

Luan Viana Faria¹
Mikaela Santos Mascarenhas²
Davi da Costa Laurindo²
Lorena Pinholi de Moraes²
Mário Círio Nogueira³

¹Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.

²Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.

³Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.

✉ **Luan Faria**

Fazenda da Reforma, s/n, Araraí, Alegre, Espírito Santo
CEP: 29535-000
📧 luan.faria@odontologia.ufjf.br

RESUMO

Introdução: No cuidado integral à mulher, desenvolvido na atenção primária à saúde, destaca-se a importância de ações relacionadas ao controle do câncer de mama, uma das principais causas de adoecimento e morte das mulheres. Em comparação com países desenvolvidos que possuem programas de detecção precoce bem estruturados, o Brasil ainda possui taxas de mortalidade elevadas. **Objetivo:** Analisar a adequação dos conhecimentos e práticas das usuárias da atenção primária à saúde sobre o rastreamento do câncer de mama, tendo como referência as recomendações do Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Material e Métodos:** Estudo transversal descritivo utilizando um questionário estruturado aplicado às usuárias de uma unidade básica de saúde com faixa etária de 25 a 69 anos. Foram estimadas prevalências de práticas adequadas e suas associações com fatores sociodemográficos. **Resultados:** Embora quase todas as mulheres já tenham ouvido falar da mamografia e a maioria sabia de sua finalidade, nenhuma apresentou conhecimento inteiramente adequado sobre o rastreamento do câncer de mama. A prevalência de prática adequada à sua faixa etária foi de 34,4% (IC95%: 28,0%-41,3%), com maior proporção para as usuárias mais jovens (84,1%; IC95%: 75,1-93,2%). **Conclusão:** O conhecimento das usuárias da atenção primária à saúde, sobre o rastreamento do câncer de mama, ainda é muito precário. Isto se reflete na inadequação das práticas em relação à mamografia. Ações de educação em saúde podem reverter esta situação e potencialmente levar a um impacto positivo na saúde da população feminina.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Programas de Rastreamento; Neoplasias da Mama; Mamografia.

ABSTRACT

Introduction: In comprehensive care for women, developed in primary health care, the importance of actions related to the control of breast cancer is highlighted, one of the main causes of illness and death of women. In comparison with developed countries that have well-structured early detection programs, Brazil still has high mortality rates. **Objective:** To investigate the adequacy of the knowledge and practices of primary care users regarding breast cancer screening, based on the recommendations of the National Cancer Institute (INCA). **Material and Methods:** Descriptive cross-sectional study using a structured questionnaire applied to users of a primary health care service aged 25 to 69 years. Prevalence of appropriate practices and their association with sociodemographic factors were estimated. **Results:** Although almost all women have heard of mammography and most knew of its purpose, none had an entirely adequate knowledge of breast cancer screening. The prevalence of appropriate practice for their age group was 34.4% (95% CI: 28.0% -41.3%), with a higher proportion for younger users (84.1%; 95% CI: 75.1-93.2%). **Conclusion:** The knowledge of primary health care users on breast cancer screening is still very precarious. This is reflected in the inadequacy of practices in relation to mammography. Health education actions can reverse this situation and potentially lead to a positive impact on the health of the female population.

Key-words: Primary Health Care; Mass Screening; Breast Neoplasms; Mammography.

Submetido: 10/02/2020

Aceito: 27/04/2020



INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a primeira causa de morte por câncer entre as mulheres, e no contexto nacional e internacional, é o mais frequente tumor maligno feminino não melanoma.¹

Para o ano de 2019, estimou-se 59.700 novos casos de câncer de mama, com um risco estimado de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres.² Apesar da alta taxa de mortalidade, de 12,9/100 mil, esta, sendo maior que a de qualquer outro câncer, a taxa de incidência é três vezes maior, resultando em um câncer com letalidade relativamente baixa.² O diagnóstico tardio aumenta a morbidade, compromete a qualidade de vida e reduz a sobrevida. Observa-se ainda que, taxas de mortalidade mais baixas são reflexo de melhoria na detecção precoce, através do rastreamento e intervenções terapêuticas oportunas e eficazes.³

O controle do câncer de mama é uma política de Estado,⁴ sendo alcançável através da atuação nos fatores de risco modificáveis, investigação oportuna de lesões mamárias suspeitas e o rastreamento, configurado como a realização periódica de exames em mulheres sem sinais e sintomas da doença. O método de rastreamento definido pelas Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil é a mamografia bienal, para as mulheres entre 50 e 69 anos que apresentem risco padrão.⁵

