



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cienciasaudecoletiva@fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Vitola Gonçalves, Carla; Pereira Camargo, Valéri; Marli Cagol, Jussara; Miranda, Bruna;
Mendoza-Sassi, Raul Andres

O conhecimento de mulheres sobre os métodos para prevenção secundária do câncer de
mama

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 12, diciembre, 2017, pp. 4073-4081

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63053795024>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O conhecimento de mulheres sobre os métodos para prevenção secundária do câncer de mama

Women's knowledge of methods for secondary prevention of breast cancer

Carla Vitola Gonçalves¹
Valéri Pereira Camargo¹
Jussara Marli Cagol¹
Bruna Miranda¹
Raul Andres Mendoza-Sassi¹

Abstract *The objective of this study was to evaluate women's knowledge of methods for screening breast cancer. The study was done on a population of women aged 18 or over in the city of Rio Grande between April and November 2011. Interviewers used questionnaires on all of the women at selected households. Models were developed for every type of screening (self-examination of breasts, mammography, and clinical exams) that were analyzed through the use of Poisson regression. Out of the 1596 women interviewed, 1355 reported self-examination, 456, mammography, and only 191, clinical examination of the breast, performed by a health professional, as important for the prevention of breast cancer. White women with 11 years or more worth of schooling had a greater probability of having mammography exams and clinical examinations as methods for screening. We noted, linked to the aforementioned, that there was a linear tendency whereby there was a greater probability for those with high incomes to undergo one of the above interventions. The study noted that there was a need for more detailed information aimed at the population on prevention methods in order to avoid late diagnosis. We noted that non-white women with little education and on low incomes showed less knowledge of clinical examination methods and mammographies.*

Key words *Prevention of breast cancer, Knowledge, Diagnosis, Epidemiology*

Resumo *Objetivou-se avaliar o conhecimento das mulheres sobre métodos de rastreamento do câncer de mama. Estudo de base populacional com mulheres de 18 anos ou mais em Rio Grande, entre abril e novembro de 2011. Entrevistadoras aplicavam questionário pré-codificado em todas as mulheres do domicílio selecionado. Construiu-se um modelo para cada forma de rastreamento (autoexame das mamas, mamografia e exame clínico), analisados por regressão de Poisson. Das 1596 mulheres entrevistadas, 1355 referiram o autoexame, 456, a mamografia e, apenas 191, o exame clínico da mama, realizado por um profissional de saúde, como importantes para a prevenção do câncer de mama. As mulheres brancas, e com 11 anos ou mais de escolaridade, tiveram maior probabilidade de referirem a mamografia e o exame clínico como métodos de rastreamento. Para esses dois desfechos, também se observou uma tendência linear, sendo que a probabilidade de referir uma dessas formas de rastreamento se incrementou na medida em que aumentaram os quartis de renda. O estudo aponta para a necessidade de maior esclarecimento da população sobre os métodos de prevenção, evitando, assim, o diagnóstico tardio. Evidenciou-se que as mulheres não brancas e as de baixa escolaridade e renda, demonstraram menos conhecimentos sobre os métodos de exame clínico e mamografia.*

Palavras-chave *Prevenção de câncer de mama, Conhecimento, Diagnóstico, Epidemiologia*

¹ Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande. Av. Visconde de Paranaguá 102, Centro. 96020-550 Rio Grande RS Brasil.
carlavg@brturbo.com.br

Introdução

O câncer de mama é o segundo tipo mais frequente no mundo, sendo o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos/ano. Se diagnosticado e tratado oportunamente, a sobrevida média após cinco anos chega a 61% nos países desenvolvidos¹.

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer do Brasil (INCA), estima-se que 57120 novos casos de câncer de mama tenham sido diagnosticados em 2014, com um risco de 56,09 casos/100 mil mulheres². Embora as taxas de detecção precoce tenham aumentado, um terço dos registros de casos novos ainda correspondem à doença localmente avançada²⁻⁵. Sendo assim, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, provavelmente porque o diagnóstico ocorre em estádios avançados².

O melhor prognóstico e a redução da mortalidade se relacionam com o rastreamento e o diagnóstico precoce da doença, mediante a prevenção secundária, e é onde se concentram a maior parte das ações preventivas realizadas. Dentre as formas mais eficazes para a detecção precoce do câncer de mama estão o exame clínico da mama (ECM) e a mamografia (MMG)²⁻⁸. Atualmente, o autoexame das mamas (AEM) não é estimulado como estratégia isolada para a detecção precoce, e sim como ação de conhecimento do próprio corpo⁸.

