



ACESSO AO EXAME DE MAMOGRAFIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
ACCESS TO THE EXAMINATION OF MAMMOGRAPHY IN PRIMARY CARE
ACCESO AL EXAMEN DE MAMOGRAFÍA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Lorena Sampaio Almeida¹, Jocastra Bispo de Santana², Silmara Oliveira Silva³, Maria Inês Bezerra de Melo⁴.

RESUMO

Objetivo: avaliar o acesso à mamografia de pacientes referenciadas da atenção primária. **Método:** estudo quantitativo, de corte transversal, realizado no Centro de Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama IMIP/AVON, com uma amostra de 88 mulheres. Os dados foram analisados a partir de tabelas elaboradas no EpiInfo, versão 3.5.2. **Resultados:** 93,2% (82) relataram ter realizado este exame anteriormente, o que demonstra amplo conhecimento de sua importância; 51,2% (42) queixaram-se de dor durante o exame, seguidos por 17,1% (14), que referiram nervosismo. **Conclusão:** Observa-se a necessidade de ampliar a divulgação da importância da mamografia para sua maior adesão. **Descritores:** Acessibilidade aos Serviços de Saúde; Mamografia; Neoplasias da Mama.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the access to mammography of referenced primary care patients. **Method:** a cross-sectional, quantitative study performed at the IMIP / AVON Breast Cancer Diagnostic and Treatment Center, involving a sample of 88 women. The data were analyzed from tables elaborated in EpiInfo version 3.5.2. **Results:** 93.2% (82) reported having performed this examination previously, which demonstrates a wide knowledge of its importance, 51.2% (42) complained of pain during the examination, followed by 17.1% (14) reported nervousness. **Conclusion:** there is a need to broaden the dissemination of the importance of mammography for its greater adherence. **Descriptors:** Health Services Accessibility; Mammography; Breast Neoplasms.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el acceso a la mamografía de pacientes referenciados de la atención primaria. **Método:** estudio cuantitativo, de corte transversal, realizado en el Centro de Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama IMIP / AVON, e involucró con una muestra de 88 mujeres. Los datos se analizaron a partir de tablas elaboradas en EpiInfo, versión 3.5.2. **Resultados:** 93,2% (82) reportaron haber realizado este examen anteriormente, lo que demuestra amplio conocimiento de su importancia, el 51,2% (42) se quejaron de dolor durante el examen, seguidos por el 17,1% (14) que se refirieron nerviosismo. **Conclusión:** se observa la necesidad de ampliar la divulgación de la importancia de la mamografía para su mayor adhesión. **Descritores:** Accesibilidad a los Servicios de Salud; Mamografía; Neoplasias de la Mama.

¹Enfermeira, Mestranda, Programa de Mestrado em Sociedade, Tecnologias e Políticas Públicas, Centro Universitário Tiradentes/UNIT. Alagoas (AL), Brasil. E-mail: lorenasampaioalmeida@hotmail.com; ²Enfermeira, Mestranda em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: jocastra_bispo@hotmail.com; ³Enfermeira, Residência em Enfermagem em Oncologia, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira/IMIP. Recife (PE), Brasil. E-mail: silmara_olyveira@hotmail.com; ⁴Enfermeira, Doutora em Saúde Materno Infantil, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira/IMIP. Recife (PE), Brasil. E-mail: inesmel2000@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O câncer é definido como um grupo de doenças caracterizadas pelo crescimento descontrolado e anormal de células, cujas causas podem ser atribuídas a fatores externos, tais como tabaco, produtos químicos e radiação, ou a fatores internos, como as alterações genéticas, imunitárias e hormonais. Ressalta-se que a atuação destes fatores, de forma conjunta ou sequencial, pode iniciar ou promover a carcinogênese.¹

Trata-se de um problema de saúde pública mundial, não apenas pelo aumento de sua prevalência, mas, também, pelos altos investimentos em diversos níveis de atuação como na promoção à saúde, na detecção precoce, na assistência, na vigilância, na formação de recursos humanos, na pesquisa e na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).²

Para o ano de 2017, no Brasil, a expectativa sobre o número de novos casos de câncer é de que seja em torno de 420 mil, excetuando os casos de câncer de pele não melanoma. Em específico aos casos de câncer de mama feminino, são esperados mais de 57.960 novos casos³. As estimativas do INCA são válidas para o biênio 2016/2017.³

O câncer de mama é composto por um conjunto de doenças com diversas manifestações clínicas, múltiplas variações genéticas e morfológicas e, por conseguinte, diversas abordagens terapêuticas. Quando diagnosticado precocemente e tratado, há redução das taxas de morbimortalidade.⁴

