

Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados

Breast cancer's secondary prevention and associated factors

Marcelo Leal Sclowitz^a, Ana Maria Baptista Menezes^b, Denise Petrucci Gigante^c e Sérgio Tessaro^a

^aDepartamento Materno-infantil. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Pelotas, RS, Brasil. ^bDepartamento de Clínica Médica. Faculdade de Medicina. UFPel. Pelotas, RS, Brasil. ^cFaculdade de Nutrição. UFPel. Pelotas, RS, Brasil

Descritores

Mama. Neoplasias mamárias, prevenção e controle. Mamografia. Neoplasias mamárias, diagnóstico. Saúde da mulher. Auto-exame de mama. Diagnóstico precoce. Prevalência. Estudos transversais.

Resumo

Objetivo

Avaliar a prevalência de condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados.

Métodos

Foi realizado estudo transversal de base populacional na cidade de Pelotas, RS, em 2002, com amostra de 879 mulheres de 40 a 69 anos. Foram coletadas informações sobre variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, biológicas e referentes ao manejo médico. A análise estatística das variáveis foi realizada utilizando o método de regressão de Poisson.

Resultados

A prevalência do "hábito de realizar o auto-exame" encontrada foi de 83,5% (IC 95%: 80,9-85,9), sendo que, dessas mulheres, 80,4% (IC 95%: 77,3-83,2) o realizavam ao menos uma vez ao mês. A prevalência de "exame clínico de mamas" foi de 83,3% (IC 95%: 80,6-85,7). "Mamografia alguma vez na vida" mostrou prevalência de 70% (IC 95%: 66,8-73,0), sendo que 83,7% (IC 95%: 80,5-86,6) realizaram a última mamografia há dois anos ou menos. Das entrevistadas, 62% (IC 95%: 58,7-65,2) consultaram ginecologista ao menos uma vez no último ano. Os fatores associados a maiores prevalências das condutas na prevenção secundária do câncer de mama foram: pertencer às classes sociais mais altas; ter a maior combinação de fatores de risco para neoplasia mamária; ter história familiar de câncer de mama; fazer uso de terapia de reposição hormonal e ter sido submetida à biópsia por patologia mamária.

Conclusões

As medidas preventivas para o câncer de mama vêm sendo bastante utilizadas quantitativamente; entretanto, os dados apontam para limitações em relação à sua adequação. O nível socioeconômico parece ser o principal determinante do acesso à consulta ginecológica e, conseqüentemente, às demais condutas na prevenção secundária do câncer de mama.

Keywords

Breast. Mammography. Breast neoplasms, prevention and control. Breast neoplasms, diagnosis. Breast self-examination. Early diagnosis. Prevalence. Cross-sectional studies.

Abstract

Objective

To evaluate the prevalence of secondary prevention of breast cancer and associated factors.

Correspondência para/ Correspondence to:

Marcelo Leal Sclowitz
Rua Gonçalves Chaves, 3645 Apto 402
96015-560 Pelotas, RS, Brasil
E-mail: sclowitzml@terra.com.br

Baseado na dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, 2002.

Recebido em 2/12/2003. Reapresentado em 22/10/2004. Aprovado em 6/11/2004.

Methods

A population-based cross-sectional study was conducted in the city of Pelotas, southeastern Brazil, in 2002. The study sample comprised 879 women aged 40 to 69 years. Information was collected on demographic, social, economic, behavioral, biological and care management variables. Statistical analysis based on Poisson regression model was carried out.

Results

The prevalence of breast self-examination (BSE) was 83.5% (95% CI: 80.9-85.9). Of them, 80.4% (95% CI: 77.3-83.2) carried out BSE at least once a month. The prevalence of clinical breast examination was 83.3% (95% CI: 80.6-85.7). Mammography was occasionally performed in 70% (95% CI: 66.8-73.0) of the sample. Of these women, 83.7% (95% CI: 80.5-86.6) underwent mammography at least once in the last two years. Sixty-two percent (95% CI: 58.7-65.2) of the women interviewed attended a gynecological visit at least once in the last year. The factors mainly associated to the high prevalence of secondary prevention of breast cancer were: higher social status; greater association of risk factors for breast cancer; family history of breast cancer; hormone replacement therapy and previous breast biopsy or surgery.

Conclusions

Preventive measures for breast cancer have been widely taken in the study sample; however, data points out to some limitations related to efficacy. Social and economic status seems to be a major determinant to gynecological care access and, consequently, access to secondary prevention of breast cancer.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a principal neoplasia maligna que acomete o sexo feminino no Brasil, apresentando taxa bruta de incidência estimada, para 2003, de 46,35 casos por 100 mil mulheres. Entre os Estados brasileiros, o Rio Grande do Sul, é um dos que apresenta maiores taxas de incidência de câncer de mama em mulheres (52,2 casos por 100 mil mulheres em 2003). Taxas de incidência maiores são encontradas no Rio de Janeiro (103,89), São Paulo (78,69) e Distrito Federal (53,15).⁶

Essa patologia vem atingindo progressivamente um número maior de mulheres, em faixas etárias mais baixas, e com taxa de mortalidade também crescente no País. Entre 1979 e 1999, houve aumento de 69% na taxa bruta de mortalidade por câncer de mama no Brasil (5,77 para 9,75 óbitos por 100 mil mulheres/ano). Dessa maneira, foi considerada a principal neoplasia maligna feminina também em mortalidade, com taxa bruta de mortalidade estimada, para 2003, de 10,40 óbitos por 100 mil mulheres.⁶ De forma semelhante, entre 1980 e 2000, houve aumento de 60% na taxa bruta de mortalidade por câncer de mama no Rio Grande do Sul (10,5 para 16,5 óbitos por 100 mil mulheres/ano).¹⁹