O rastreamento deve iniciar-se aos 40 anos, mediante a realização anual do exame clínico das mamas, seguido, nas mulheres de 50 a 69 anos, pela realização da mamografia, com um intervalo máximo de dois. Mulheres pertencentes a grupos de risco devem iniciar um rastreamento anual a partir dos 35 anos, com o ECM e com a MMG^{3,9}. A idade recomendada para o início do rastreamento e o tipo de método utilizado difere em parte quando se trata das recomendações da entidade que congrega os especialistas da área (MMG iniciando a partir dos 40 anos de idade)⁹.

A literatura relaciona o conhecimento sobre o câncer de mama e de seus exames de detecção precoce com o aumento da motivação em relação à saúde, podendo influenciar a prática da realização desses exames. Alguns estudos mostram que uma maior sensibilização sobre o câncer de mama pode promover a sua detecção precoce¹⁰⁻¹², principalmente na mulher idosa, que tem mais riscos para desenvolvê-lo, demora mais para reconhecer os sintomas e procurar auxílio. Sendo assim, este estudo objetiva avaliar o conhecimento das mulheres sobre os métodos de rastreamen-

to do câncer de mama. Essa informação pode ser muito importante na avaliação da implementação de medidas para a educação em saúde.

Métodos

O estudo realizado foi de tipo transversal e de base populacional, adequado para os objetivos pretendidos, realizado no município de Rio Grande (RS), no extremo sul do Brasil. Segundo estimativa do IBGE (2010), o município tinha 197.228 habitantes, sendo 96% residentes em região urbana. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), no mesmo ano, era de 0,744 e o PIB per capita, em 2012, era de R\$ 45.088,30. A economia se baseia principalmente na atividade do porto marítimo (segundo maior porto marítimo do Brasil), a indústria de fertilizantes e o polo naval¹³.

Este estudo faz parte de um projeto maior, realizado entre abril a novembro de 2011, intitulado *Educação, conhecimento sobre fatores de risco e utilização de serviços de saúde em mulheres residentes em uma cidade do Sul do Brasil: estudo de base populacional*. A população de estudo foi formada por mulheres residentes na cidade de Rio Grande, com idade igual ou superior a 18 anos.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado no programa Epi Info 6.04 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos). O estudo fez parte de um projeto maior que estimou um tamanho de amostra de 1582 mulheres. O cálculo post-hoc do poder estatístico mostrou que com esse *n* se teria um poder de 80% para identificar um RR de 2, considerando um nível de confiança de 95%, para um fator de exposição que tivesse uma razão de não expostos/expostos de 5 e para uma prevalência do desfecho de 5% em esse grupo não exposto.

Considerando que existiam 1,13 mulheres maiores de 18 anos por domicílio, estimou-se que deveriam ser visitados 1400 domicílios para se obter o tamanho da amostra desejada.

A amostragem de tipo aleatória foi por múltiplos estágios. Primeiro, utilizou-se uma amostragem por conglomerados, sorteando-se 50 setores censitários entre os 246 existentes na zona urbana do município do Rio Grande. Posteriormente, em cada um dos setores sorteados, e mediante amostragem aleatória simples, foi selecionada uma quadra e dessa quadra uma esquina. A seguir, e mediante amostragem sistemática, foi visitada a partir da esquina sorteada, uma de cada duas residências, até completar 28 em cada

setor. Participavam do estudo todas as mulheres com idade igual ou superior a 18 anos que residissem nos domicílios sorteados e que tivessem condições mentais e intelectuais para responder o questionário.

O conhecimento sobre como fazer o rastreamento do Ca de mama foi investigado através da pergunta: *Você (a Sra.) sabe como descobrir o câncer de mama mais cedo?* Ao contrário de pesquisas onde o entrevistador lê às opções e a entrevistada responde a cada um delas, nesta pesquisa optou-se por avaliar o conhecimento espontâneo das entrevistadas e, assim, as opções não eram lidas. O entrevistador anotava a resposta da entrevistada. As medidas consideradas como adequadas para a prevenção secundária do Câncer de mama foram o AEM, o ECM e a MMG. Também era anotado quando a entrevistada respondia “não sei”.

As variáveis independentes estudadas incluíam a idade (categorizada em grupos de 10 anos), a cor da pele (classificada em branca e preta e outras), o estado civil (com companheiro e sem companheiro), a escolaridade em anos completos (categorizada em segundo grau incompleto ou segundo grau completo), a renda per capita familiar, transformada em quartis, (sendo o 1º quartil o mais pobre), a situação em termos de trabalho (com trabalho, sem trabalho), a situação de tabagismo (sim ou não), uso de álcool (sim ou não), e se possui convênio privado de saúde (sim ou não).