Dentre as manifestações clínicas, o sinal mais referido é o nódulo, que geralmente é indolor, endurecido e irregular, porém, há tumores de consistência diferenciada, brandos, globosos e bem definidos. No entanto, há outros sinais e sintomas do câncer de mama como: edema cutâneo, que se assemelha com a casca de uma laranja; retração cutânea; alterações do mamilo, como dor, inversão, hiperemia, descamação ou ulceração, e secreção papilar, principalmente quando é espontânea e unilateral. Essa secreção é geralmente transparente, porém, pode apresentar-se na coloração rósea ou avermelhada, consequência da presença de glóbulos vermelhos.⁵

No Brasil, é observado o aumento na morbimortalidade, pois existem inúmeras barreiras que persistem desde o acesso ao rastreamento até as dificuldades da utilização dos recursos diagnósticos e dos tratamentos. Como resultado, há impactos importantes tanto no âmbito individual, como social e

político, sendo considerado problema de saúde pública e um dos alvos da Política Nacional de Atenção Oncológica.⁵

O Ministério da Saúde, pela Política Nacional de atenção Oncológica, destacou o controle do câncer de mama como parte fundamental e componente obrigatório nos planos estaduais e municipais de saúde. O diagnóstico precoce foi elencado como uma das prioridades nacionais no conjunto de propostas pelo “Pacto pela saúde”, em 2006, sendo uma das metas ampliar para 60% a cobertura de mamografias.⁶

A mamografia é o exame utilizado para rastreamento, com capacidade de detectar lesões não palpáveis e, por conseguinte, causando impacto na mortalidade por câncer de mama. Dessa forma, é o exame de imagem recomendando para o rastreamento do câncer de mama no Brasil.⁷

É um exame de imagem obtido por um aparelho de Raios X, conhecido por mamógrafo, em que há a compressão da mama a ser examinada. Dessa forma, supera a diferença anatômica entre a base e o ápice mamário, para uma melhor visualização das estruturas. Busca lesões mínimas, não palpáveis, ou alterações denominadas microcalcificações. Além disso, é classicamente usado para a investigação de nódulos mamários percebidos pela palpação ou mesmo por outros sintomas na região, e reconhece tumores em tamanhos entre 1-3mm.⁸

O exame de mamografia tem sensibilidade entre 46% e 88% e especificidade entre 82% e 99% e sua utilização, para rastreamento, reduz a mortalidade em 25%. Porém, uma boa imagem dependerá dos seguintes aspectos: tamanho e localização da lesão; densidade do tecido mamário (mulheres jovens apresentam mamas mais densas); uma técnica radiológica correta; conhecimento; prática e dedicação dos profissionais envolvidos.^{5; 8}

A mamografia e seus resultados são classificados segundo o Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS®), publicado pelo Colégio Americano de Radiologia (ACR) e traduzido pelo Colégio Brasileiro de Radiologia.⁷ O objetivo principal da utilização do BI-RADS é a uniformização e a padronização dos lados de mamografia, sujeitos à discrepância na interpretação quando utilizados critérios descritivos. Além disso, o BI-RADS serve como controle de qualidade dos dados provenientes da radiografia, pois permite a revisão e a adequação do diagnóstico radiológico prévio.⁷ A Classificação do BI-RADS é dividida em um

Almeida LS, Santana JB de, Silva SO et al.

Acesso ao exame de mamografia na atenção...

grupo de avaliações (0 a 6), em que zero consiste no exame incompleto; um, no exame negativo; dois, no exame com achado tipicamente benigno; três, no exame com achado provavelmente benigno; quatro, no exame com achado suspeito; cinco, no exame com achado altamente suspeito e seis o exame com achados cuja malignidade já está comprovada, e cada resultado propõe recomendações e acompanhamento conforme sua gravidade.⁷

De acordo com o Caderno de Atenção Básica, publicado em 2013 pelo Ministério da Saúde, é preconizada a realização do exame clínico das mamas anualmente em mulheres com idade entre 40 e 49 anos. Se há alteração, indica-se o exame de mamografia e rastreamento, por meio da mamografia, a cada dois anos em mulheres com idade entre 50 e 69 anos; já mulheres com 35 anos ou mais, com risco elevado, devem realizar mamografia e exame clínico das mamas anualmente.⁹

No entanto, programas de rastreamento ainda não são realidade em consequência de diversos fatores, dentre eles, a baixa cobertura da população-alvo, a precária infraestrutura para as rotinas do programa e a falta de seguimento da população a médio e longo prazos. Com isso, o rastreamento ocorre de forma oportunística, quando as mulheres procuram espontaneamente os serviços de saúde e recebem as recomendações para a realização de exames.¹⁰

Em 2009, foi implantado o Sistema de Informação para o Controle do Câncer de Mama (SISMAMA), para a padronização da coleta de dados sobre o rastreamento, o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama em todo o país e permitir a avaliação das ações de controle da doença.¹¹

Avaliações sobre o rastreamento do câncer de mama, com base no SISMAMA, publicadas até o momento, limitaram-se a descrever as características principais do sistema e a estimar cobertura e qualidade com abrangência regional.¹¹