A cobertura do rastreamento, estipulada pela Organização Mundial de Saúde, deve ser de pelo menos 70% da população-alvo para que seja efetivo na redução da mortalidade.⁶ A Pesquisa Nacional de Saúde, cujos últimos dados são de 2013, estima a cobertura mamográfica brasileira em 60%, com disparidades regionais significativas, com o Norte alcançando 38,7% e o Sudeste, 67,9%. Fatores como a cor e a escolaridade interferem no acesso à mamografia pela população-alvo: pardas apresentam o menor percentual de mamografias (52,9%), seguido da população negra (54,2%) e branca (66,2%). As sem instrução ou com ensino fundamental incompleto, o percentual é de 50%, frente aos 82% dos que apresentam ensino superior completo.⁷

O rastreamento do câncer de mama consegue reduzir entre 25% e 31% a taxa de mortalidade, além de impactar em outros desfechos, como aumento da qualidade de vida e a redução do risco da doença avançada.³ Para que se aumente a possibilidade de realização do exame, é de suma importância que se identifique o grau de conhecimento e atitudes das mulheres frente ao câncer de mama. Portanto, este estudo teve como objetivo analisar a adequação dos conhecimentos e práticas das usuárias de uma unidade básica de saúde (UBS) sobre o rastreamento do câncer de mama, tendo como referência as recomendações do Instituto Nacional do Câncer/Ministério da Saúde (INCA/MS).⁵

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal descritivo com intuito de analisar os conhecimentos e práticas de usuárias da atenção primária à saúde a respeito do rastreamento do câncer de mama. Foi utilizado um questionário estruturado aplicado às usuárias de uma UBS da cidade de Juiz de Fora - MG na faixa etária de 25 a 69 anos, atendidas consecutivamente durante duas semanas, no mês de julho de 2019.

O questionário era composto por variáveis acerca das características sociodemográficas das usuárias, como idade, raça/cor (categorias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE), escolaridade, estado civil e tempo de relacionamento com a UBS e variáveis sobre o conhecimento das usuárias a respeito das recomendações das Diretrizes Brasileiras do INCA/MS para o rastreamento do câncer de mama e o padrão de realização do rastreamento pela usuária.⁶

As entrevistas foram realizadas por estudantes da área da saúde, previamente treinados na semana anterior às entrevistas. O estudo foi realizado com as usuárias que estavam na sala de acolhimento da UBS, que, após esclarecimentos sobre a pesquisa, aceitaram participar do estudo, sendo assinado o termo de consentimento livre e esclarecido e garantido o anonimato das participantes. Todas as usuárias que estavam na sala de acolhimento foram convidadas para participarem do estudo, afim de se evitar vieses de seleção amostral, excluindo-se aquelas fora da faixa etária estudada.

Para a classificação da adequação dos conhecimentos e práticas, as respostas ao questionário foram analisadas de acordo com os seguintes critérios:

1. Foi considerado um conhecimento adequado, quanto ao rastreamento do câncer de mama, as participantes que:

a) Sabiam que a mamografia é realizada para a detecção de câncer/nódulo na mama e que deve ser feita com periodicidade a cada dois anos dos 50 aos 69 anos.

2. Para análise da prática adequada, quanto ao rastreamento do câncer de mama, as participantes deveriam:

a) Para mulheres com menos de 50 anos: nunca terem feito a mamografia;

b) Para mulheres entre 50 e 70 anos: já terem feito a mamografia pelo menos uma vez, sendo a primeira com 50 anos ou mais e a última há menos de 24 meses;

c) Para mulheres com mais de 70 anos: já terem feito a mamografia pelo menos uma vez, sendo a primeira com 50 anos ou mais e a última com menos de 70 anos.

Realizou-se análise descritiva dos dados, com distribuição de frequências absolutas e relativas. Foram

estimadas as prevalências das práticas adequadas e testadas suas associações com as variáveis sociodemográficas, por meio do teste exato de Fisher. Foi feito o modelo de regressão de Poisson para estimar as medidas de associação ajustadas (razões de prevalência). Todas as análises usaram nível de significância de 5%. As análises foram realizadas no programa estatístico R (versão 3.5.2), através da interface gráfica do RStudio.