Países como os Estados Unidos, Reino Unido, Suécia, Itália e Uruguai, apresentam taxas de incidência de câncer de mama superiores a 100 casos por 100

mil mulheres/ano. Conseqüentemente, suas taxas de mortalidade também são bastante elevadas, ficando ao redor de 40 óbitos por 100 mil mulheres/ano.²²

Em razão disso, o câncer de mama é hoje uma doença de extrema importância para saúde pública em nível mundial, motivando ampla discussão em torno de medidas que promovam o seu diagnóstico precoce e, conseqüentemente, a redução em sua morbidade e mortalidade.^{10,20}

A mamografia é apontada como o principal método diagnóstico do câncer de mama em estágio inicial, capaz de detectar alterações ainda não palpáveis e favorecendo, assim, o tratamento precoce, mais efetivo, menos agressivo, com melhores resultados estéticos e eventos adversos reduzidos.^{5,13} Entretanto, embora vários estudos mostrem redução da mortalidade por câncer de mama por meio do rastreamento mamográfico em massa, ele também é alvo de controvérsias quanto a sua efetividade, sobretudo em mulheres abaixo dos 50 anos.^{5,9,13,15} Apesar disso, o rastreamento mamográfico em massa tem sido estimulado e praticado em mulheres a partir dos 40 anos, e apesar de suas limitações, ainda é o melhor método de rastreamento do câncer mamário disponível.

Dentre os fatores associados às condutas preventivas do câncer de mama, estão o melhor nível socioeconômico, a história familiar de câncer de mama e a história pessoal de biópsia mamária com resultado

benigno. Esses fatores estão relacionados com maiores prevalências de práticas preventivas e, conseqüentemente, com tumores mamários diagnosticados mais precocemente.^{4,5,7,20}

Pela insuficiência de pesquisas de base populacional sobre esse assunto no município analisado, o presente estudo teve como objetivo conhecer as prevalências das condutas de prevenção secundária do câncer de mama e os fatores associados a essas práticas, em mulheres de 40 a 69 anos.

MÉTODOS

Estudo transversal de base populacional na cidade de Pelotas, RS, em 2002, com amostra de mulheres de 40 a 69 anos de idade.

O cálculo do tamanho de amostra levou em consideração um erro alfa de 5%, poder de 80%, razão entre não expostos e expostos de 2:1 (exposição = baixa escolaridade), prevalência de realização de mamografia nos não expostos de 30%, risco relativo de 1,5 e prevalência de realização de mamografia nos expostos de 20%, o que resultou num tamanho de amostra inicial de 390 mulheres. Esse valor foi acrescido de 25% para perdas, recusas e controle de fatores de confusão, resultando em amostra de 488 mulheres.

Considerando um efeito de delineamento de 1,3, foram visitados ao todo 1.600 domicílios, resultando em amostra de 917 mulheres. Com o percentual de perdas e recusas de 4,1%, a amostra final foi de 879 mulheres de 40 a 69 anos.

Foi utilizado processo de amostragem em múltiplos estágios. De 281 setores censitários do município,¹¹ foram sorteados 80 setores distribuídos em quatro diferentes estratos definidos pela escolaridade do chefe de família. O número total de domicílios em cada setor dividido pelo número de domicílios a serem visitados em cada um deles ($n=20$) definiu o intervalo entre os domicílios. O primeiro a ser incluído foi sorteado aleatoriamente e os demais foram selecionados adicionando-se o número do intervalo ao primeiro domicílio e assim sucessivamente.

Para a coleta de dados, utilizou-se questionário padronizado, previamente testado, preenchido em entrevista. As variáveis demográfica e socioeconômicas coletadas foram idade (em anos completos) e classe social pela classificação da Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP).¹ As comportamentais consistiam no número de consultas ginecológicas realizadas no último ano, uso atual de terapia de reposição hormonal, hábito de realizar auto-exa-

me de mamas e prática do auto-exame ao menos mensal (referidas pela entrevistada de acordo com o número de vezes nos últimos seis meses e posteriormente recodificada em variáveis dicotômicas do tipo sim e não). As variáveis biológicas foram índice de massa corporal (calculado por peso e altura referidos), menopausa (considerando menopausada toda mulher com ausência de menstruação há pelo menos um ano), história familiar de câncer de mama (em familiares de primeiro grau: mãe e/ou irmã e/ou filha) e realização de biópsia ou cirurgia prévia por patologia mamária. As variáveis coletadas referentes ao manejo médico foram a prestação de orientações por parte do médico, na última consulta ginecológica, para a realização do auto-exame de mamas e a realização do exame clínico das mamas durante a última consulta ginecológica. Foi construído, de forma arbitrária, escore considerando a combinação de fatores de risco para o câncer de mama, os quais foram: idade entre 50 e 59 anos, história familiar de câncer de mama e uso de terapia de reposição hormonal.

O desfecho principal estudado no presente artigo foi a "realização de mamografia alguma vez na vida". Também foi coletada a informação sobre a realização da mamografia, no último ano.