O SISMAMA está contido em um outro Sistema de Informação mais abrangente, o SISCAN (Sistema de Informação de Câncer), instituído pela Portaria n° 3.394, de 30 de dezembro de 2014, e tem, como objetivo, o “monitoramento das ações relacionadas à detecção precoce, à confirmação diagnóstica e ao início do tratamento de neoplasias malignas”.¹²

O SISCAN deve ser obrigatoriamente implantado pelos seguintes estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, que atuam de

forma complementar ao SUS: laboratórios de citopatologia e anatomia patológica; unidades fixas e móveis de radiologia com serviço de mamografia; nos serviços que realizam tratamento para câncer nas modalidades de cirurgia, quimioterapia e radioterapia e nas coordenações Estaduais, do Distrito Federal e Municipais que acompanham as ações de controle do câncer.¹²

Em 2012, foi instituído o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia, com o objetivo de “avaliar o desempenho da prestação dos serviços de diagnóstico por imagem que realizam mamografia, com base em critérios e parâmetros referentes à qualidade da estrutura, do processo, dos resultados, da imagem clínica e do laudo”. Este programa tem abrangência nacional e se aplica em todos os estabelecimentos públicos e privados que realizam mamografia e que sejam vinculados ou não ao SUS.¹³

Citou-se, neste artigo, diversas vezes, o termo acesso, mas é importante definir essa palavra. Segundo o dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, consiste no “ato de ingressar, entrada, ingresso; possibilidade de chegar, a aproximação, chegada; possibilidade de alcançar algo”.¹⁴

Os estabelecimentos anteriormente citados devem alimentar, obrigatoriamente, os seguintes campos do SISCAN: requisição de exame citopatológico de colo do útero; requisição de exame citopatológico de mama; requisição de mamografia; resultado de mamografia; requisição de exame histopatológico de colo do útero e requisição de exame histopatológico de mama. Dessa forma, pressupõe-se que todas as mulheres encaminhadas, a partir da atenção primária, têm acesso direto à requisição da mamografia pelo SISCAN. Afinal, somente ocorre rapasse financeiro se a mesma estiver corretamente preenchida.¹³

No contexto dos serviços de saúde, baseia-se nos caminhos percorridos pelo usuário no sistema, na busca da resolução de sua necessidade, como uma “porta de entrada”. Além disso, o acesso universal é um princípio do Sistema Único de Saúde e uma garantia constitucional.¹⁵

Ao discutir a questão do acesso a partir das possibilidades de aproximação com os serviços de saúde, é importante que se tenha uma visão compreensiva, onde seja possível englobar uma dimensão econômica, referente à relação entre oferta e demanda; uma visão técnica, relativa à planificação e organização da rede de serviços; uma visão política, relativa ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular e uma

Almeida LS, Santana JB de, Silva SO et al.

Acesso ao exame de mamografia na atenção...

dimensão simbólica, relativa às representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde.¹⁵

Barreiras ao acesso a procedimentos de rastreamento apresentam padrão seletivo, evidenciando desigualdades sociais. A literatura aborda que os fatores associados à realização de exames de rastreamento no Brasil verificaram um gradiente crescente, segundo os níveis de renda e a escolaridade, na prevalência de mamografia. Esta, quando relacionada à existência de plano de saúde, é muito superior à encontrada para as que referem não ter plano (60% e 27%, respectivamente).¹¹

Nos Estados Unidos, no período de 1992 a 2000, apesar da redução substancial na proporção de mulheres entre 50-69 anos que nunca realizaram mamografia, mantiveram-se as desigualdades na utilização da mamografia, desfavorável para os grupos sociais mais pobres, de classe social mais baixa e de menor escolaridade. Entre mulheres acima de 60 anos, no Estado de Minas Gerais, a prevalência de não realização de mamografia manteve-se associada ao status socioeconômico e à autoavaliação do estado de saúde.¹¹

A partir da exposição do acesso à realização do exame de mamografia das pacientes oriundas da atenção primária, surgiu a intenção de elencar fatores que permeiam este acesso na atenção primária a esta parcela da população.

OBJETIVO

- Avaliar o acesso à mamografia de pacientes referenciadas da atenção primária.

MÉTODO

Estudo quantitativo, de corte transversal, com 88 mulheres referenciadas a partir da atenção primária que realizaram mamografias de rastreio em um centro de referência de Recife, PE, Brasil, e que estivessem obrigatoriamente com o formulário do SISCAN devidamente preenchido em mãos.

Para o cálculo da amostra, foi considerado o número total de mamografias realizadas no Centro de Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama IMIP/AVON: mil mamografias de rastreio por mês. Foi aplicada uma fórmula estatística, o que resultou em uma amostra de 88 mulheres a serem entrevistadas.

A coleta de dados compreendeu o período entre setembro a outubro de 2015. O estudo foi realizado no ambulatório de mastologia do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). A partir da análise prévia dos encaminhamentos na recepção,

foram identificadas as mulheres que compareceram ao serviço para a realização do exame de mamografia de rastreio que foram referenciadas por um serviço da atenção primária. Em seguida, as pacientes foram convidadas a participar da entrevista realizada por meio de um questionário semiestruturado.