O protocolo da pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob o parecer número 3.415.835 e CAAE número 02584318.8.0000.5147.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 192 usuárias, das quais, 50% tinham mais de 50 anos. São apresentadas nas tabelas as distribuições de frequências das variáveis. As categorias de raça/cor predominantes foram a branca (85/44,3%) e a parda (57/29,7%). Grande parte das usuárias relatou escolaridade de nível fundamental incompleto (68/35,4%). Cerca de metade das mulheres eram casadas (97/50,5%) e mais da metade eram usuárias da UBS há mais de 10 anos (111/57,8%). As mulheres de 25-39 anos, comparadas às de 50-69 anos, tiveram maior proporção de raça/cor preta, escolaridade mais alta, estado civil solteira e menor tempo de UBS (tabela 1).

Em relação à mamografia de rastreamento, apenas duas mulheres (1%) ainda não tinham ouvido falar do exame e a maioria tinha um conhecimento adequado sobre sua finalidade. No entanto, apenas 10 usuárias (5,2%) sabiam corretamente a idade recomendada para início e término do rastreamento, enquanto 30 (15,6%) sabiam a periodicidade recomendada pelo INCA/MS. Cerca de dois terços das mulheres (127/66,1%) já tinham feito a mamografia alguma vez na vida, das quais metade nos últimos 12 meses e a grande maioria fez pela primeira vez com menos de 50 anos. Das mulheres que pegaram o exame, a maioria o levou a um profissional de saúde (tabela 2).

Nenhuma das mulheres apresentou conhecimento inteiramente adequado sobre as recomendações de rastreamento com mamografia. A prevalência de prática adequada à sua faixa etária foi de 34,4% (IC95%: 28,0%; 41,3%), com maior proporção para as usuárias de menos de 40 anos (84,1%), de raça/cor preta/parda (43,4%) e com maior escolaridade (43,5%) (tabela 3).

No modelo de regressão múltipla, apenas a faixa etária teve associação com a realização adequada do rastreamento (tabela 4).

DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou que as usuárias da

Tabela 1: Características sociodemográficas dos participantes da pesquisa, Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019 (N=192).

VARIÁVEIS	Faixas etárias						Valor de p*
	25-39		40-49		50-69		
	N	%	N	%	N	%	
Total	63	32,8	33	17,2	96	50	-
Raça/Cor							0,019
Branca	17	20	17	20	51	60	
Preta	23	50	7	15,2	16	34,8	
Amarela	2	66,7	0	0,0	1	33,3	
Parda	21	36,8	9	15,8	27	47,4	
Escolaridade							0,001
Sem instrução	0	0,0	0	0,0	1	100	
Fundamental incompleto	9	13,2	9	13,2	50	73,5	
Fundamental completo ou médio incompleto	14	36,8	9	23,7	15	39,5	
Médio completo ou superior incompleto	29	48,3	10	16,7	21	35	
Superior completo	11	44	5	20	9	36	
Estado civil							0,003
Solteira	30	52,6	6	10,5	21	36,8	
Casada	27	27,8	18	18,6	52	53,6	
União estável	2	25	4	50	2	25	
Divorciada	3	16,7	4	22,2	11	61,1	
Viúva	1	8,3	1	8,3	10	83,3	
Tempo de UBS							0,018
<=2 anos	19	50	8	21,1	11	28,9	
2 a 10 anos	14	32,6	4	9,3	25	58,1	
>10 anos	30	27	21	18,9	60	54,1	

*Teste exato de Fisher; significativo se $p < 0,05$. Dado faltante para a variável raça/cor:1.

atenção básica possuem um conhecimento inadequado sobre as recomendações do INCA/MS para o rastreamento do câncer de mama, especialmente no que tange à faixa etária e periodicidade recomendadas.

Vale ressaltar que, para desenvolver programas de intervenção adequados e eficazes, é necessário analisar o conhecimento prévio das mulheres sobre os métodos de rastreio e detecção precoce e como eles são aplicados atualmente.⁸ Nosso estudo observou um baixo conhecimento das usuárias com relação as diretrizes brasileiras do INCA/MS para o rastreamento mamográfico.⁵ Esse quadro pode estar

Tabela 2: Distribuição de frequência das respostas às variáveis sobre conhecimentos e práticas das usuárias da atenção primária à saúde a respeito do rastreamento do câncer de mama, Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019 (N=192).