Foram revisitadas 10% das entrevistadas para posterior análise de concordância, obtendo-se índice kappa de 0,77. As razões de prevalência foram obtidas por regressão de Poisson, uma vez que o desfecho em estudo não se tratava de evento raro. Na análise multivariada, as variáveis introduzidas em primeiro nível foram idade, classe social, *status* menopausal e história familiar de câncer de mama. Essas poderiam determinar o índice de massa corporal, situado no segundo nível. Todas essas variáveis, por sua vez, seriam possíveis determinantes do uso de terapia de reposição hormonal e da história pessoal de biópsia ou cirurgia mamária, no terceiro nível. O auto-exame, exame clínico de mamas e a frequência à consulta ginecológica no último ano, ocupariam um quarto e último nível hierárquico. Para cada nível da análise, realizou-se regressão por eliminação retrógrada, descartando variáveis com valor $p>0,20$. Tal nível de significância foi escolhido para possibilitar a inclusão de variáveis que pudessem ser fatores de confusão no modelo. O nível de significância utilizado para as associações entre variáveis e desfecho foi de 5%.

RESULTADOS

A média de idade das mulheres incluídas na amostra foi de 52,1 anos ($\pm 8,2$ dp) e, mais de 80% delas eram de cor branca. Quanto à escolaridade, a média foi de 6,6 anos completos de estudo ($\pm 4,5$ dp), 9,7%

com nenhum ano de estudo e 14,1% com 12 anos ou mais de educação formal. Cerca de 40% das mulheres faziam parte das classes sociais mais baixas (D e E). Com relação à renda familiar, em torno de 50% das mulheres da amostra possuíam renda de até três salários-mínimos e, cerca de 12% apresentavam renda acima de 10 salários-mínimos.

A prevalência do hábito de realizar o auto-exame de mamas encontrada foi de 83,5% (IC 95%: 80,9-85,9), dessas, 80,4% (IC 95%: 77,3-83,2) realizavam auto-exame ao menos uma vez ao mês. Quanto à realização de consultas ginecológicas, 62% (IC 95%: 58,7-65,2) das mulheres entrevistadas consultaram ao menos uma vez no último ano, sendo que 56,4% (IC 95%: 52,9-59,7) referiram ter sido atendidas em posto ou ambulatório do Sistema Único de Saúde (SUS); 34,7% (IC 95%: 31,5-38,1) eram usuárias de algum tipo de convênio ou plano de saúde e 8,9% (IC 95%: 7,0-11,0) consultaram ginecologista particular. As prevalências de orientações e/ou estímulo para a realização do auto-exame de mamas e de exame clínico das mamas, recebidas do médico durante a última consulta ginecológica, foram, respectivamente, de 76,9% (IC 95%: 73,9-79,7) e 83,3% (IC 95%: 80,6-85,7). A prevalência de “mamografia alguma vez na vida” foi de 70% (IC 95%: 66,8-73,0), e 83,7% (IC 95%: 80,5-86,6) dessas mulheres realizaram a última

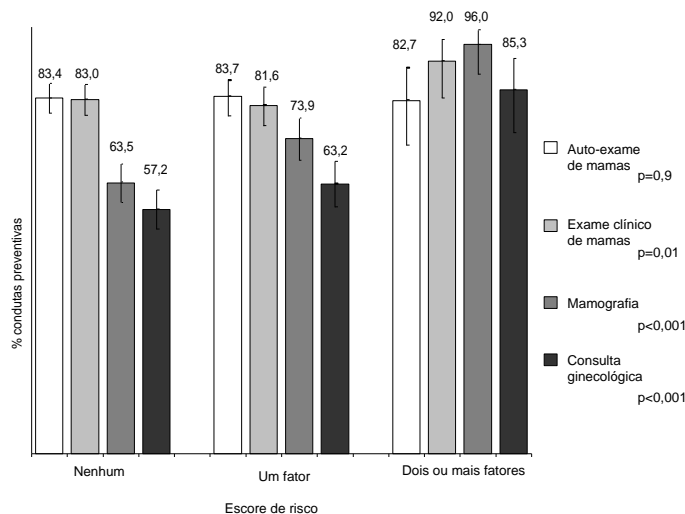


Figura 1 - Prevalências das condutas preventivas para o câncer de mama de acordo com o escore de risco. Pelotas, RS, 2003.

mamografia há dois anos ou menos. A prevalência de história familiar de câncer de mama encontrada no estudo foi de 5,6% (IC 95%: 4,2-7,4); quando considerados outros familiares consanguíneos, que não os de primeiro grau, essa prevalência foi de 10,2% (IC 95%: 8,3-12,4). Cerca de 10% (IC 95%: 8,2-12,3) das mulheres estudadas na amostra foram submetidas à biópsia ou cirurgia por patologia mamária em algum momento da vida.

A Figura 1 mostra a relação entre as condutas preventivas para o câncer de mama, tais como, o hábito de realizar o auto-exame de mamas (AEM), exame clínico de mamas (ECM), realização de mamografia alguma vez na vida (MMG) e realização de consulta ginecológica no último ano (CG) com a variável “escore de risco” para o câncer de mama.

Quanto ao “hábito de realizar o auto-exame”, não se observa tendência linear estatisticamente significativa ($p=0,9$) à medida que aumenta o número de fatores de risco associados. A prevalência de “exame clínico de mamas” apresenta tendência linear estatisticamente significativa ($p=0,01$) na medida em que aumenta o número de fatores de risco combinados. Em relação à “realização de mamografia na vida” e à “consulta ginecológica no último ano”, observa-se aumento estatisticamente significativo de suas prevalências com o aumento de fatores de risco associados ($p<0,001$ para ambas).