Os dados foram coletados mediante um questionário pré-codificado e testado. Foi realizado um estudo piloto para avaliar o instrumento e a logística do estudo em um dos setores censitários que não foi sorteado. Seis entrevistadoras, treinadas para essa tarefa aplicaram o questionário nos domicílios selecionados. Todas as mulheres residentes no domicílio sorteado respondiam o questionário. Se a pessoa não se encontrava no domicílio no momento da entrevista, se retornava posteriormente. No caso de pessoas que se recusavam a realizar a entrevista ou não eram achadas, eram realizadas duas novas tentativas, utilizando diferentes estratégias. Havendo uma terceira recusa ou não se localizando a pessoa pela terceira vez, se contabilizava como perda. As perdas não tiveram reposição. Antes de realizar a entrevista, as pessoas liam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e se concordavam, assinavam autorizando sua participação no estudo.

Os dados dos questionários eram digitados duplamente e de forma independente, utilizando o programa EpiData 3.1 (EpiData Association, Dinamarca). Após verificação de erros de ampli-

tude e consistência, os dados foram transferidos para o programa de estatística Stata, versão 11 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos). Foi realizada uma análise descritiva, com cálculo de médias e desvios padrões, para variáveis numéricas, e com cálculo de proporções para o caso de variáveis categóricas. A seguir foi realizada uma análise bivariada para estudar a associação entre o desfecho com as variáveis de interesse, sendo calculadas as Razões brutas de Prevalências (RPb) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95). Na etapa multivariada foi utilizada a regressão de Poisson com variância robusta, de tipo para trás, e considerando a opção para amostra por conglomerados do Stata (opção “cluster”). As RP ajustadas e seus IC95 foram calculados seguindo um modelo hierárquico de análise¹⁴ que compreendeu dois níveis de determinação, sendo o mais distal formado pelas variáveis sociodemográficas e o segundo mais proximal pelo tabagismo, uso de álcool e convênio de saúde. As variáveis de cada nível que tivessem um p menor a 0,05 eram mantidos no modelo para ajuste como o nível seguinte. Nos testes de significância foi considerado um valor de p menor a 0,05 de um teste bicaudal. O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa da instituição.

Resultados

Das 1629 mulheres encontradas, 1596 responderam ao questionário (2% de perdas). As características da amostra podem ser vistas na Tabela 1. Sobre as medidas para diagnóstico precoce do câncer de mama, 1355 (84,6%) referiram o autoexame, 456 (28,6%), à mamografia e, apenas 191 (12%), ao exame clínico da mama, realizado por um profissional de saúde, como importantes para a prevenção. Apenas 5,5% não soube responder ao menos um dos três métodos.

Quanto ao autoexame das mamas como forma de diagnosticar precocemente o câncer de mama (Tabela 1), observamos que todas as faixas etárias abaixo dos 70 tiveram uma probabilidade entre 25 e 33% superior, dependendo do grupo de idade, comparado com o grupo de 70 anos ou mais. Também se observou entre as mulheres com companheiro uma menor probabilidade de citar esse método preventivo secundário, com uma redução de 4%. Os outros fatores pesquisados não foram significativos.

Sobre a realização do exame clínico das mamas por um profissional de saúde como forma de

Tabela 1. Características da amostra estudada, conhecimento do auto-exame da mama como método para prevenção do câncer de mama e fatores associados. (n = 1596).