Os aspectos éticos estão de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, onde foram respeitados os princípios bioéticos, assim como o sigilo e o anonimato dos voluntários da pesquisa, incluindo a liberdade de participação e de saída sem ônus. As voluntárias foram orientadas sobre a pesquisa e foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.¹⁶

Em observância aos princípios éticos da pesquisa, este estudo foi entregue para a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IMIP, sendo aprovado com CAAE número: 47559515.8.0000.5201 e as entrevistas somente ocorreram após a sua aprovação e o consentimento do local demarcado para a ocorrência das mesmas.

Os questionários foram aplicados pela pesquisadora após o aceite e o consentimento, antecédidos da assinatura do TCLE. As participantes da pesquisa foram esclarecidas quanto aos aspectos relacionados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, principalmente, no que se refere à garantia do sigilo, ao direito de recusar a continuar na pesquisa, em qualquer etapa, sem quaisquer prejuízos, e quanto à divulgação dos resultados em periódicos e eventos científicos.

As variáveis sociodemográficas das pacientes foram apresentadas a partir de tabelas elaboradas no EpiInfo, versão 3.5.2. (2010).

A partir da análise prévia dos encaminhamentos, na recepção, foram identificadas as mulheres que compareceram ao serviço para a realização do exame de mamografia de rastreio que foram referenciadas por um serviço da atenção primária. Em seguida, as pacientes foram convidadas a participar da entrevista que será realizada por meio de um questionário semiestruturado.

Os critérios de inclusão para a pesquisa foram: estar na faixa acima dos 40 anos de idade, já que é esta a faixa etária alvo para a realização de mamografias de rastreio; ter origem da atenção primária e ter posse do formulário de encaminhamento para tal exame (SISCAN).

RESULTADOS

Para a caracterização da amostra, foram avaliadas as seguintes variáveis: idade; estado civil; procedência; religião e escolaridade das mesmas.

Quanto à idade das entrevistadas, observa-se que a faixa etária mais encontrada entre as mulheres foi de 41 a 45 anos e 46 a 50 anos, ambas com 21,6%, de acordo com a **tabela 1**, o que corrobora com as orientações do Ministério da Saúde de que mulheres a partir de 40 anos devem fazer o exame de rastreio anualmente, e as mulheres de 50 a 69 anos, sem sinal de patologia, devem fazer a cada dos anos.⁹

Tabela 1. Aspectos sociodemográficos. Recife (PE), 2015, Brasil.

Variáveis	n=88	100%
Faixa Etária		
35 a 40 anos	6	6,8%
41 a 45 anos	19	21,6%
46 a 50 anos	19	21,6%
51 a 55 anos	12	13,6%
56 a 60 anos	13	14,8%
61 a 65 anos	7	8,0%
66 a 70 anos	6	6,8%
71 a 75 anos	4	4,5%
76 a 80 anos	2	2,3%
Escolaridade		
Da 1ª a 4ª séries do ensino fundamental	18	20,5%
Da 5ª a 8ª séries do ensino fundamental	25	28,4%
Ensino médio completo	15	17,0%
Ensino médio incompleto	8	9,1%
Ensino superior completo	10	11,4%
Ensino superior incompleto	6	6,8%
Não estudou	5	5,7%
Pós-graduação	1	1,1%

Quanto ao estado civil, como se pode observar na **tabela 2**, 43,7% (31) das entrevistadas relataram estar casadas ou em união estável; 32,4% (23) explicaram estar divorciadas; 16,9% (12), viúvas e 4,2% (3), solteiras.

Quanto à presença de filhos, 85,2% (75) afirmaram tê-los. É importante salientar que a média de número de descendentes das entrevistadas foi de 2,43. Apenas uma (1%)

Em relação ao trabalho e ocupação, 62,5% (55) das entrevistadas não trabalham, e o que foi constatado nas falas destas mulheres é que a maioria é dona de casa e cuida de suas famílias, e 37,5% (33) apresentam algum tipo de trabalho externo.

Quanto à procedência das entrevistadas, foi observado que 77,3% (68) mulheres eram procedentes da cidade do Recife; 21,6% (19) eram de alguma cidade do interior de Pernambuco e somente 1,1% (1) era de outro Estado, Ceará, explicou gostar de uma médica próxima à casa de parentes e que vinha a Recife justamente para realizar esse acompanhamento e exames de rotina.

mulher relatou ter 14 filhos, algo não tão comum na atualidade. Do total de mulheres que afirmaram prole, 13,3% (10) nunca amamentaram, o que já se sabe que se apresenta como um risco ao câncer de mama.^{17; 23} A importância do conhecimento sobre a prole é afirmada, pois já foi comprovado que a nuliparidade é um fator de risco importante para a ocorrência do câncer de mama.²³

Tabela 2. Aspectos Familiares. Recife (PE), 2015, Brasil.