VARIÁVEIS	N	%
Já ouviu falar no exame de mamografia?		
Sim	190	99,0
Não	2	1,0
Para que serve a mamografia?		
Detectar problemas na mama	25	13,0
Detectar câncer de mama	62	32,3
Detectar nódulo na mama	39	20,3
Prevenir câncer de mama	57	29,7
Outro	4	2,1
Não sei	5	2,6
Deve começar a fazer mamografia com que idade?		
Menos de 40 anos	71	37,0
40 anos	80	41,7
Entre 41 e 49 anos	7	3,6
50 anos	10	5,2
Não sabe	24	12,5
Deve parar de fazer mamografia com que idade?		
Menos de 69 anos	16	8,3
69/70 anos	10	5,2
Mais de 70 anos	4	2,1
Não deve parar / Não sabe	162	84,4
Qual a periodicidade que a mulher deve fazer a mamografia?		
Menos que 12 meses	15	7,8
12 meses	125	65,1
13 a 23 meses	1	0,5
24 meses	30	15,6
Mais que 24 meses	2	1,0
Não sabe	19	9,9
Já fez alguma vez?		
Sim	127	66,1
Não	63	32,8
Não respondeu	2	1,0

Com que idade fez a primeira vez? (apenas quem já fez)		
Menos de 40 anos	53	41,7
40 anos	24	18,9
Entre 41 e 49 anos	35	27,6
50 anos	7	5,5
Mais que 50 anos	3	2,4
Não respondeu	5	3,9
Há quanto tempo fez a última vez? (apenas quem já fez)		
De 0 a 12 meses	67	52,8
De 13 a 24 meses	34	26,8
Mais de 24 meses	25	19,7
Não respondeu	1	0,8

associado, entre outros aspectos, a aconselhamentos feitos pelos profissionais da saúde da atenção básica que não seguem estas diretrizes. Moraes et al⁹, em seu estudo com enfermeiros de UBS no estado de São Paulo, observaram que cerca de metade dos profissionais entrevistados mencionou que orientavam que o primeiro exame mamográfico deve ocorrer entre 40 e 50 anos, enquanto 45% disseram que aconselhavam as mulheres a realizar esse exame anualmente. Essas recomendações estão de acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR) e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) que recomendam iniciar o rastreamento a partir dos 40 anos e com periodicidade anual.¹⁰ Outro estudo também observou que os profissionais envolvidos na atenção primária desconhecem os protocolos definidos pelo INCA/MS, dificultando a transmissão de informações importantes para a população.¹¹

A SBM, o CBR e a FEBRASGO visam o diagnóstico precoce e a redução da mortalidade ao recomendarem a mamografia para mulheres partir dos 40 anos de idade.¹⁰ Tal medida difere das recomendações atuais do INCA/MS,⁵ que apesar de excluir do programa de rastreamento a faixa etária de 40 a 49 anos, tem como grande objetivo ampliar a cobertura de mamografia de rastreamento na população entre a faixa etária de 50 a 69 anos, por ser o grupo no qual essa ação teria evidência de efetividade, e, por isso, foi escolhida como base para o presente trabalho. Vale ressaltar que recentemente um estudo avaliou os principais guias de prática clínica elaborados no Brasil e concluiu que os produzidos pelo MS tinham melhor qualidade em relação aos elaborados pelas sociedades de especialidades médicas, uma vez que estavam mais de acordo com as evidências científicas atuais.¹² Entretanto, dois estudos, um realizado no município de Uberaba e outro envolvendo todo o estado

Tabela 3: Prevalência de práticas adequadas sobre o rastreamento do câncer de mama entre as usuárias da atenção primária à saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

VARIÁVEIS	N	n	Prevalência	IC95%
Total	192	66	34,4%	28,0;41,3
Faixa etária				
25-39	63	53	84,1%	75,1;93,2
40-49	33	7	21,2%	7,2;35,2
50-69	96	6	6,3%	1,4;11,1
Raça/Cor				
Branca/Amarela	85	20	23,5%	14,5;32,6
Preta/Parda	106	46	43,4%	33,9;52,9
Escolaridade				
Até fundamental incompleto	69	15	21,7%	12,1;31,5
Até médio incompleto	38	14	36,8%	21,5;52,2
Médio completo ou maior	85	37	43,5%	33,0;54,1
Estado Conjugal				
Com cônjuge	117	35	29,9%	21,6;38,2
Sem cônjuge	75	31	41,3%	30,2;52,5
Tempo de UBS				
<= 2 anos	38	17	44,7%	28,9;60,6
2 a 10 anos	43	16	37,2%	22,7;51,7
>10 anos	111	33	29,7%	21,2;38,3

N: número de usuárias. n: número de usuárias com prática adequada. Prevalência: percentual de usuárias com prática adequada. IC95%: intervalo de confiança de 95%.

de Minas Gerais e suas macrorregiões de saúde,^{13,14} identificaram predominância da prática de exames de rastreamento do câncer de mama na faixa etária de 40 a 49 anos, conforme recomendação das diretrizes das sociedades de especialidades médicas.