Variável	Características da Amostra (%)	Auto-exame		
		N (Prevalência)	Bivariada RP (IC95)	Multivariada RP (IC95)
Idade			P < 0,001 ^b	P = 0,001 ^{b,c}
>=70	159 (9,9)	108 (67,9)	1	1
60-69	186 (11,7)	156 (83,9)	1,23 (1,09-1,40)	1,25 (1,10-1,41)
50-59	272 (17,0)	241 (88,6)	1,30 (1,16-1,46)	1,32 (1,18-1,49)
40-49	303 (19,0)	262 (86,5)	1,27 (1,13-1,43)	1,29 (1,15-1,46)
30-39	257 (16,1)	229 (89,1)	1,31 (1,17-1,47)	1,33 (1,19-1,50)
<=29	419 (26,3)	359 (85,7)	1,26 (1,13-1,41)	1,27 (1,13-1,42)
Cor da pele			P = 0,2	P = 0,3
Preta e outras	465 (29,1)	403 (86,7)	1	1
Branca	1131 (70,9)	952 (84,2)	0,97 (0,93-1,01)	0,98 (0,94-1,02)
Estado civil			P = 0,5	P = 0,04 ^c
S/companheiro	869 (54,4)	743 (85,5)	1	1
C/companheiro	727 (45,6)	612 (84,2)	0,98 (0,94-1,03)	0,96 (0,91-0,99)
Escolaridade			P = 0,08	P = 0,9
2º grau incompleto	973 (61,0)	814 (83,7)	1	1
2º grau completo	623 (39,0)	541 (86,8)	1,04 (0,99-1,08)	0,99 (0,95-1,05)
Renda em R\$ (quartis)			P = 0,3 ^b	P = 0,2
1º Média (DP)	215,5 (71,5)	335 (83,8)	1	1
2º Média (DP)	440,8 (67,8)	330 (84,4)	1,01 (0,99-1,03)	1,02 (0,96-1,08)
3º Média (DP)	745,3 (134,9)	367 (86,8)	1,04 (0,98-1,10)	1,06 (1,00-1,13)
4º Média (DP)	2421,4 (1506,9)	313 (85,5)	1,02 (0,96-1,08)	1,04 (0,97-1,11)
Trabalha			P = 0,09	P = 0,6
Não	1016 (63,7)	851 (83,8)	1	1
Sim	579 (36,3)	503 (86,9)	1,04 (0,99-1,08)	0,99 (0,94-1,03)
Fuma			P = 0,04	P = 0,1
Não	1160 (72,7)	973 (83,9)	1	1
Sim	436 (27,3)	382 (87,6)	1,04 (1,01-1,09)	1,04 (0,99-1,09)
Álcool			P = 0,5	P = 0,1
Não	1238 (77,6)	1055 (85,2)	1	1
Sim	358 (22,4)	300 (83,8)	0,98 (0,93-1,03)	0,96 (0,91-1,01)
Tem convênio			P = 0,4	P = 0,4
Não	679 (42,5)	570 (83,9)	1	1
Sim	917 (57,5)	785 (85,6)	1,02 (0,98-1,06)	1,02 (0,97-1,07)

detecção precoce do câncer de mama (Tabela 2), a maior probabilidade de referir este método ocorreu entre as mulheres brancas (RP: 1,47; IC_{95%}: 1,05-2,07), com 11 anos ou mais de escolaridade (RP: 1,32; IC_{95%}: 0,99-1,76) e as que trabalhavam fora de casa (RP: 1,57; IC_{95%}: 1,21-2,03). No que diz respeito à renda, foi observada uma tendência linear de aumento da resposta exame clínico das mamas, conforme aumentou o quartil de renda, chegando a ser três vezes maior entre as mulheres do 4º quartil (RP: 3,04; IC_{95%}: 1,96-4,70), em comparação com o 1º quartil. O fumo foi outro fator que afetou significativamente o desfecho, e

as mulheres fumantes tiveram uma probabilidade 56% menor de citar o exame clínico das mamas como forma de prevenção secundária.

Em relação ao conhecimento da mamografia como um método de diagnóstico precoce para o câncer de mama (Tabela 3), houve uma maior probabilidade de referir este método nas mulheres brancas (RP: 1,28; IC_{95%}: 1,06-1,74), com companheiro (RP: 1,26; IC_{95%}: 1,08-7,00) e com 11 anos ou mais de escolaridade (RP: 1,31; IC_{95%}: 1,12-1,54). Novamente surgiu uma tendência linear em relação ao quartil de renda. A prevalência da resposta que identificava a mamografia

Tabela 2. Conhecimento do exame clínico das mamas como método para prevenção do câncer de mama e fatores associados. (n = 1596).