Dados	n=88	100%
Estado Civil		
Casada ou União estável	31	43,7
Divorciada	23	32,4
Solteira	3	4,2
Viúva	12	16,9
Possui Filhos		
Sim	75	85,2%
Não	13	14,8%

Das 88 mulheres entrevistadas, 93,2% (82) afirmaram já ter realizado o exame de mamografia anteriormente, enquanto 6,8% (6)

negaram ter feito anteriormente o exame referido.

Destas 82 mulheres que relataram mamografia anteriormente, 61% (50) disseram

ter feito de uma a cinco vezes; 19,5% (16) realizaram entre cinco e dez vezes e 19,5% (16) relataram mais de dez vezes. O que se percebe é que quanto mais idade a mulher apresenta, maior é o relato de repetição do exame. Isso se deve às orientações do Ministério da Saúde.

O seguimento do que é preconizado pelo Ministério é confirmado quando perguntado sobre o último exame realizado: 79,2% (66) afirmaram ter sido entre meses a dois anos incompletos; 9,8% (8), há dois a três anos incompletos e 11% (9) há mais de três anos.

Questionadas sobre a sensação apresentada durante o exame (**Tabela 3**), 51,2% (42) das entrevistadas afirmaram sentir dor. Foram feitas diversas reclamações. Uma delas definiu a mamografia como uma “fotocópia” da mama, de tanto que a mesma é pressionada; 17,1% (14) relataram apresentar somente nervosismo; 13,4% (11) apresentaram desconforto físico, algo definido por elas como leve e suportável; 3,7% (3) alegaram medo; 1,2% (1) relatou vergonha; 13,4% (11) negaram qualquer sentimento, explicando que não sentiram absolutamente nada ao realizar tal exame.

Tabela 3. Número e frequência da sensação durante a mamografia. Pernambuco, 2015.

Sensação durante a mamografia	N (82)	% (100)
Dor	42	51,2%
Nervosismo	14	17,1%
Desconforto físico	11	13,4%
Nada	11	13,4%
Medo	3	3,7%
Vergonha	1	1,2%
Total	82	100,0%

Quanto às seis mulheres que nunca realizaram o exame, foi possível observar, na **Tabela 4**, que 33,3% (2) afirmaram nunca ter realizado o exame, pois não tinham idade suficiente para se encaixar no que é preconizado pelo Ministério da Saúde; 33,3% (2) relataram ser saudáveis e, por isso, não era necessário; uma (16,7%) explicou que não conhecia o exame de mamografia e/ou não sabia da sua finalidade ou importância e outra (16,7%) afirmou apresentar problemas com a

distância para acesso ao local de realização do exame.

A partir desses dados, é possível compreender que, apesar da intensa divulgação para a adesão à mamografia como um exame de rotina, primordial para a manutenção da saúde da mulher, há mulheres que desconhecem o exame e as indicações do mesmo. Dessa forma, estes números reforçam a importância da divulgação para toda a população e, em especial, às mulheres menos favorecidas financeiramente.

Tabela 4. Motivo de nunca terem feito a mamografia. Recife (PE), 2015, Brasil.

Motivo de nunca terem feito a Mamografia	N (6)	% (100)
Não conhecia o exame/ não sabia de sua finalidade ou importância	1	16,7%
Não era necessário/sou saudável	2	33,3%
Não tinha idade para realizar	2	33,3%
Problemas com distância	1	16,7%

Em relação ao processo de encaminhamento da mulher até o Centro de Mama, foram realizados alguns questionamentos sobre o caminho percorrido até o ponto final, a realização da mamografia. Quando questionadas sobre quem encaminhou para a realização do exame, 88,6% (78) relataram encaminhamentos pelo médico; 7,9% (7) afirmaram ter sido encaminhadas por amigos e/ou conhecidos; 2,3% (2) explicaram que foram encaminhadas por familiares e uma mulher explicou ter sido encaminhada pela Associação de Moradores.

O Centro da Mama atua como um serviço de demanda espontânea e, mesmo que as mulheres não apresentem o encaminhamento, a recepção consegue encaixar uma consulta com a Enfermeira e, se a usuária estiver dentro da faixa etária recomendada para a mamografia de rastreio, são solicitados o encaminhamento e o exame.

Quando questionadas se as mesmas chegaram ao Centro de Mama/IMIP com o formulário de encaminhamento/SISCAN, 80,7% (71) afirmaram estar de posse de tal encaminhamento; 19,3% (17) das

entrevistadas explicaram que não estavam de posse deste documento, um número bem significativo, mais ainda quando se observa que dessas 19,3% (17) que chegaram sem encaminhamento, todas conseguiram realizar o exame de mamografia.

No que se refere à demora para a realização da mamografia, 84,1% (74) negaram qualquer demora e 15,9% (14) afirmaram ter demorado para realizar tal exame. Destas 15,9% (14) que confirmaram a demora, 21,4% (3) relataram ter demorado entre 15 dias a um mês e 78,6% (11)

explicaram que demoraram mais de um mês para efetuar o exame.