Apesar dessas contradições entre as sociedades médicas e o INCA/MS, para que um programa de rastreamento seja efetivo, são necessárias políticas de saúde que possibilitem o tratamento precoce, uma vez que este é o verdadeiro responsável pela redução da mortalidade, e não a detecção precoce propriamente dita. Mulheres com lesões suspeitas devem ser investigadas imediatamente, para que, caso seja confirmado o diagnóstico de câncer de mama, seja realizado o tratamento adequado rapidamente.¹⁵ Quanto à distribuição nas faixas etárias, mulheres entre 50 e 70 anos foram as que realizaram práticas de rastreamento mais inadequadas de acordo com os protocolos de rastreamento do INCA/MS. Os resultados deste estudo são semelhantes aos achados de Matos et al¹⁶ que observou em seu estudo realizado com mulheres na faixa etária de 40-69 anos no município de Maringá-PR, um padrão mais inadequado de rastreamento nas mulheres de 51-60 anos, ao serem o grupo que menos realizou a mamografia.

Diferentemente, outros trabalhos identificaram proporções significativamente mais elevadas de atitude e prática apropriadas em mulheres acima de 50 anos.¹⁷⁻

²⁰ Nosso estudo considerou que todas as mulheres com mais de 50 anos, que realizaram a primeira mamografia antes da faixa etária preconizada pelo INCA/MS, foram "não aderentes às diretrizes", o que contribuiu para o baixo percentual de usuárias categorizadas como "aderentes as diretrizes" nesta faixa etária (6,3%).

Chama atenção também, nos nossos resultados, o grupo de 40-49 anos, em que 78,8% das usuárias apresentam uma prática inadequada de rastreamento para as diretrizes do INCA/MS. Em uma proporção bem menor, cerca de 15,9% do grupo de mulheres entre 25 a 39 anos também seguem esse padrão incorreto. Outros estudos brasileiros também observaram práticas de rastreamento inadequadas para mulheres abaixo de 49 anos.^{13-14,18,21} Analisando criticamente, tal achado pode refletir uma sobreutilização dos exames de rastreamento por mulheres que não estão indicadas para rastreio, conforme também discutido em outro trabalho.¹³ Por outro lado, no Brasil, a Lei nº11.664/08 regulamenta que toda mulher a partir dos 40 anos tenha acesso ao exame de mamografia para o rastreamento de câncer

Tabela 4: Regressão múltipla de Poisson para a prevalência de práticas adequadas sobre o rastreamento do câncer de mama entre as usuárias da atenção primária à saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

VARIÁVEIS	Coef	Erro	RP	IC95%
Faixa etária				
25-39	Ref	-	-	-
40-49	-1,396	0,330	0,25	0,13;0,47
50-69	-2,666	0,419	0,07	0,03; 0,16
Raça/Cor				
Branca	Ref	-	-	-
Outras	0,050	0,164	1,05	0,76;1,44
Escolaridade				
Até fundamental incompleto	Ref	-	-	-
Até médio incompleto	-0,224	0,208	0,80	0,53;1,20
Médio completo ou maior	-0,218	0,207	0,80	0,54;1,21

Coef: coeficiente. Erro: erro padrão do coeficiente. RP: razão de prevalências. IC95%: intervalo de confiança de 95%.

de mama pelo Sistema Único de Saúde (SUS).²² Desta forma, a faixa etária de 40 a 49 anos de idade também tem o direito assegurado para a realização do exame, mesmo não sendo um grupo etário indicado pelas diretrizes do INCA/MS.⁵