Variável	N (Prevalência)	Exame Clínico mamas	
		Bivariada RP (IC95)	Multivariada RP (IC95)
Idade		P = 0,4 ^b	P = 0,15
>=70	17 (10,7)	1	1
60-69	20 (10,8)	1,00 (0,55-1,85)	0,99 (0,53-1,85)
50-59	36 (13,2)	1,24 (0,72-2,13)	1,42 (0,80-2,53)
40-49	32 (10,6)	0,99 (0,57-1,72)	1,18 (0,62-2,24)
30-39	40 (15,6)	1,46 (0,86-2,48)	1,65 (0,91-3,00)
<=29	46 (11,0)	1,03 (0,61-1,74)	1,06 (0,58-1,93)
Cor da pele		P = 0,004	P = 0,02 ^c
Preta e outras	38 (8,2)	1	1
Branca	153 (13,5)	1,66 (1,18-2,32)	1,47 (1,05-2,07)
Estado civil		P = 0,006	P = 0,04 ^c
S/companheiro	92 (15,9)	1	1
C/companheiro	99 (9,7)	0,68 (0,51-0,89)	0,76 (0,58-0,99)
Escolaridade		P < 0,001	P = 0,06
2º grau incompleto	86 (8,8)	1	1
2º grau completo	105 (16,9)	1,91 (1,46-2,49)	1,32 (0,99-1,76)
Renda (quartis)		P < 0,001	P < 0,001 ^c
1º	23 (5,8)	1	1
2º	29 (7,4)	1,29 (0,76-2,19)	1,10 (0,64-1,85)
3º	47 (11,1)	1,93 (1,20-3,12)	1,55 (0,96-2,51)
4º	90 (24,6)	4,28 (2,77-6,61)	3,04 (1,96-4,70)
Trabalha		P < 0,001	P < 0,001 ^c
Não	99 (9,7)	1	1
Sim	92 (15,9)	1,63 (1,25-2,13)	1,57 (1,21-2,03)
Fuma		P < 0,001	P < 0,0001 ^c
Não	170 (14,7)	1	1
Sim	21 (4,8)	0,33 (0,21-0,51)	0,44 (0,28-0,68)
Álcool		P = 0,005	P = 0,06
Não	164 (13,3)	1	1
Sim	27 (7,5)	0,57 (0,39-0,84)	0,67 (0,46-1,02)
Tem convênio		P < 0,001	P = 0,2
Não	47 (6,9)	1	1
Sim	144 (15,7)	2,27 (1,66-3,11)	1,23 (0,87-1,74)

como forma de prevenção secundária foi 26%, 77% e 90% maior do segundo ao quarto quartil, respectivamente, em comparação ao primeiro. Por fim, ter convênio de saúde mostrou um aumento na probabilidade de referir à mamografia (RP: 1,28; IC_{95%}: 1,05-1,56).

Discussão

Com este estudo podemos observar que o autoexame é bastante lembrado pelas mulheres

como método de prevenção secundária (84,5%), não mostrando diferença estatística significativa quanto aos fatores socioeconômicos. Acreditamos que a menção de tantas participantes a esse exame possivelmente seja o reflexo de campanhas de saúde anteriormente veiculadas pela mídia, onde esse método era mencionado como fundamental para detecção precoce do câncer de mama. Estudos têm apontado à mídia como importante meio de aquisição de conhecimento sobre câncer de mama¹⁵, inclusive independentemente de escolaridade ou renda¹⁶.

Tabela 3. Conhecimento da mamografia como método para prevenção do câncer de mama e fatores associados. (n = 1596).

Variável	Mamografia		
	N (Prevalência)	Bivariada RP (IC95)	Multivariada RP (IC95)
Idade		p = 0,06 ^b	p = 0,08 ^b
>=70	39 (24,5)	1	1
60-69	61 (32,8)	1,34(0,95-1,88)	1,29 (0,91-1,83)
50-59	92 (33,8)	1,38 (1,01-1,90)	1,32 (0,94-1,87)
40-49	90 (29,7)	1,21(0,88-1,67)	1,10 (0,76-1,58)
30-39	73 (28,4)	1,16 (0,83-1,62)	1,01 (0,69-1,49)
<=29	101 (24,1)	0,98 (0,71-1,36)	0,96 (0,68-1,39)
Cor da pele		P = 0,009	P = 0,25
Preta e outras	111 (23,9)	1	1
Branca	345 (30,5)	1,28(1,06-1,54)	1,12 (0,93-1,34)
Estado civil		P = 0,02	P = 0,004 ^c
S/companheiro	228 (26,2)	1	1
C/companheiro	228 (31,4)	1,20 (1,02-1,40)	1,26 (1,08-7)
Escolaridade		P < 0,001	P = 0,001 ^c
2º grau incompleto	392 (34,4)	1	1
2º grau completo	231 (50,7)	1,60(1,38-1,87)	1,31 (1,12-1,54)
Renda (quartis)		P < 0,001 ^a	P < 0,001 ^{a,c}
1º	66 (16,5)	1	1
2º	91 (23,3)	1,41 (1,06-1,88)	1,26 (0,94-1,69)
3º	146 (34,5)	2,09 (1,62-2,70)	1,77 (1,34-2,32)
4º	144 (39,3)	2,38 (1,85-3,08)	1,90 (1,43-2,54)
Trabalha		P = 0,001	P = 0,09
Não	263 (25,9)	1	1
Sim	193 (33,3)	1,29(1,10-1,50)	1,14 (0,98-1,34)
Fuma		P = 0,002	P = 0,3
Não	357 (30,8)	1	1
Sim	99 (22,7)	0,74 (0,61-0,90)	0,90 (0,74-1,11)
Álcool		P = 0,005	P = 0,7
Não	1238 (77,6)	1	1
Sim	358 (22,4)	0,57 (0,39-0,84)	0,96 (0,80-1,16)
Tem convênio		P < 0,001	P = 0,02 ^c
Não	138 (20,3)	1	1
Sim	318 (34,7)	1,71(1,43-2,03)	1,28 (1,05-1,56)