Ao analisar a prevalência de mulheres que realizaram “mamografia no último ano”, em relação à idade, nota-se tendência linear não

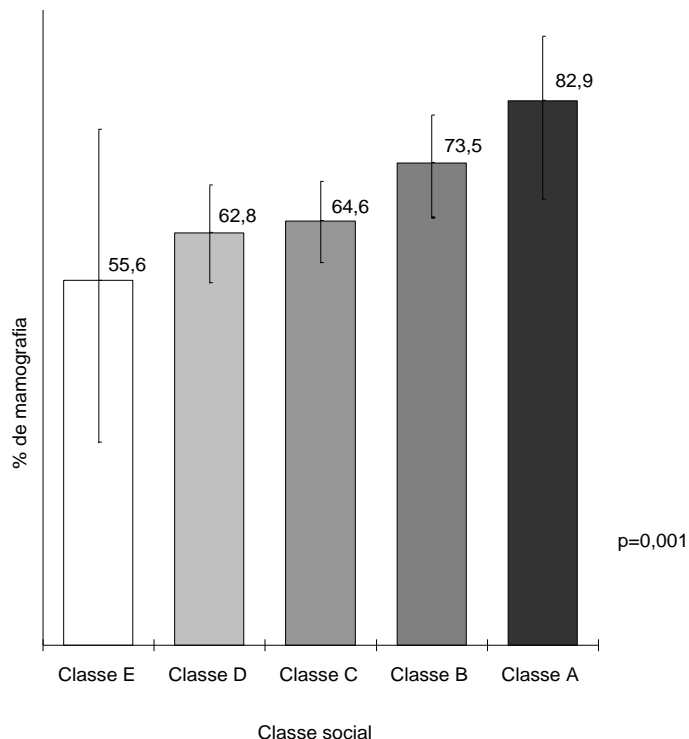


Figura 2 - Prevalência de mamografia no último ano de acordo com a classe social (ANEP). Pelotas, RS, 2003.

significativa ($p=0,2$) de queda na medida em que a idade avança.

A Figura 2 mostra a prevalência de “mamografia no último ano” em relação à classe social. Observa-se aumento progressivo da prevalência desse método diagnóstico em direção às classes sociais mais altas ($p=0,001$).

Foi avaliada a “realização do auto-exame de mamas, ao menos mensalmente”, em relação à idade das mulheres, não sendo observada diferença, estatisticamente significativa ($p=0,4$), entre as categorias etárias estudadas. Em relação à classe social, observou-se redução, não significativa ($p=0,2$), da prevalência do auto-exame mensal em direção às classes sociais mais altas.

A Tabela 1 mostra a prevalência das condutas preventivas em relação ao câncer de mama, segundo características demográficas, socioeconômicas, comportamentais, biológicas e de manejo médico. Em relação à idade das mulheres, nota-se discreta diminuição, não significativa, da prevalência de “hábito de realizar o auto-exame de mamas” com o avançar da idade. A prevalência de “exame clínico de mamas” diminui à medida que a idade aumenta. As mulheres entre 50 e 59

anos apresentam maior prevalência de “realização de mamografia na vida” em relação às outras faixas etárias. Percebe-se ainda que as mulheres entre 40 e 49 anos realizam mais mamografia do que as da faixa entre 60 e 69 anos, observando-se tendência linear estatisticamente significativa para essas variáveis. Quanto à “realização de consulta ginecológica no último ano”, observa-se diminuição significativa de sua prevalência à medida que aumenta a idade.

São apresentados somente os fatores cuja relação com as práticas apresentaram significância estatística (Tabela 1).

As prevalências de “exame clínico de mamas”, “mamografia na vida” e “consulta ginecológica no último ano” apresentam aumento progressivo, estatisticamente significativo, em direção às classes sociais mais altas.

Em relação ao *status* menopausal, as prevalências de “exame clínico de mamas” e de “consulta ginecológica no último ano” são menores entre as mulheres menopausadas (Tabela 1).

Não foi observada diferença significativa do índi-

Tabela 1 - Prevalência das condutas preventivas do câncer de mama de acordo com características demográficas, socioeconômicas, comportamentais, biológicas e de manejo médico. Pelotas, RS, 2003.