Com relação a periodicidade, nossos resultados demonstram que um baixo número de mulheres possuem conhecimentos sobre o intervalo recomendado (15,6%). Somado a isso, a maioria das entrevistadas (65,1%) acreditava que o exame deve ser realizado a cada 12 meses, o que está de acordo com as diretrizes da SBM, do CBR e da FEBRASGO,¹⁰ mas contrário às recomendações do INCA/MS.⁵ Mais da metade das mulheres relataram ter realizado o último exame com uma frequência menor que 12 meses, o que sugere que tais mulheres tendem a seguir o padrão anual de realização do exame. Cabe ressaltar que, não se pode deixar de considerar a ideia de que os exames estejam sendo feitos fora do padrão bienal, devido a recomendações inadequadas feita por profissionais da saúde que seguem as recomendações das sociedades médicas quanto à periodicidade de sua realização. Práticas inadequadas, fora do padrão bienal, também foram observadas por outros estudos nacionais e internacionais.^{18-19,23} Embora nossos resultados não tenham mostrado associação entre práticas adequadas em relação à mamografia e as variáveis raça/cor, escolaridade e tempo de frequência na UBS, outros estudos nacionais observaram associação entre estas variáveis e a realização da mamografia, revelando que esta não ocorre de forma equitativa. A literatura relata fatores preditivos para a realização da mamografia, a saber: maior escolaridade;^{13,19,24} maior renda;^{13,19,24-25} estar na menopausa/não menstruar mais;¹⁹ possuir companheiro;^{13,23} ser da cor branca; possuir plano de saúde; não ser chefe de família e nem fumante;¹³ residir nas regiões mais desenvolvidas do país; ter

composição familiar que inclua filhos; apresentar uma boa autoavaliação da própria saúde e já ter sido diagnosticada com algum tipo de câncer.²⁴

Do mesmo modo, outros trabalhos nacionais observaram que a cobertura da mamografia ainda é baixa entre as mulheres brasileiras. Ter menor renda, ser da raça parda/negra, possuir menor grau de escolaridade e estado conjugal sem companheiro, não possuir plano ou seguro de saúde e ser tabagista são fatores descritos na literatura com a menor realização do exame.^{16,18,21} Neste estudo não observamos associação entre estado conjugal e prática adequada. Outros estudos, entretanto, observaram associação entre possuir companheiro e uma maior realização da mamografia.^{13,23} Uma das justificativas é que o apoio de outras pessoas importantes, como filhos e/ou marido, pode desempenhar um papel vital no incentivo das mulheres a se envolverem em comportamentos positivos de rastreamento do câncer de mama.²³

O baixo conhecimento da população sobre o rastreio mamográfico não é uma realidade apenas brasileira, pois outros países em desenvolvimento também compartilham esse quadro. Um recente estudo realizado no Vietnã com mulheres entre 20 e 49 anos, constatou que 46,6% das mulheres sabia que a mamografia é usada como método principal no diagnóstico do câncer de mama. Entretanto, mais de 40% tinham muito pouco conhecimento acerca da mesma.⁸ Na Nigéria, um estudo observou conscientização satisfatória sobre o câncer de mama, mas poucas mulheres sabiam sobre mamografia (17,7%),²⁶ assim como na Indonésia, onde apenas 5% das participantes estavam cientes do exame.²⁷ Resultado semelhante foi percebido no Nepal,²⁸ onde uma metanálise demonstrou conscientização em relação à mamografia variando de 8,2% a 19,9% entre as participantes.

A prevalência de prática adequada de acordo com a faixa etária observada foi de 34,4%. Marinho et al²⁵ ao considerar em seu estudo como prática adequada de mamografia quando as mulheres entrevistadas responderam corretamente às perguntas sobre o método e a frequência desejada do exame, observou prática adequada em 35,7% dos casos. Em um estudo norte-americano feito em 2010, apenas 46,2% das mulheres com 40 anos ou mais na população estudada aderiram às diretrizes de rastreamento mamográfico daquele país.²⁰

Embora o presente estudo tenha utilizado as diretrizes de 2016 do INCA/MS para rastreio de câncer de mama como recomendação a todas as mulheres, existem as consideradas de risco elevado, que necessitam de exames com maior frequência. Os critérios para classificação de risco elevado são: histórico familiar de câncer de mama em parente de primeiro grau antes dos 50 anos de idade; histórico familiar de câncer de ovário ou de mama bilateral; histórico familiar de câncer de mama masculino e diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.²⁹ Em 2009, o INCA/MS estimou que somente 1% das mulheres acima dos 35 anos de idade apresentam esses critérios.²⁹ Sendo assim, uma condição pouco prevalente não afetaria de maneira importante as estimativas de práticas adequadas deste estudo.