Já o exame clínico das mamas realizado por profissionais de saúde é um método simples não-invasivo e sem custos, com sensibilidade de 94.5% e especificidade 87.7%¹⁷. Quando realizado por profissional treinado pode detectar tumor de até um centímetro, se superficial¹⁷. Pode ser útil em áreas onde o diagnóstico tardio é a realidade, em consequência da indisponibilidade de recursos para diagnósticos por imagem. No entanto, este método foi citado para prevenção do câncer por apenas 12% das pacientes estuda-

das. Verificou-se que as mulheres brancas, com maior escolaridade e que trabalham fora de casa apresentaram maior probabilidade de citarem o exame clínico como rotina preventiva do câncer de mama. Além disso, observa-se uma tendência linear de aumento de resposta referente ao exame clínico, na medida que aumenta o quartil de renda. A diferença na prevalência do desfecho entre o último e o primeiro quartil foi quatro vezes maior. Estudos mostram que a realização do exame clínico da mama está associada às caracterís-

ticas sociodemográficas das mulheres, sendo que mulheres idosas, não brancas, com menor renda familiar per capita, menor escolaridade e que realizaram suas consultas no SUS, apresentam uma menor probabilidade de realizarem o exame¹⁸⁻²⁰. Justamente no grupo de mulheres que apresenta uma maior dificuldade de acesso aos métodos diagnósticos por imagem, em que o exame clínico tem sido menos realizado. Sendo assim, se estas mulheres não souberem da importância de terem suas mamas examinadas por um profissional de saúde, elas não poderão solicitar este exame durante a consulta.

Ainda em relação ao exame clínico das mamas, as mulheres com companheiro e fumantes apresentaram uma probabilidade de 40% e 70%, respectivamente, de não referirem esse exame como método preventivo do câncer. Esse resultado parece paradoxal, pois é justamente o grupo das mulheres com companheiro que apresenta maior probabilidade de realizar esse exame²⁰ e, portanto, deveria ter maior conhecimento. Isso sugere que, se bem o conhecimento é importante para a realização da triagem, não é, certamente, o único fator e nem é indispensável para que ocorra essa realização. No que diz respeito ao grupo de fumantes, esse resultado é previsível, uma vez que assinala um tipo de comportamento com menor preocupação em saúde, e estudos tem mostrado que a realização do exame é menor entre fumantes²⁰. Contudo, preocupa o fato deste ser um importante fator de risco para diferentes tipos de neoplasia, inclusive as de mama^{6,15,21} e, no entanto, justamente o grupo de fumantes não consegue reconhecer os meios de prevenção da doença. Esse fato pode ocorrer porque o tabagismo é facilmente associado a problemas pulmonares ou cardíacos, mas não é associado ao câncer de mama pela população em geral.

O principal método de rastreamento com detecção precoce das neoplasias de mama é o exame radiológico, a mamografia é capaz de identificar lesões subclínicas²⁻⁵. No presente estudo esse método foi mencionado como preventivo por apenas 26,8% das mulheres entrevistadas. Estudo realizado com mulheres idosas em São Paulo observou que 55% das mulheres referiram a mamografia como o exame utilizado na detecção precoce do câncer de mama¹⁰. Lembrar que a menor prevalência encontrada no nosso estudo pode acontecer pela forma em que se perguntou sobre o conhecimento dos métodos, uma vez a resposta da mulher era espontânea e não induzida. Encontramos no nosso estudo uma prevalência de conhecimento da mamografia duas vezes maior do que a preva-

lência do exame clínico. Essa diferença pode estar explicada pela maior informação que as mulheres recebem sobre esse tipo de exame de triagem e o estudo antes citado encontrou que 32% das mulheres referiram a mídia como sua principal fonte de informação.

