 - [3] a atendente do serviço onde a Sra. vai fazer o exame
 - [4] a Sra. sabe como é feito o exame porque viu na televisão/revistas ou ouviu no rádio
 - [5] uma conhecida sua que já fez este exame foi quem lhe explicou como ele é feito
 - [6] Outro. Quem? _____
50. A Sra. poderia me explicar como acredita que vai ser feita a sua mamografia?
- [1] através de um aparelho de RX, onde as mamas são apertadas
 - [2] através de um aparelho de RX, onde as mamas não são apertadas
 - [3] através de um aparelho de RX, somente na mama que eu tenho queixa
 - [4] através da palpação das minhas mamas
 - [5] através de um aparelho que parece uma televisão
 - [6] Outro? Qual? _____
51. Quem pediu para Sra. fazer o exame de mamografia?
- [1] o médico [2] a enfermeira
 - [3] a Sra. mesmo pois o médico não havia pedido
 - [4] outra pessoa ou profissional. Quem ? _____
52. Por que médico (ou a outra pessoa da questão anterior) pediu para a Senhora fazer a mamografia?
- [1] o médico não explicou o motivo do pedido deste exame
 - [2] ele disse que era rotina, que na sua idade é necessário fazer esse exame como prevenção do câncer de mama
 - [3] ele disse que como na sua família já existem pessoas com câncer de mama a Sra. precisa fazer este exame regularmente
 - [4] por sua insistência devido ao seu temor de ter câncer de mama
 - [5] por sua insistência porque soube através da TV que toda mulher com mais de 40 anos deve fazer esse tipo de exame
 - [6] por sua insistência porque uma conhecida sua descobriu que tinha câncer no seio através deste exame
 - [7] por sua insistência porque soube do caso recente de uma artista famosa que teve câncer de mama
 - [8] porque a Senhora notou uma anormalidade no seu seio
 - [9] porque o médico notou uma anormalidade no seu seio quando a examinou durante a consulta
 - [10] porque no exame que fiz anteriormente apareceu uma alteração
 - [11] outro motivo. Qual _____
53. A Sra. encontrou alguma dificuldade para conseguir o pedido para fazer o exame de mamografia? [1] sim [2] não (passe para questão 55)

54. Qual a dificuldade que a Sra. encontrou para conseguir o pedido para fazer o exame de mamografia?
- [1] tive que esperar muito tempo pela consulta com o ginecologista para conseguir o pedido para este exame
 - [2] tive que insistir com ginecologista para que ele fizesse o pedido do exame
 - [3] este exame é muito caro
 - [4] tive dificuldade de locomoção para conseguir a consulta
 - [5] esperei entrar no convênio médico para pedir este exame
 - [6] Outra? Qual? _____
55. Foi pedido para a Sra. fazer este exame o mais rápido possível?
- [1] sim
 - [2] não
56. Após o pedido a Sra. marcou o exame imediatamente?
- [1] sim
 - [2] não
57. O motivo do pedido da mamografia influenciou no tempo para conseguir fazer este exame?
- [1] sim
 - [2] não
58. A Sra. encontrou alguma dificuldade para conseguir marcar o exame de mamografia?
- [1] sim
 - [2] não (**passe para a questão 60**)
59. Qual a dificuldade que a Sra. encontrou para conseguir marcar o exame de mamografia?
- _____
- _____
- _____
60. Como a Senhora fez para marcar o exame de mamografia?
- [1] marquei por telefone na mesma semana da consulta
 - [2] vim pessoalmente marcar o exame na mesma semana da consulta
 - [3] o Centro de Saúde se incumbiu de fazer a marcação para mim
 - [4] outra pessoa fez a marcação do exame para mim. Quem? _____
61. Quantas vezes a Senhora tentou marcar este exame até conseguí-lo? _____ vezes
- [1] marquei na primeira tentativa
 - [2] não sei pois foi outra pessoa que marcou para mim
 - [3] Centro de Saúde que marcou para mim na primeira tentativa
 - [4] Centro de Saúde que marcou para mim porém tive que tentar várias vezes
62. A Sra. foi chamada ou convocada antes da consulta médica para vir fazer a mamografia?
- [1] sim
 - [2] não (**entrevistadora agradece e encerra a entrevista**)
63. Como a Sra. foi chamada ou convocada para vir fazer a mamografia?
- [1] telefone
 - [2] carta ou telegrama
 - [3] agente de saúde do posto
 - [4] agente de saúde do PSF
 - [5] uma conhecida informou da sua convocação
 - [6] e-mail
 - [7] Outro? Qual? _____

Entrevistadora agradece e encerra a entrevista.