CONCLUSÃO

É notável o baixo conhecimento das usuárias da atenção primária à saúde sobre as recomendações do INCA/MS para rastreamento de câncer de mama, refletindo na inadequação das práticas em relação à mamografia, principalmente no que diz respeito a periodicidade e faixa etária recomendadas.

O sobrerastreamento, assim como a insuficiência do rastreamento, incorrem no comprometimento da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. Assim, ações de educação em saúde destinadas à comunidade e profissionais da saúde, podem reverter este quadro, impactando positivamente a saúde da população feminina.

AGRADECIMENTOS

A Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, através da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde, por ter disponibilizado as instalações da UBS para realização desta pesquisa. A Universidade Federal de Juiz de Fora, através de seu Programa de Bolsas de Iniciação Científica (XXXII BIC/UFJF - Identificador 47124) e a Liga Acadêmica de Medicina de Família e Comunidade da UFJF (LAMFAC UFJF) pelas contribuições para realização e divulgação dos dados deste estudo.

CONFLITO DE INTERESSES

Todos os autores declaram não haver nenhum conflito de interesse na elaboração deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018; 68(6):394-424. doi:10.3322/caac.21492
2. Ministério da Saúde (MS). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2018. [citado em 2019 Nov 11]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2018-incidencia-de-cancer-no-brasil>.
3. Nelson HD, Fu R, Cantor A, Pappas M, Daeges M, Humphrey L. Effectiveness of breast cancer screening: systematic review and meta-analysis to update the 2009 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Ann Intern Med.* 2016; 164(4):244-55. doi:10.7326/M15-0969
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasil: Ministério da Saúde; 2013. [citado em 2019 Nov 11]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html.
5. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
6. International Agency for Research on Cancer. IARC Working Group on the Evaluation of Cancer-Preventive Strategies. Breast cancer screening. 2nd edition. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014. [citado em 2019 Nov 11]. Disponível em: <http://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Handbooks-Of-Cancer-Prevention/Breast-Cancer-Screening-2016>
7. Silva GAE, Souza-Júnior PRB, Damascena GN, Szwarcwald CL. Early detection of breast cancer in Brazil: data from the National Health Survey, 2013. *Rev Saude Publica.* 2017; 51(suppl 1):14s. doi:10.1590/S1518-8787.2017051000191
8. Toan DTT, Son DT, Hung LX, Minh LN, Mai DL, Hoat LN. Knowledge, attitude, and practice regarding breast cancer early detection among women in a mountainous area in Northern Vietnam. *Cancer Control.* 2019; 26(1):1073274819863777. doi:10.1177/1073274819863777
9. Moraes DC, Almeida AM, Figueiredo EN, Loyola EA, Panobianco

