

A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

FAMILY HEALTH STRATEGY AND SCREENING FOR BREAST CANCER

Franciéle Marabotti Costa Leite¹, Maria Helena Costa Amorim², Gilsara Marília Teixeira Marques³,
Ana Paula Martins Vilela⁴

¹ Enfermeira; mestre em Saúde Coletiva; docente do Centro Universitário Norte do Espírito Santo (CEUNES)/Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

² Enfermeira; doutora em Enfermagem; docente da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

³ Médica; especialista em Saúde da Família.

⁴ Enfermeira; especialista em Saúde da Família.

Correspondência: (francielemarabotti@ceunes.ufes.br)

RESUMO

Identificar as ações de rastreamento do câncer de mama realizadas na Estratégia de Saúde da Família do município de Aracruz/ES e examinar a relação entre as variáveis dependente (realização de mamografia e número de mamografias realizadas) e independente (faixa etária, escolaridade, raça/cor e classe econômica). Estudo descritivo, transversal, quantitativo, realizado nas Unidades de Saúde da Família do município de Aracruz/ES. A coleta de dados foi feita por meio da técnica de entrevista com registro em formulário. A amostra constituiu-se de 459 mulheres com idade igual ou superior a 35 anos. O nível de significância foi de 5%, o Pacote Estatístico, o SPSS 14.0, e o teste qui-quadrado foram usados para avaliar a relação entre as variáveis. 55,8% das mulheres já realizaram mamografia, 66,0% fez o primeiro exame até os 49 anos, 70,0% foram submetidas ao exame clínico das mamas durante consulta ginecológica e 65,0% receberam orientações acerca do câncer de mama. A realização de mamografia foi mais prevalente na faixa etária entre 50-59 (76,0%), raça branca (71,4%), classe econômica A/B (84,4%) e não houve significância estatística entre a escolaridade e a realização do exame mamográfico ($p=0,775$). No que se refere ao número de mamografias realizadas, foi maior no grupo de mulheres de classe econômica A/B e com maior escolaridade ($p<0,01$). Esses achados apontam a existência de significativas desigualdades socioeconômicas e raciais quanto ao acesso às práticas de rastreamento, reforçando a necessidade de intervenções que levem em consideração essas variáveis como forma de promover a equidade.

Palavras-chaves: Neoplasias da Mama; Programas de Rastreamento; Saúde da Família; Epidemiologia.

ABSTRACT

To identify actions of breast cancer screening held at the Family Health Strategy in Aracruz/ES and examine the relationship between the dependent variable (mammography and number of mammograms performed) and independent ones (age, education, race/color and social class). Cross-sectional study, quantitative, carried out at Family Study Units in Aracruz/ES. Data collection was done through the interview technique recorded on proper form. Sample consisted of 459 women aged over 35 years old. The significance level was 5%; the SPSS - Statistical Package 14.0, and the chi-square test was used to assess the relationship between variables. 55.8% of women have mammography performed, 66.0% made their first examination until 49 years old, 70.0% have had clinical breast examination during gynecological examination and 65.0% received guidance on cancer breast. Mammography was more prevalent between the ages 50-59 (76.0%), Caucasian (71.4%); social class A/B (84.4%) and no statistical significance between schooling and completion of mammography ($p = 0.775$). According to the number of mammograms performed, this number was the largest one at social classes A/B and higher education ($p < 0.01$). These findings indicate the existence of significant socio economic inequalities and racial groups in access to screening practices, reinforcing the need for interventions that consider such variables as a way to promote equity.

Keywords: Breast neoplasms; Mass screening; Family health; Epidemiology.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) criou, em 1994, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), amparada pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação popular¹. Considerada um modelo de saúde focado na unidade familiar e construído operacionalmente na esfera comunitária, a ESF surge para estruturar o sistema público de saúde, uma vez que redireciona as prioridades de ação em saúde e consolida os princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS)².

A ESF amplia o processo de descentralização favorecendo o contato do Sistema de Saúde com a realidade social, política e administrativa local. A assistência prestada pela equipe de saúde da família deve ser praticada com base na prevenção e diagnóstico efetivo das diferentes doenças que acometem o ser humano, principalmente no caso de enfermidades com alto índice de mortalidade, como o câncer de mama³.

A única forma de diminuir as taxas de morbidade e mortalidade por neoplasia mamária é o rastreamento realizado por meio da mamografia e do exame clínico da mama (ECM). Esse último deve ser feito em todas as consultas clínicas independentemente da faixa etária. Deve ser realizado por um profissional da área de saúde devidamente treinado, apoiado em detalhada anamnese, de maneira acurada e sistemática⁴.