Ainda sobre estas 15,9% (14) mulheres que afirmaram demora para a realização do exame de mamografia, quando questionadas sobre o motivo de tal demora, como se pode ver na **Tabela 5**, 50% (7) afirmaram ter sido pelos seguintes motivos: falta de tempo para realizá-lo; 28,6% (4) explicaram ter sido por fatores de distância; 14,3% (2) foram por comodidade, por não querer e uma (7,1%) explicou que demorou para fazer, pois a mama estava dolorida e a mesma esperava que aliviasse.

Tabela 5. Motivo da demora para a realização da Mamografia. Recife (PE), 2015, Brasil.

Motivo da demora	n	%
Dor nas mamas	1	7,1%
Comodidade	2	14,3%
Distância	4	28,6%
Tempo	7	50,0%
Total	14	100,0%

Como último ponto a ser abordado, foi perguntado a respeito da realização da palpação das mamas em busca de algum achado diferencial e com que frequência elas realizam esse procedimento. Vinte mulheres (22,7%) explicaram que não se tocam; 42% (37) afirmaram que fazem, porém, sem frequência definida; 33% (29) apontaram que fazem mensalmente ou com maior frequência; e 2,3% (2) explicaram que fazem, porém, em média, duas vezes ao ano, de forma esporádica.

DISCUSSÃO

Sabe-se que fatores como renda familiar, escolaridade e local de moradia (zona rural ou urbana) apresentam associação com a realização ou não da mamografia. Existe uma melhor adesão deste exame entre os indivíduos com alta renda familiar, boa escolaridade e que residem na zona urbana,¹⁷ característica essa que se encontrou bastante diversificada entre as mulheres entrevistadas, evidenciando diversos graus de escolaridade.

Quanto à faixa etária mais incidente entre as mulheres questionadas, constatou-se que a faixa etária mais representativa foi a de 41 a 50 anos, que pode ser explicada pela recomendação do Ministério da Saúde para a realização da mamografia. Brasil, 2013, sugere que “quando a mamografia é ofertada às mulheres entre 50 e 69 anos, a cada dois anos, com cobertura igual ou superior a 70% da população-alvo, é possível reduzir a mortalidade por câncer de mama em 15% a 23%”.⁹

A maioria das mulheres residia em Recife, o que corrobora com os estudos existentes que apontam o local de moradia como fator importante para a adesão à mamografia. Locais longínquos, rurais, tornam o acesso mais difícil, e a amostra da pesquisa em questão apresentou um número de mulheres que residem na capital, na área urbana, superior a cidades do interior.^{10,17-8}

A prevenção relacionada à Atenção Primária do câncer de mama está relacionada ao controle dos fatores de risco reconhecidos. Embora os fatores hereditários e muitos daqueles relacionados ao ciclo reprodutivo da mulher não sejam passíveis de mudança, evidências demonstram uma redução do risco relativo para câncer de mama de cerca de 4,3% a cada 12 meses de aleitamento materno, adicionais à redução de risco relacionada à maior paridade.⁹ Algumas mulheres relataram que não amamentaram seus filhos e isso pode ser transformado, por meio de orientações e incentivo no pré-natal.

O Ministério da Saúde ainda explica que fatores relacionados ao estilo de vida, como obesidade, pós-menopausa, sedentarismo, consumo excessivo de álcool e terapia de reposição hormonal, podem ser controlados e contribuir para diminuir a incidência do câncer de mama, o que historicamente tem sido pouco valorizado. Com base em amplo resumo sobre evidências científicas da relação entre alimentação, atividade física e prevenção de câncer, estima-se que é possível prevenir 28% dos casos de câncer de mama por meio da alimentação, nutrição, atividade física e gordura corporal adequada.⁹

Almeida LS, Santana JB de, Silva SO et al.

Acesso ao exame de mamografia na atenção...

Em 2003, 42,5% da população feminina de 25 anos ou mais de idade haviam se submetido, pelo menos uma vez, ao exame de mamografia. Em 2008, esse número teve um acréscimo de 54,8% (31,6 milhões) de mulheres de 25 anos ou mais de idade realizaram o exame. Em números absolutos, o crescimento foi de cerca de 48%.²⁰ No que se refere ao exame de mamografia, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revelam o crescimento no número de exame nos últimos anos, representando um aumento, ainda que desigual, no acesso à mamografia.²⁰

A mamografia recebeu investimentos robustos do governo federal nos últimos quatro anos. Entre 2010 e 2014, foram repassados R\$ 3,3 bilhões a hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) que tratam de diversos cânceres, entre eles, o de mama. De acordo com o Ministério da Saúde, os recursos dos últimos quatro anos foram 45% maiores que o do mesmo período anterior.²¹

O resultado se refletiu no aumento expressivo de mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 anos, a faixa etária que registra o maior número de casos de câncer de mama. Em 2010, o SUS realizou cerca de 1,55 milhão de mamografias. Em 2013, esse número saltou para pouco mais de 2,5 milhões, um crescimento de 61,9%. O SUS ampliou, também, o volume de exames de pouco mais de três milhões, em 2010, para 4,3 milhões, em 2014.²¹

Não obstante, foi observado que, das 88 mulheres entrevistadas, 93,2% (82) afirmaram já ter realizado o exame de mamografia anteriormente, enquanto 6,8% (6) negaram ter feito anteriormente o exame referido.