Quanto aos fatores associados ao aumento da citação da mamografia como método secundário de prevenção, observamos uma tendência linear em relação ao quartil renda, com prevalência passando de 26% no 1º quartil, para 90% no 4º quartil ($p < 0,001$). Além disso, as mulheres com companheiro, 2º grau completo, e que possuíam convênio, também apresentaram maior probabilidade de referenciar a mamografia, mas os efeitos foram menores. Estudos que analisaram fatores associados a realização da mamografia encontraram que mulheres brancas, não idosas, com companheiro e maior nível socioeconômico tiveram maior probabilidade de fazer esse exame²²⁻²⁶. Estudo realizado em Juiz de Fora (MG) entrevistou 4.621 mulheres, com mais de 60 anos, observou que mulheres com 70 anos ou mais, sem companheiro, com 4 anos ou menos de escolaridade, renda inferior a 3 salários mínimos e usuárias do sistema público de saúde apresentavam uma menor frequência de realização da mamografia²². Achado semelhante foi observado em inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP), que entrevistou 290 mulheres de 40 anos ou mais, verificou que as mulheres com renda menor ou igual a 5 salários mínimos tinham uma probabilidade 2,5 vezes maior de não ter realizado mamografia nos últimos dois anos²³. Podemos concluir que o acesso a escolaridade e a informação e as melhores condições socioeconômicas influenciam tanto no conhecimento da mamografia como método preventivo, como na sua execução.

Como limitações do estudo, é importante ressaltar que o tipo de delineamento utilizado não permite estabelecer relação causal e sim associações com os fatores estudados, já que existe a possibilidade de causalidade reversa. Mas, certamente, e para determinados fatores como os sociodemográficos, essa possibilidade se reduz, porque a relação inversa é pouco plausível. Outra limitação a considerar é o viés recordatório. Este tipo de erro sistemático também parece pouco provável no atual estudo, porque a lembrança do desfecho (conhecimento de formas de rastreamento) não parece ser afetado pelo transcurso do tempo. Outro aspecto a ressaltar é que as respostas à pergunta sobre como diagnosticar precocemente o câncer de mama, ao contrário

de outros estudos, eram dadas pela entrevistada sem nenhum tipo de indução. Acreditamos que é por isso que as prevalências de exame clínico e mamografia foram baixas, como foi dito anteriormente. Por outro lado, podemos ter maior certeza de que os valores encontrados representam o que as mulheres conhecem de formas de prevenção sem se valer de algum tipo de dado ou ajuda que facilite a lembrança dos métodos. Finalmente, como o estudo foi de base populacional, com mulheres de 18 anos ou mais, existe a possibilidade de extrapolação dos seus resultados apenas para populações semelhantes.

Os resultados deste estudo apontam para a necessidade de maior esclarecimento por parte da população feminina sobre os métodos de prevenção secundária do câncer de mama para que o diagnóstico seja precoce e se evite um dano maior. O autoexame foi o mais lembrado e tal fato pode ser explicado pelas intensas campanhas veiculadas na mídia abordando esse aspecto. O

conhecimento dos métodos preventivos pela mulher pode aumentar a sua realização. Mulheres sem conhecimento adequado não podem agir com maior autonomia em relação aos seus cuidados com sua saúde. No que diz respeito aos métodos de rastreamento do câncer de mama, essa falta de conhecimento reduz a possibilidade de exercer o poder de solicitar a realização do exame clínico de mama durante a consulta de rotina, e da solicitação e realização da mamografia quando indicado. Uma vez que a mídia apresenta papel de destaque na divulgação e na formação do conhecimento dos procedimentos adotados na prevenção do câncer de mama^{10,15,16}, concluímos que se faz necessário o reforço dos programas de prevenção existentes, e a inclusão de campanhas informativas sobre os métodos adequados para a prevenção dessa neoplasia, informando que o autoexame, se bem que é recomendável que seja realizado, por si só não é eficaz na prevenção secundária de essa neoplasia.

Colaboradores

O professor Dr. RA Mendoza-Sassi elaborou e executou o projeto do estudo e realizou juntamente com a professora Dra. CV Gonçalves a análise dos dados. As acadêmicas de Medicina VP Camargo, JM Cagol e B Miranda realizaram as entrevistas em domicílio, digitaram o banco de dados e fizeram a revisão bibliográfica para o artigo. A redação do artigo foi realizada por todos os autores com revisão final dos professores RA Mendoza-Sassi e CV Gonçalves.