Variável	N (%)	Auto-exame de mamas (IC 95%)	Exame clínico de mamas (IC 95%)	Mamografia (IC 95%)	Consulta ginecológica (IC95%)
Idade das mulheres (N=879)					
40-49 anos	376 (42,8)	85,3% (81,3-88,8)	88,1% (84,4-91,3)	68,6% (63,7-73,3)	70,0% (65,0-74,5)
50-59 anos	320 (36,4)	84,0% (79,5-87,9)	82,8% (78,1-86,8)	75,9% (70,8-80,5)	62,7% (57,1-68,0)
60-69 anos	183 (20,8)	78,9% (72,2-84,6)	73,3% (65,9-79,9)	62,4% (54,9-69,5)	44,2% (36,8-51,8)
		$p=0,08^{****}$	$p<0,001^{****}$	$p=0,006^{****}$	$p<0,001^{****}$
Classe social (N=877)*					
Classe E	40 (4,6)	75,0% (58,8-87,3)	73,0% (55,9-86,2)	45,0% (29,3-61,5)	45,0% (29,3-61,5)
Classe D	303 (34,5)	84,3% (79,7-88,2)	72,2% (66,6-77,3)	57,8% (52,0-63,5)	57,8% (52,0-63,5)
Classe C	332 (37,9)	84,6% (80,3-88,3)	88,4% (84,4-91,6)	74,1% (69,0-78,7)	74,1% (69,0-78,7)
Classe B	158 (18,0)	81,5% (74,6-87,3)	90,3% (84,5-94,5)	84,1% (77,4-89,4)	84,1% (77,4-89,4)
Classe A	44 (5,0)	84,1% (69,9-93,4)	100,0% (92,0-100,0)	93,2% (81,3-98,6)	93,2% (81,3-98,6)
		$p=0,7$	$p<0,001^{****}$	$p<0,001^{****}$	$p<0,001^{****}$
Menopausa (N=872)*					
Não	397 (45,5)	85,6% (81,8-88,9)	87,5% (83,9-90,6)	68,5% (63,7-73,1)	68,5% (63,7-73,1)
Sim	475 (54,5)	82,1% (78,3-85,4)	80,1% (76,1-83,7)	71,6% (67,3-75,6)	71,6% (67,3-75,6)
		$p=0,2$	$p=0,003$	$p=0,3$	$p=0,3$
Índice de massa corporal (N=823)***					
Adequado	361 (43,9)	83,1% (78,8-86,8)	83,9% (79,6-87,6)	71,1% (66,1-75,7)	71,1% (66,1-75,7)
Sobrepeso	288 (35,0)	84,3% (79,5-88,3)	87,1% (82,5-90,8)	72,4% (66,8-77,5)	72,4% (66,8-77,5)
Obesidade	174 (21,1)	83,2% (76,8-88,5)	79,9% (73,0-85,7)	69,5% (62,1-76,3)	69,5% (62,1-76,3)
		$p=0,9$	$p=0,1$	$p=0,8$	$p=0,8$
História familiar de câncer de mama (N=873)*					
Não	824 (94,4)	83,6% (80,9-86,1)	83,3% (80,5-85,8)	69,4% (66,2-72,6)	60,9% (57,5-64,3)
Sim	49 (5,6)	83,7% (70,3-92,7)	85,1% (71,7-93,8)	81,6% (68,0-91,2)	81,6% (68,0-91,2)
		$p=0,9$	$p=0,7$	$p=0,02$	$P<0,001$
Uso atual de terapia de reposição hormonal (N=856)**					
Não	779 (91,0)	83,8% (81,0-86,3)	82,5% (79,5-85,1)	67,5% (64,1-70,8)	59,4% (55,9-62,9)
Sim	77 (9,0)	79,2% (68,5-87,6)	90,9% (82,2-96,3)	96,1% (89,0-99,2)	85,7% (75,9-92,7)
		$p=0,3$	$p=0,01$	$p<0,001$	$P<0,001$
Biópsia/cirurgia mamária prévia (N=874)*					
Não	786 (89,9)	83,5% (80,8-86,1)	82,4% (79,4-85,0)	67,6% (64,2-70,8)	60,1% (56,5-63,5)
Sim	88 (10,1)	83,0% (73,5-90,1)	90,9% (82,9-96,0)	92,1% (84,3-96,7)	78,4% (68,4-86,5)
		$p=0,9$	$p=0,009$	$p<0,001$	$p<0,001$

*Até 1% de valores ignorados

**Até 4% de valores ignorados

***Até 7% de valores ignorados

****Valor p do teste de tendência linear

Tabela 2 - Realização de mamografia de acordo com características demográficas, socioeconômicas, comportamentais, biológicas e de manejo médico, com respectivas razões de prevalência (RP), intervalos de confiança (IC 95%) e valores *p* bruto e ajustado. Pelotas, RS, 2003.

Variável	RP bruta (IC 95%)	Mamografia	RP ajustada (IC 95%)
1º nível^a			
Idade das mulheres (N=879)			
40-49 anos	1		1
50-59 anos	1,11 (1,01-1,21)		1,06 (0,96-1,19)
60-69 anos	0,91 (0,80-1,04)		0,93 (0,80-1,09)
	<i>p</i> =0,006		<i>p</i> =0,09
Classe social (N=877)*			
Classe E	1		1
Classe D	1,28 (0,90-1,83)		1,29 (0,90-1,84)
Classe C	1,65 (1,16-2,33)		1,62 (1,14-2,30)
Classe B	1,87 (1,32-2,65)		1,86 (1,31-2,64)
Classe A	2,07 (1,46-2,94)		2,03 (1,43-2,89)
	<i>p</i> <0,001****		<i>p</i> <0,001****
Menopausa (N=872)*			
Não	1		1
Sim	1,05 (0,96-1,14)		1,08 (0,97-1,20)
	<i>p</i> =0,3		<i>p</i> =0,1
História familiar de câncer de mama (N=873)*			
Não	1		1
Sim	1,18 (1,02-1,35)		1,19 (1,04-1,35)
	<i>p</i> =0,02		<i>p</i> =0,01
2º nível^b			
Índice de massa corporal (N=823)**			
Adequado	1		1
Sobrepeso	1,02 (0,92-1,12)		1,01 (0,92-1,11)
Obesidade	0,98 (0,87-1,10)		0,97 (0,87-1,09)
	<i>p</i> =0,8		<i>p</i> =0,9
3º nível^c			
Uso atual de terapia de reposição hormonal (N=856)***			
Não	1		1
Sim	1,42 (1,33-1,52)		1,24 (1,15-1,35)
	<i>p</i> <0,001		<i>p</i> <0,001
Biópsia/cirurgia mamária prévia (N=874)*			
Não	1		1
Sim	1,36 (1,26-1,47)		1,25 (1,15-1,36)
	<i>p</i> <0,001		<i>p</i> <0,001
4º nível^c			
Auto-exame de mamas (N=874)*			
Não	1		1
Sim	1,12 (0,98-1,27)		1,05 (0,94-1,16)
	<i>p</i> =0,1		<i>p</i> =0,4
Exame clínico de mamas (N=849)***			
Não	1		1
Sim	2,45 (1,93-3,12)		1,97 (1,56-2,48)
	<i>p</i> <0,001		<i>p</i> <0,001
Consulta ginecológica (N=876)*			
Não	1		1
Sim	1,86 (1,65-2,10)		1,47 (1,30-1,65)
	<i>p</i> <0,001		<i>p</i> <0,001