Um estudo realizado em Dourados, Mato Grosso do Sul, demonstrou um fato interessante. Tal pesquisava procurava identificar se as mulheres conheciam os fatores de risco para câncer de mama e constatou que uma parcela das mulheres identificava a não realização de consultas e exames como fatores de risco para o câncer de mama.²² Esta situação serve como base para entender a boa porcentagem de mulheres que já haviam realizado o exame de mamografia.

A Lei 11.664/2008, que dispõe sobre a atenção integral à saúde da mulher, reforça o que já é estabelecido pelos princípios do SUS: o direito universal à saúde. Estabelece que deve ser assegurada a realização de exames mamográficos a todas as mulheres a partir dos

40 anos ou a partir 35 anos, se a mesma apresentar risco elevado.²³

O SUS garante a toda brasileira o acesso gratuito à mamografia, desde que esteja dentro da faixa etária recomendada.²⁸ Esse exame, como qualquer outro realizado pela rede de saúde pública ou complementar, depende de indicação médica - o que não foi alterado pela nova legislação. É o profissional de saúde que indica à paciente se deve ou não fazer o exame, de acordo com seu histórico familiar, sua idade ou a suspeita de alguma alteração. É preciso esclarecer que há indicações diferentes para a realização de mamografia, ambas dependentes de indicação médica.²³

O profissional de saúde pode solicitar a mamografia diagnóstica, quando há suspeita, independentemente da idade da paciente. O médico e o enfermeiro devem recomendar à paciente, entre 50 e 69 anos, mamografia para rastreamento. Nesse caso, o objetivo é o monitoramento das mulheres saudáveis, com a realização de exames regulares, a fim de diagnosticar precocemente possíveis casos da doença e diminuir a taxa de mortalidade na faixa etária de maior risco e incidência.²³⁻⁴

Somente 33% (29) das mulheres afirmaram realizar o autoexame das mamas com frequência e isso pode ser justificado pelas mudanças nas indicações dessa rotina. O Instituto Nacional do Câncer e a Sociedade Brasileira de Mastologia não estimulam o autoexame da mama (AEM) como estratégia isolada de detecção precoce do câncer de mama. A recomendação é que o exame das mamas, pela própria mulher, faça parte de educação para a saúde que contemple o conhecimento do próprio corpo não como estratégia específica para o diagnóstico.²⁵

As evidências científicas sugerem que o AEM não é eficiente para o rastreamento e não contribui para a redução da mortalidade por câncer de mama. Além disso, provoca consequências negativas, como o aumento do número de biópsias de lesões benignas, falsa sensação de segurança nos exames falsamente negativos e impacto psicológico negativo nos exames falsamente positivos. Portanto, o exame das mamas, realizado pela própria mulher, não substitui o exame físico realizado por profissional de saúde (médico ou enfermeiro) qualificado para essa atividade.^{19;}
25; 26

CONCLUSÃO

Embora a realização de mamografia seja elevada entre as mulheres de Recife oriundas da atenção primária, existe ainda um

Almeida LS, Santana JB de, Silva SO et al.

Acesso ao exame de mamografia na atenção...

percentual de mulheres que nunca tinham feito o exame de mamografia. Os fatores fortemente associados à não realização do exame para a detecção precoce estão relacionados ao desconhecimento da importância; à faixa etária não incluída no rastreamento do câncer de mama e à distância de moradia e local de oferta.

Apesar de apresentar fatores não modificáveis, como a faixa etária estabelecida pelo Ministério da Saúde, há outros que podem ser esclarecidos com Educação em Saúde, ao incentivar a realização de tal exame e a necessidade para um diagnóstico de uma patologia, no seu início, em que as possibilidades de cura elevam-se drasticamente.

O incentivo à realização de mamografia, para um diagnóstico precoce, eleva as possibilidades de cura, sendo de extrema importância políticas que possibilitem e aumentem o acesso/acessibilidade das mulheres, de acordo com a faixa etária, à realização do referido exame.