Referências

1. World Health Organization (WHO). *International Agency for Research on Cancer*. WHO: Globocan; 2012.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Controle dos cânceres do colo do útero e da mama*. 2ª ed. Brasília: MS; 2013.
4. Marchi AA, Gurgel MSC. Adesão ao rastreamento mamográfico oportunístico em serviços de saúde públicos e privados. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2010; 32(4):191-197.
5. Ruiz CA, Freitas-Junior R. Thoughts on breast cancer in Brazil. *Rev Assoc Med Bras* 2015; 61(1):1-2.
6. Dugno M, Soldatelli J, Daltoé T, Rosado J, Spada P, Formolo F. Perfil do câncer de mama e relação entre os fatores de risco e estadiamento clínico em hospital do Sul do Brasil. *Rev Brasileira de Oncologia Clínica* 2014; 36(10):60-66.
7. World Health Organization (WH). *Cancer Control: Knowledge into Action. WHO Guide for Effective Programmes*. Geneva: WHO; 2007.
8. Matos J, Pelloso SM, Carvalho MDB. Fatores associados à realização da prevenção secundária do câncer de mama no Município de Maringá, Paraná, Brasil. *Cad Saude Publica* 2011; 27(5):888-898.
9. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. *Câncer de Mama - Prevenção Secundária: Sociedade Brasileira de Mastologia*. [internet]. [acessado 2014 Out 12]. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/026.pdf.
10. Santos G, Chubaci R. O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo. *Cien Saude Colet* 2011; 15(16):2533-2540.
11. Rutledge, DN, Barsevick M, Knobif MT, Bookbinder M. Breast cancer detection: knowledge, attitudes, and behaviors of women from Pennsylvania. *Oncology Nursing Forum* 2001; 28(6):1032-1040.
12. Linsell L, Burgess CC, Ramirez AJ. Breast cancer awareness among older women. *Br J Cancer* 2008; 99(8):1221-1225.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico. [internet]. [acessado 2013 Ago 20]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=431560&idtema=16&search=rio-grande-do-sul|rio-grande|sintese-das-informacoes>.
14. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997; 26(1):224-227.
15. Batiston A, Tamaki E, Souza L, Santos M. Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. *Rev. Bras. Saúde Matern Infant* 2011; 11(2):163-171.
16. Godinho ER, Koch HA. Fontes utilizadas pelas mulheres para aquisição de conhecimentos sobre câncer de mama. *Radiol Bras* 2005; 38(3):169-173.
17. Ravi C, Rodrigues G. Accuracy of Clinical Examination of Breast Lumps in Detecting Malignancy: A Retrospective Study. *Indian J Surg Oncol* 2012; 3(2):154-157.
18. Gonçalves C, Dias-da-Costa J, Duarte G, Marcolini A, Garlet G, Sakai A, Bianchi M. Exame clínico das mamas em consultas de pré-natal: análise da cobertura e de fatores associados em município do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(8):1783-1790.
19. Gonçalves CV, Cesar JÁ, Mendoza-Sassi RA. Quality and equity in prenatal care: a population based study in Southern Brazil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(11):2507-2516.
20. Dias-da-Costa JM, Olinto MTA, Bassani D, Marchionatti CRE, Bairros FR, Oliveira MLP, Hartmann M, Gabardo RM, Bennemann V, Pattussi MP. Desigualdades na realização do exame clínico de mama em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2007; 23(7):1603-1612.
21. Kispert S, Marentette J, McHowat J. Cigarette smoke induces cell motility via platelet-activating factor accumulation in breast cancer cells: a potential mechanism for metastatic disease. *Physiol Rep*. 2015; 3(3):e12326
22. Novaes CO, Mattos IE. Prevalência e fatores associados a não utilização de mamografia em mulheres idosas. *Cad Saude Publica* 2009; 25(2):310-320.
23. Amorim V, Azevedo M, Galvão C, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados a não realização da mamografia e do exame clínico das mamas: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(11):2623-2632.
24. Moreira CB, Bezerra KC, Mendes IC, Santos MCL, Oriá MOB, Fernandes AFC. Prevalência do exame mamográfico em mulheres brasileiras no período de 2009 a 2010. *Rev. Enferm. UERJ* 2013; 21(2):151-155.
25. Yankaskas BC, Gill KS. Diagnostic mammography performance and race: outcomes in Black and White women. *Cancer* 2005; 104(12):2671-2681.
26. Rezende MCR, Koch HA, Figueiredo JA, Thuler LCS. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2009; 31(2):75-81.

Artigo apresentado em 28/09/2015

Aprovado em 15/04/2016

Versão final apresentada em 17/04/2016