^a1º nível ajustado para as variáveis de mesmo nível; ^b2º nível ajustado para as variáveis do 1º nível; ^c3º e 4º nível ajustado para as variáveis de mesmo nível e níveis anteriores

*Até 1% de valores ignorados

**Até 7% de valores ignorados

***Até 4% de valores ignorados

****Valor *p* do teste de tendência linear

ce de massa corporal (IMC) em relação às condutas preventivas do câncer de mama. Em relação à “realização de mamografia na vida” e “consulta ginecológica no último ano”, as mulheres com história familiar positiva para câncer de mama tiveram prevalências significativamente maiores dessas condutas.

Quanto ao uso atual de terapia de reposição hormonal (TRH), as prevalências foram significativamente maiores entre as usuárias com “exame clínico de mamas”, “realização de mamografia na vida” e “consulta ginecológica no último ano”, principalmente para essas duas últimas condutas médicas.

Entre as mulheres submetidas à biópsia ou cirurgia mamária prévia, as prevalências o “exame clínico de mamas”, “mamografia na vida” e “consulta ginecológica no último ano” foram consideravelmente maiores, com diferenças numericamente mais evidentes para a realização de mamografia e consulta ginecológica.

A Tabela 2 mostra as razões de prevalência, com respectivos intervalos de confiança (IC 95%) e valores *p* da análise bruta e ajustada para a realização de mamografia. As variáveis estudadas foram divididas por níveis hierárquicos conforme modelo de análise previamente definido.

A variável idade das mulheres, estatisticamente significativa na análise bruta ($p=0,006$), perdeu significância após ajuste para classe social e *status* menopausal ($p=0,09$), sendo mantida no modelo para controle de confundimento (Tabela 2).

Foi verificada tendência linear, estatisticamente significativa ($p<0,001$), do desfecho em relação à variável classe social, mantendo valores semelhantes das razões de prevalência brutas mesmo após ajuste para as variáveis de mesmo nível. Observou-se que as razões de prevalência aumentam em direção às classes mais altas, apresentando valores duas vezes maiores na classe mais rica (classe A) em relação à categoria de base (classe E) (Tabela 2).

Não foi encontrada associação entre a realização de mamografia e *status* menopausal (menopausa), porém, a variável foi mantida no modelo para controle de confundimento.

A variável história familiar de câncer de mama mostrou-se associada com a realização de mamografia mesmo após ajuste para as variáveis de primeiro nível ($p=0,01$). As mulheres com história familiar positiva para câncer de mama apresentaram razão de prevalência cerca de 20% maior para realização de mamografia (Tabela 2).

Assim como na análise bruta, não foi observada associação entre a variável de segundo nível hierárquico IMC e o desfecho estudado.

A variável uso atual de terapia de reposição hormonal (TRH) mostrou-se fortemente associada com o desfecho ($p<0,001$), mesmo após ajuste para as variáveis de mesmo nível e de níveis anteriores. Da mesma forma, história pessoal de biópsia ou cirurgia mamária prévia apresentou associação altamente significativa com realização de mamografia ($p<0,001$).

Não foi observada associação entre “hábito de realizar auto-exame de mamas” e “realização de mamografia na vida”. Entretanto, o “exame clínico de mamas” e a “frequência à consulta ginecológica no último ano”, mostraram-se altamente associados com o desfecho, mesmo após ajustes ($p<0,001$ para ambas as variáveis).

DISCUSSÃO

A inexistência de estudos de base populacional sobre prevalência e fatores associados à realização de mamografia, no País, somada às discussões sobre os benefícios do rastreamento mamográfico em massa, sobretudo abaixo dos 50 anos, foram grande estímulo para a realização do presente estudo.

Dados sobre prevalências e fatores associados à prática do auto-exame e exame clínico de mamas pelo médico já haviam sido estudados, em amostra representativa de mulheres entre 20 e 69 anos, na cidade de Pelotas, RS.⁷ Quando comparadas às informações do presente estudo, nota-se prevalências semelhantes para o exame clínico de mamas, mas, para o auto-exame, percebe-se aumento considerável de tal prática (de 50% para 80%).⁷ É provável que este fato deva-se ao maior estímulo dirigido às mulheres, por campanhas específicas, de divulgação nos diferentes meios de comunicação em massa e também por consultas médicas ou com outros profissionais envolvidos na atenção à saúde.

As elevadas prevalências de auto-exame, exame clínico de mamas e, sobretudo, de realização de mamografia, aqui encontradas indicam que a prática dessas condutas favorecedoras da prevenção secundária do câncer de mama, na população estudada, é no mínimo, satisfatória. Tais prevalências, em especial, a de realização de mamografia, são semelhantes a prevalências encontradas em estudos recentes realizados em países desenvolvidos.^{3,8} A existência de grande número de médicos atuando em ambulatórios e hospitais universitários; 52 postos de atendimento em nível primário, com boa acessibilidade à consulta médica e exames complementares e, campanhas frequentes para divulgação, realização de exame clínico de mamas e mamografia, são alguns dos fatores que podem estar colaborando com as altas prevalências das condutas de prevenção secundária do câncer de mama encontradas no presente estudo.