REFERÊNCIAS

1. Silva PLN, Ruas PR, Barbosa HA, Soares LM, Rocha GG. The meaning of cancer: patient perception. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2013 Dec [cited 2017 Feb 03]; 7(12):6828-33. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/view/4751>
2. Gotzsche PC, Jorgensen, KJ. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database of Syst Rev* [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 03];6(CD001877.). Doi: 10.1002/14651858.CD001877.pub5.
3. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2015 [cited 2017 Feb 03]. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>
4. Martins CA, Guimarães RM, Silva RLDP, Ferreira APS, Gomes FL, Sampaio JRC, et al. Evolução da mortalidade por câncer de mama em mulheres jovens: desafios para uma política de atenção oncológica. *Rev bras cancerol* [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 03];59(2):341-9. Available from: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/04-artigo-evolucao-mortalidade-cancer-mama-mulheres-jovens-desafios-politica-atencao-oncologica.pdf
5. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Programa Nacional de Controle de Câncer de Mama [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2011 [cited 2017 Feb 13]. Available from: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama
6. Porto MAT, Teixeira LA, Silva RCF. Aspectos Históricos do Controle do Câncer de Mama no Brasil, *Rev bras cancerol* [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 03];59(3):331-9. Available from: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/03-artigo-aspectos-historicos-controle-cancer-mama-brasil.pdf
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama [Internet]. 2nd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2017 Feb 15]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controlo_canceres_colo_uterio_2013.pdf
8. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Mamografia: da prática ao controle [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2007 [cited 2017 Feb 12]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualidade_mamografia.pdf
9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama [Internet]. 2nd ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 [cited 2017 Feb 16]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controlo_canceres_colo_uterio_2013.pdf
10. Corrêa RS, Júnior-Ruffo F, Peixoto JE, Rodrigues DCN, lemos MEF, Marins LAP et al. Estimated mammogram coverage in Goiás State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2011 Sept; 27(9):1757-67. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000900009>
11. Silva GA, Bustamante-Teixeira MT, Aquino EML, Tomazelli JG, Santos-Selva I. Access to early breast cancer diagnosis in the Brazilian Unified National Health System: an analysis of data from the Health Information System. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(7):1537-49. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00156513>
12. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.394, de 30 de Dezembro de 2013. Institui o Sistema de Informação de Câncer (SICAN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2017 Jan 28]. Available

Almeida LS, Santana JB de, Silva SO et al.

Acesso ao exame de mamografia na atenção...

from:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3394_30_12_2013.html

13. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria n° 2.898, de 28 de Novembro de 2013. Atualiza o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2017 Feb 16]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2898_28_11_2013.html

14. Houaiss A. Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

15. Jesus WLA, Assis MMA. Systematic review about the concept of access to health services: planning contributions. Ciênc saúde coletiva. 2010 Jan. 15(1):161-70. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000100022>

16. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466 do Conselho Nacional de Saúde de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2017 Feb 14]. Available from: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html

17. Renck DV, Barros F, Domingues MR, Gonzales MC, Sclowits ML, Caputo EL, et al. Equity in access to breast cancer screening in a mobile mammography program in southern Rio Grande do Sul State, Brazil. Cad Saúde Pública. 2014 Jan;30(1):88-96. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00017113>

18. Oliverira RD, Santos MC, Moreira CB, Fernandes AF. Detection of Breast Cancer: knowledge, attitude, and practice of Family health strategy women. J Canc Educ. 2017 Mar; 11(1):1-6. Doi: [10.1007/s13187-017-1209-4](http://dx.doi.org/10.1007/s13187-017-1209-4)

19. Marques CTQ, Barreto CL, Morais VLL, Junior-Lima NF. Oncologia: uma abordagem multidisciplinar. Recife: Carpe Diem Edições; 2015.

20. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2008 - suplemento: um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [cited 2017 Feb 16]. Available from:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnad_panorama_saude_brasil.pdf

21. Ministério da Saúde (BR). Portal Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2017 Feb 18]. Available from: <http://portalms.saude.gov.br/>

22. Batiston AP, Tamaki EM, Souza LA, Santos MLM. Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2011 Apr/June;11(2):163-71. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292011000200007>

23. Lei n° 11.664 de 29 de Abril de 2008 (BR), Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União [Internet]. 2008 Apr 29 [cited 2017 Feb 18]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11664.htm

24. Ministério da Saúde (BR), Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria n° 61, de 1 de Outubro de 2015. Torna pública a decisão de não ampliar o uso da mamografia para o rastreamento do câncer de mama em mulheres assintomáticas com risco habitual fora da faixa etária atualmente recomendada (50 a 69 anos) no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2017 Feb 19]. Available from: <http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/08/Portaria-61-2015-CONITEC.pdf>

25. Menke CH, Delazeri GJ. Self-examination or self-deception? Femina [Internet]. 2010 [cited 2017 Jan 11];38(1):3-6. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n1/a002.pdf>

26. Kösters JP, Gotzsche PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. Cochrane Database of Syst Rev. 2003; (2):CD003373. Doi: [10.1002/14651858.CD003373](http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003373)

Submissão: 12/04/2017

Aceito: 11/10/2017

Publicado: 01/11/2017

Correspondência

Lorena Sampaio Almeida
Edifício Herdade
Rua Deputado José Lages, 137, Ap. 602
Bairro Ponta Verde
CEP: 57035-330 – Maceió (AL), Brasil