9.2. Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RASTREAMENTO DO CÂNCER MAMÁRIO CARACTERÍSTICAS DE UTILIZAÇÃO DA MAMOGRAFIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICOS E PRIVADOS

Eu, _____
abaixo assinada, ____ anos, portadora do R.G. _____ e do C.P.F. _____,
residente _____ em
Taubaté, fui informada sobre a realização do estudo acima descrito para saber como é
utilizada a mamografia e as características das mulheres atendidas nos serviços de saúde
públicos e particulares do Município de Taubaté. Através das informações obtidas pretende-
se mostrar como esta sendo feito o rastreamento do câncer de mama realizando o exame de
mamografia em Taubaté. Tendo recebido as informações necessárias para meu esclarecimento
decidi participar do mesmo voluntariamente. As informações por mim fornecidas servirão
somente para este estudo e não ocorrerá a identificação de minha pessoa.

Minha participação consiste em responder as perguntas que me serão feitas.
Poderei deixar de responder as perguntas que quiser, interromper ou desistir da entrevista
em qualquer momento e isto não prejudicará a realização da mamografia que foi para
mim marcada, cujo número do protocolo é _____.

Poderei fazer perguntas, solicitar esclarecimentos e conhecer os resultados
procurando pelo pesquisador responsável, o médico Ailton Augustinho Marchi, no Hospital
Universitário de Taubaté, situado na Av. Granadeiro Guimarães, 360, todas as quartas-
feiras pela manhã, ou ainda pelo telefone 233-4422 neste mesmo horário.

Taubaté, ____ de _____ de 200__

Assinatura da entrevistada

Ailton Augustinho Marchi

(Este termo de consentimento foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética
em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de
Campinas que poderá ser contatado através do telefone 019-3788936)

9.3. Anexo 3 - Classificação Brasileira de Ocupações 2002 – Grandes Grupos/Títulos

Classificação Brasileira de Ocupações 2002 - Grandes Grupos/Títulos	
Grandes Grupos	Títulos
0	Forças Armadas, Policiais e Bombeiros Militares
1	Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes
2	Profissionais das ciências e das artes
3	Técnicos de nível médio
4	Trabalhadores de serviços administrativos
5	Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados
6	Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca
7	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais
8	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais
9	Trabalhadores de manutenção e reparação

Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego do Brasil (<http://www.mteco.gov.br>)

GG 2 - PROFISSIONAIS DAS CIÊNCIAS E DAS ARTES

Este grande grupo compreende as ocupações cujas atividades principais requerem para seu desempenho conhecimentos profissionais de alto nível e experiência em matéria de ciências físicas, biológicas, sociais e humanas. Também está incluído neste grande grupo pessoal das artes e desportos, cujo exercício profissional requer alto nível de competência como, por exemplo maestros, músicos, dentre outros. Suas atividades consistem em ampliar o acervo de conhecimentos científicos e intelectuais, por meio de pesquisas; aplicar conceitos e teorias para solução de problemas ou por meio da educação, assegurar a difusão sistemática desses conhecimentos. A maioria das ocupações deste grande grupo requer competências nível quatro da Classificação Internacional Uniforme de Ocupações - CIUO 88 (1).

GG 5 - TRABALHADORES DOS SERVIÇOS, VENDEDORES DO COMÉRCIO EM LOJAS E MERCADOS

Este grande grupo compreende as ocupações cujas tarefas principais requerem para seu desempenho os conhecimentos e a experiência necessários para a prestação de serviços às pessoas, serviços de proteção e segurança ou a venda de mercadorias em comércio e mercados. Tais atividades consistem em serviços relacionados a viagens, trabalhos domésticos, restaurantes e cuidados pessoais, proteção às pessoas e bens e a manutenção da ordem pública, venda de mercadorias em comércio e mercados. A maioria das ocupações deste grande grupo requer competências de nível 2 da Classificação Internacional Uniforme de Ocupações - CIUO 88 (1).