- MS. Opportunistic screening actions for breast cancer performed by nurses working in primary health care. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(1):14-21. doi:10.1590/S0080-623420160000100002
10. Urban LABD, Chala LF, Bauab SDP, Schaefer MB, Dos Santos RP, Maranhão NMA et al. Breast cancer screening: updated recommendations of the Brazilian College of Radiology and Diagnostic Imaging, Brazilian Breast Disease Society, and Brazilian Federation of Gynecological and Obstetrical Associations. *Radiol Bras*. 2017 Jul-Aug; 50(4):244-49. doi:10.1590/0100-3984.2017-0069
11. Jacome EM, Silva RM, Gonçalves MLC, Collares PMC, Barbosa IL. Detecção de Câncer de Mama: Conhecimento, Atitude e Prática dos médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Mossoró, RN, Brasil. *Rev. bras. Cancerol*. 2011 Jan-Mar; 57(2):189-98. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_57/v02/pdf/06_artigo_deteccao_cancer_mama_conhecimento_atitude_pratica_medicos_enfermeiros_estrategia_saude_familia_mossoro_RN_brasil.pdf
12. Molino CGRC, Romano-Lieber NS, Ribeiro E, Melo DO. Comparison of the methodological quality and transparency of Brazilian practice guidelines. *Cien Saude Colet*. 2019; 24(10):3947-56. doi:10.1590/1413-812320182410.24352017
13. Buranello MC, Meirelles MCCC, Walsh IAP, Pereira GA, Castro SS. Breast cancer screening practice and associated factors: women's health survey in Uberaba MG Brazil, 2014. *Cien Saude Colet*. 2018; 23(8):2661-70. doi:10.1590/1413-81232018238.14762016
14. Corrêa CSL, Pereira LC, Leite ICG, Fayer VA, Guerra MR, Bustamante-Teixeira MT. Rastreamento do câncer de mama em Minas Gerais: avaliação a partir de dados dos sistemas de informações do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017; 26(3):481-92. doi:10.5123/s1679-49742017000300006
15. Santos-Silva I. Políticas de controle do câncer de mama no Brasil: quais são os próximos passos? *Cad Saúde Pública*. 2018; 34(6). doi:10.1590/0102-311x00097018
16. Matos JC, Pelloso SM, Carvalho MDB. Fatores associados à realização da prevenção secundária do câncer de mama no Município de Maringá, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(5):888-98. doi: 10.1590/S0102-311X2011000500007
17. Oliveira RDP, Santos MCL, Moreira CB, Fernandes AFC. Detection of breast cancer: knowledge, attitude, and practice of Family Health Strategy Women. *J Cancer Educ*. 2018; 33(5):1082-87. doi:10.1007/s13187-017-1209-4
18. Lages RB, Oliveira Gda P, Simeão Filho VM, Nogueira FM, Teles JB, Vieira SC. Inequalities associated with lack of mammography in Teresina-Piauí-Brazil, 2010-2011. *Rev Bras Epidemiol*. 2012; 15(4):737-47. doi:10.1590/s1415-790x2012000400006
19. Silva RP, Gigante DP, Amorim MHC, Leite FMC. Factors associated with having mammography examinations in primary health care users in Vitória, Espírito Santo, Brazil. *Epidemiol Serv Saude*. 2019; 28(1):e2018048. doi:10.5123/S1679-49742019000100010
20. Vyas A, Madhavan S, LeMasters T, Atkins E, Gainor S et al. Factors influencing adherence to mammography screening guidelines in Appalachian women participating in a mobile mammography program. *J Community Health*. 2012; 37(3):632-46. doi:10.1007/s10900-011-9494-z
21. Vieira RA, Lourenço TS, Mauad EC, Moreira Filho VG, Peres SV, Silva TB et al. Barriers related to non-adherence in a mammography breast-screening program during the implementation period in the interior of São Paulo State, Brazil. *J Epidemiol Glob Health*. 2015; 5(3):211-9. doi:10.1016/j.jegh.2014.09.007
22. Casa Civil (BR). Lei nº 11.664/08 de 29 de abril de 2008. 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. [citado em 2019 Nov 11]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2008/lei-11664-29-abril-2008-574731-norma-pl.html>
23. Kwok C, Tranberg R, Lee FC. Breast cancer knowledge, attitudes and screening behaviors among Indian-Australian women. *Eur J Oncol Nurs*. 2015; 19(6):701-6. doi:10.1016/j.ejon.2015.05.004
24. Rodrigues JD, Cruz MS, Paixão AN. An analysis of breast cancer prevention in Brazil. *Cien Saude Colet*. 2015; 20(10):3163-76. doi:10.1590/1413-812320152010.20822014
25. Marinho LA, Cecatti JG, Osis MJ, Gurgel MS. Knowledge, attitude and practice of mammography among women users of public health services. *Rev Saude Publica*. 2008; 42(2):200-7. doi: 10.1590/S0034-89102008005000006
26. George TO, Allo TA, Amoo EO, Olonade O. Knowledge and attitudes about breast cancer among women: a wake-up call in Nigeria. *Open Access Maced J Med Sci*. 2019; 7(10):1700-1705. doi:10.3889/oamjms.2019.221
27. Anwar SL, Tampubolon G, Van Hemelrijck M, Hutajulu SH, Watkins J et al. Determinants of cancer screening awareness and participation among Indonesian women. *BMC Cancer*. 2018; 18(1):208. doi:10.1186/s12885-018-4125-z
28. Sathian B, Asim M, Mekkodathil A, James S, Mancha A, Ghosh A. Knowledge regarding breast self-examination among the women in Nepal: a meta-analysis. *Nepal J Epidemiol*. 2019; 9(2):761-768. doi:10.3126/nje.v9i2.24684
29. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Parâmetros para o rastreamento do câncer de mama: recomendações para gestores estaduais e municipais. Rio de Janeiro: INCA; 2009. [citado em 2019 Nov 03]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parametros_rastreamento_cancer_mama.pdf.