A prática do auto-exame de mamas independe dos fatores de risco (Figura 1). Isso se deve, provavelmente, ao fato de que o estímulo e as orientações para tal prática estejam hoje, bastante acessíveis, mesmo para mulheres de nível socioeconômico baixo. A dificuldade de acesso à consulta e aos exames diagnósticos, como a mamografia, são fatores que, de certa forma, podem estar estimulando as mulheres de classe social mais baixa a praticar o auto-exame de mamas, já que passa a ser a única forma de prevenção acessível. Quanto ao exame clínico de mamas, apesar da tendência de aumento em relação ao escore de risco, é provável que essa conduta dependa, em grande parte, do acesso à consulta médica, ou seja, uma vez que a paciente chegue ao médico, deverá ter suas mamas examinadas. Para a realização de mamografia e, de forma semelhante para a frequência à consulta ginecológica no último ano, é bastante clara a associação entre a combinação de fatores de risco e o aumento das prevalências dessas condutas. Dentre os fatores determinantes da realização de mamografia e da frequência à consulta gi-

necológica, a classe social é, provavelmente, o que exerce maior influência nesta associação.

Considerando o rastreamento mamográfico anual, após os 50 anos, encontrou-se tendência linear não significativa de queda da prevalência de realização de mamografia no último ano, na medida em que a idade das mulheres avança. Isso pode indicar, na prática, que as mulheres da faixa etária de maior risco estariam realizando mamografias em intervalos mais longos do que o recomendado. Ou o contrário, as mulheres abaixo dessa faixa etária estariam realizando mamografias em excesso. Esse dado confronta, ainda, o fato de não estar bem estabelecida a relação custo/benefício do rastreamento mamográfico em mulheres abaixo dos 50 anos,^{5,13} reforçando a hipótese da realização excessiva de mamografias.

Dentre as mulheres praticantes do auto-exame de mamas, foi avaliada a relação entre a prevalência das que o realizavam ao menos mensalmente e a classe social das mulheres, observando-se tendência, embora estatisticamente não significativa, de redução da prevalência em direção às classes mais altas. Novamente, sugere-se a hipótese de que, à medida que as mulheres têm acesso mais fácil à consulta ginecológica e aos exames complementares como a mamografia, preocupam-se menos com a prática do auto-exame de mamas.

A tendência de redução na frequência à consulta ginecológica no último ano (Tabela 1), à medida que avança a idade das mulheres, sugere uma menor preocupação com cuidados de saúde preventivos das mulheres mais velhas. O fato de mulheres mais idosas apresentarem prevalência mais baixa de exame clínico de mamas realizado pelo médico pode, em parte, ser explicado pela sua menor frequência à consulta ginecológica.

A prevalência de realização de mamografia na vida (Tabela 1), discretamente mais alta entre as mulheres de 50 a 59 anos, reflete a possibilidade desta prática preventiva estar, adequadamente, sendo direcionada para as mulheres da faixa etária de maior risco para o câncer de mama. O *status* menopausal não parece interferir de forma significativa nas prevalências das condutas preventivas, exceto, para a prevalência de exame clínico de mamas e de consulta ginecológica no último ano. Ao realizar a análise ajustada, utilizando como desfecho à realização de mamografia, percebe-se que tal variável trata-se, na verdade, de fator de confusão, comportando-se de forma semelhante à variável idade das mulheres.

A obesidade, um dos fatores de risco para o câncer

de mama apontados na literatura,¹² teoricamente, deveria motivar maiores prevalências das práticas preventivas. Entretanto, os dados sugerem prevalências menores dessas condutas entre mulheres obesas. Tal associação foi observada anteriormente em estudo realizado nos Estados Unidos em 2000,²¹ no qual foi constatada também a associação de obesidade com menor escolaridade, classe social mais baixa e maior número de comorbidades, fatores também associados a menor prevalência de realização de mamografia. Além disso, sendo o câncer de mama uma doença de causa multifatorial, é possível que alguns fatores de risco como a obesidade, sejam subestimados, produzindo pouco impacto como fator motivador de maior vigilância contra a neoplasia em questão.

Nota-se que o viés da causalidade reversa, inerente aos estudos transversais, pode estar presente na associação entre biópsia ou cirurgia mamária prévia e exame clínico, mamografia e consulta ginecológica. Da mesma forma, esse viés também pode estar presente na associação entre o uso de terapia de reposição hormonal e as mesmas condutas preventivas supracitadas. A história familiar de câncer de mama parece ser o fator de risco de maior impacto no estímulo às práticas preventivas, apesar de apenas cinco a 15%, das mulheres atingidas pelo câncer de mama apresentarem familiares de primeiro grau com a doença.^{12,16} A associação do uso de TRH com as condutas preventivas, provavelmente está muito relacionada com o fato das mulheres, sob esse tipo de tratamento, freqüentarem mais o ginecologista. Além disso, a informação sobre o uso de TRH, como fator de risco para o câncer de mama, tem sido muito divulgada, não só no meio científico, mas entre suas usuárias, estimulando assim, maiores cuidados preventivos do câncer de mama entre elas.

Alguns fatores podem ser determinantes da relação inversa entre a prática do auto-exame e a realização de mamografia. São eles, o temor em detectar anormalidades; dificuldades sexológicas e culturais; o descrédito na capacidade de detectar doenças, associado, muitas vezes, a uma supervalorização da capacidade diagnóstica do exame realizado pelo médico e da mamografia.

O presente estudo possui como possíveis limitações o viés de memória, já que foram colhidas informações sobre fatos ocorridos no passado e, o viés da causalidade reversa, pela impossibilidade, neste tipo de desenho metodológico, de determinar relações de causa e consequência ou cronologia entre exposição e o desfecho.