Já o rastreamento mamográfico constitui o exame radiológico das mamas em intervalos regulares, com o objetivo de detectar o câncer de mama mais cedo, em estágio inicial, ainda não palpável⁵. A mamografia deve ser realizada por mulheres com idade entre 50 a 69 anos, com o máximo de dois anos entre os exames. No caso de mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama, esse exame deve ser iniciado a partir dos 35 anos⁴.

Apesar de o autoexame de mama (AEM) não ter sido recomendado pelo Consenso de Controle do Câncer de Mama, como forma de detecção precoce⁴, pesquisa revela que mulheres que praticam o AEM mais frequentemente têm mais facilidade de notar qualquer alteração nas mamas, de um mês para outro, como também de apresentar tumores em estágio clínico mais favorável da doença do que aquelas que nunca realizaram essa prática⁶.

Dessa forma, considerando a saúde da mulher de grande relevância para a saúde pública e partindo do princípio de que o

rastreamento do câncer de mama é a única forma de reduzir as taxas de mortalidade e morbidade por essa neoplasia, e que a ESF foi criada a fim de reorganizar o sistema, ampliando o acesso aos serviços de saúde, bem como as ações de prevenção, promoção e recuperação, o presente estudo teve como objetivo identificar as ações de rastreamento do câncer de mama realizadas na Estratégia Saúde Família do município de Aracruz/ES e examinar a relação entre as variáveis dependente (realização de mamografia e número de mamografias realizadas) e independente (faixa etária, escolaridade, raça/cor e classe econômica).

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Aracruz, localizado ao norte do Estado do Espírito Santo (ES), há 83km da capital, Vitória. O município, com 17 unidades de saúde e 20 equipes de Estratégia de Saúde Família, possui cobertura de 80% da população. Essas equipes estão distribuídas em todo o município da seguinte forma: duas equipes na área rural, três na área indígena e 15 equipes na área urbana.

A população do estudo foi composta por mulheres cadastradas na ESF do município de Aracruz/ES. A amostra, de 459 mulheres, foi aleatória, determinada por uma tabela de números aleatórios. Considerou-se como critério de inclusão: ter idade igual ou maior que 35 anos e ter realizado, no mínimo, uma consulta ginecológica, pelo profissional enfermeiro ou médico da USF, no período máximo de um ano.

A coleta de dados, feita no período de agosto de 2005 a agosto de 2006, foi realizada no domicílio das mulheres, pelos agentes comunitários de saúde, devidamente capacitados pelos pesquisadores. Para a coleta de dados, foi utilizada a técnica de entrevista com registro em formulário, dividida em duas partes: a primeira com questionário próprio de dados de caracterização geral: idade, escolaridade e cor/raça (autorreferida) e perguntas que identificassem as ações de rastreamento do câncer de mama (realização de mamografia, idade do primeiro exame mamográfico, número de mamografias realizadas, exame clínico da mama e orientações com relação ao câncer de mama durante as consultas ginecológicas); a segunda parte consta de um instrumento de classificação econômica Brasil da Associação

Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)⁷. Antes do início, foram informados os objetivos da pesquisa e assinado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte da entrevistada, autorizando a realização da entrevista.

Os dados foram analisados por meio de tabelas e gráficos de colunas. Para testar a relação entre as variáveis dependentes (realização de mamografia e número de mamografias realizadas) e independentes (faixa etária, escolaridade, raça/cor e classe econômica), o teste qui-quadrado foi utilizado. O nível de significância adotado foi de 5% e o Pacote Estatístico SPSS 14.0 – Social Package Statistical Science.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM).

RESULTADOS

Do total das entrevistadas, 55,8% já realizaram mamografia - 66,0% fez o primeiro exame até os 49 anos. Quanto às orientações com relação ao câncer de mama durante as consultas ginecológicas, 64,7% afirmaram ter recebido e 69,7% referiram que o profissional realizou o ECM durante a consulta (Tabela 1).

Tabela 1 - Rastreamento do câncer de mama na amostra de mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde Família do Município de Aracruz/ES, ago. 2005 a ago. 2006

Característica	N	%
Já realizou mamografia		
Sim	256	55,8
Não	203	44,2
Total	459	100,0
Faixa etária que realizou 1ª mamografia		
Antes de 40 anos	81	31,6
Entre 40 e 49 anos	88	34,4
Após 50 anos	39	15,2
Não lembra	48	18,8
Total	256	100,0
Profissional examina mamas		
Sim	320	69,7
Às vezes	56	12,2
Não	83	18,1
Total	459	100,0
Recebeu orientação sobre câncer de mama durante as consultas ginecológicas		
Sim	297	64,7
Não	162	35,3
Total	459	100,0

A relação entre a faixa etária e a realização de mamografia demonstrou, com grande significância estatística ($p < 0,001$), que mulheres, na faixa etária entre 50-59 (76,0%), representam o grupo que mais se submete à

mamografia. Por outro lado, apesar de apresentarem menores percentuais, deve-se ressaltar a realização da mamografia no grupo de 35-39 (26,6%) e 40-49 (61,8%) (Figura 1).