Por ter sido um estudo realizado em consórcio com

outros pesquisadores, houve limitação, previamente estabelecida, no número de perguntas a serem utilizadas por cada pesquisador no questionário conjunto.

Entretanto, o baixo percentual de perdas e recusas reduziu a possibilidade de ocorrência de viés de seleção.

O IMC foi calculado com base no peso e altura referidos pela mulher, o que pode trazer implicações com respeito à precisão das medidas. Há, no entanto, evidências na literatura, de que o peso referido pela população adulta tem, em geral, alta correlação com o peso medido,¹⁷ tornando improvável essa fonte de erro.

Não foi investigada a data de realização e/ou tempo decorrido desde a penúltima mamografia em função da limitação do número de perguntas na pesquisa. São informações que poderiam ter acrescentado dados sobre periodicidade, cobertura e foco do rastreamento mamográfico na população estudada.

Apesar das limitações, o presente estudo mostrou que as medidas relacionadas ao diagnóstico precoce

do câncer de mama na população feminina da cidade de Pelotas vêm sendo utilizadas quantitativamente. Entretanto, os dados apontam para alguns fatos preocupantes em relação à adequação dessas medidas.

É nítido o fato de que o nível socioeconômico é um dos mais importantes fatores determinantes da maior ou menor realização das condutas preventivas para o câncer de mama.^{2,14,18} A associação entre ambos é diretamente proporcional, quanto maior o nível socioeconômico, maior o número de consultas e, conseqüentemente, mais exames são realizados.

A associação direta do nível socioeconômico com o acesso às referidas condutas de prevenção é sem dúvida prova de que o acesso aos cuidados de saúde não é universal, o que confronta preceitos básicos do SUS assegurados na Constituição Brasileira. Essa inadequação certamente é causa de muitas outras, constituindo um grande desafio a ser enfrentado pelos órgãos governamentais nos próximos anos para que a saúde não seja privilégio de alguns, mas um direito de todos.

REFERÊNCIAS

1. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa [ANEP]. Critérios de classificação econômica no Brasil. São Paulo; 1996.
2. Banks E, Beral V, Cameron R, Hogg A, Langley N, Barnes I, et al. Comparison of various characteristics of women who do and do not attend for breast cancer screening. *Breast Cancer Res* 2002;4:R1.
3. Bare ML, Montes J, Florensa R, Sentis M, Donoso L. Factors related to non-participation in a population-based breast cancer screening programme. *Eur J Cancer Prev* 2003;12:487-94.
4. Benedict S, Williams RD, Baron PL. The effect of benign breast biopsy on subsequent breast cancer detection practices. *Oncol Nurs Forum* 1994;21:1467-75.
5. Boyle P. Current situation of screening for cancer. *Ann Oncol* 2002;13 Supl 4:189-98.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer [INCA]. Estimativas de incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 2002.
7. Costa JSD, Piccini RX, Moreira MR. Avaliação da prática do auto-exame e exame físico de mamas na cidade de Pelotas, RS. *Rev Bras Ginec Obstet* 1995;17(6):621-30.
8. Coughlin SS, Thompson TD, Hall HI, Logan P, Uhler RJ. Breast and cervical carcinoma screening practices among women in rural and nonrural areas of the United States, 1998-1999. *Cancer* 2002;94:2801-12.
9. Gotzsche PC, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? *Lancet* 2000;355:129-34.
10. Humphrey LL, Helfand M, Chan BK, Woolf SH. Breast cancer screening: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002;137(5 Part 1):347-60.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. Contagem populacional. Brasília (DF); 1996.
12. Menke CH, Biazús JV, Xavier NL, Cavalheiro JA, Rabin EG, Bittelbrunn A et al. Rotinas em mastologia. *Artes Médicas* 2000:98-104.
13. Miller AB, To T, Baines CJ, Wall C. The Canadian National Breast Screening Study-1: breast cancer mortality after 11 to 16 years of follow-up. A randomized screening trial of mammography in women age 40 to 49 years. *Ann Intern Med* 2002;137(5 Part 1):305-12.
14. O'Malley MS, Earp JA, Hawley ST, Schell MJ, Mathews HF, Mitchell J. The association of race/ethnicity, socioeconomic status, and physician recommendation for mammography: who gets the message about breast cancer screening? *Am J Public Health* 2001;91:49-54.

15. Olsen O, Gotzsche PC. Cochrane review on screening for breast cancer with mammography. *Lancet* 2001;358:1340-2.
16. Pharoah PD, Day NE, Duffy S, Easton DF, Ponder BA. Family history and the risk of breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Int J Cancer* 1997;71:800-9.
17. Schmidt MDB, Tavares M, Polanczyk C, Pellanda L, Zimmer P. Validity of self-reported weight: a study of urban Brazilian adults. *Rev Saúde Pública* 1993;27:271-6.
18. Segnan N. Socioeconomic status and cancer screening. *IARC Sci Publ* 1997;(138):369-76.
19. Secretaria da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/RS). Porto Alegre; 2000.
20. United Kingdom Trial of Early Detection of Breast Cancer Group. 16-year mortality from breast cancer in the UK Trial of Early Detection of Breast Cancer. *Lancet* 1999;353:1909-14.
21. Wee CC, McCarthy EP, Davis RB, Phillips RS. Screening for cervical and breast cancer: is obesity an unrecognized barrier to preventive care? *Ann Intern Med* 2000;132:697-704.
22. World Health Organization [WHO], International Agency for Cancer Research [IARC]. GLOBOCAN 2000: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. Geneva; 2001.