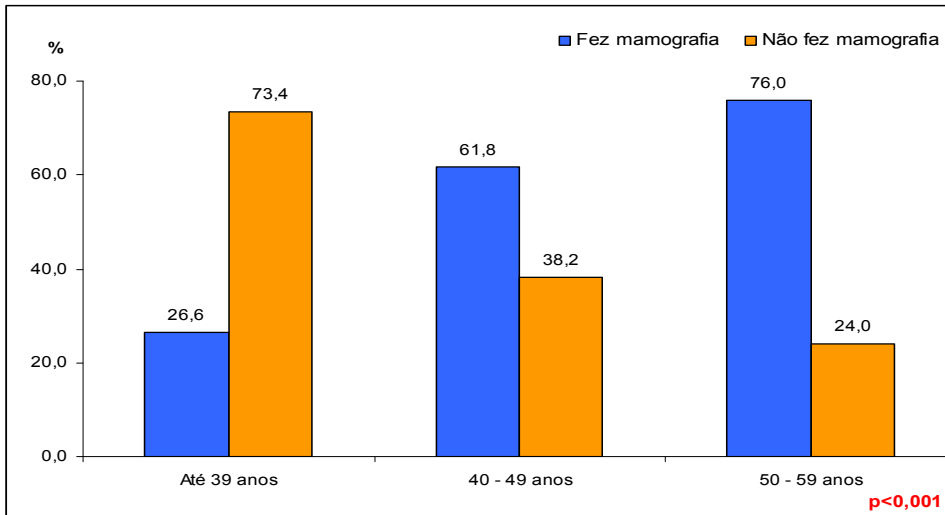


Figura 1 – Realização de mamografia segundo faixa etária na amostra de mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde Família do Município de Aracruz/ES, ago. 2005 a ago. 2006

Quanto à relação entre a variável escolaridade e realização de mamografia (Figura 2), verificou-se que não houve significância estatística ($p=0,775$). Foram encontrados percentagens equivalentes de realização de mamografia para cada escolaridade: 54,4% que são analfabetas ou

cursaram o Ensino Fundamental Incompleto (EFI); 56,8% que cursaram o Ensino Fundamental Completo (EFC) ou Ensino Médio Incompleto (EMI); e 58,3% que cursaram o Ensino Médio Completo (EMC), Ensino Superior Incompleto (ESI) ou Ensino Superior Completo (ESC).

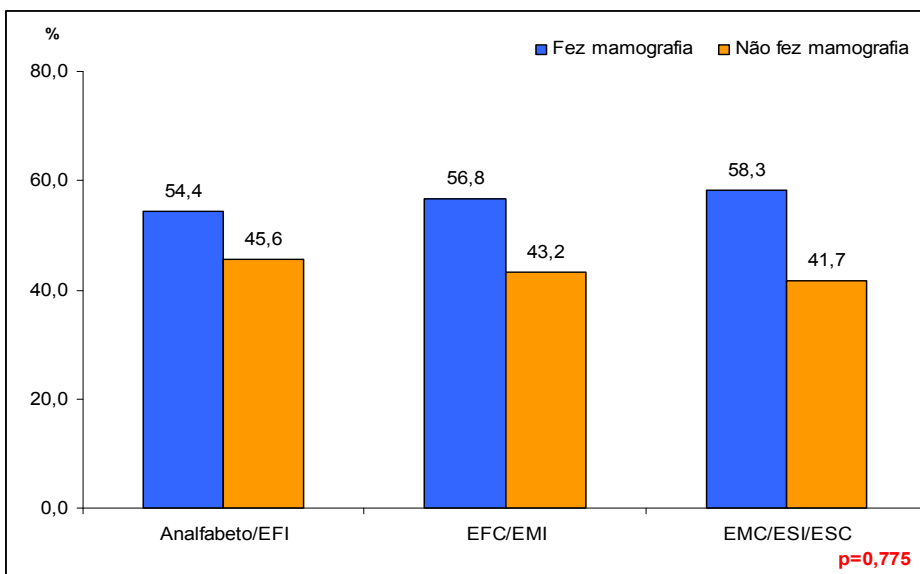


Figura 2 – Realização de mamografia segundo escolaridade na amostra de mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde Família do Município de Aracruz/ES, ago. 2005 a ago. 2006

Entretanto, ao relacionar a variável escolaridade com o número de mamografias realizadas (Figura 3), encontrou-se significância estatística relevante ($p<0,001$), demonstrando que o grupo de mulheres com EMC/ESI/ ESC (25,4%), e o grupo com

EFC/EMI (26,2%) somam cerca de 50,0% de mulheres que já realizaram mais de seis mamografias, em detrimento do grupo de mulheres analfabetas/EFI, cujo resultado foi de 6,1%.

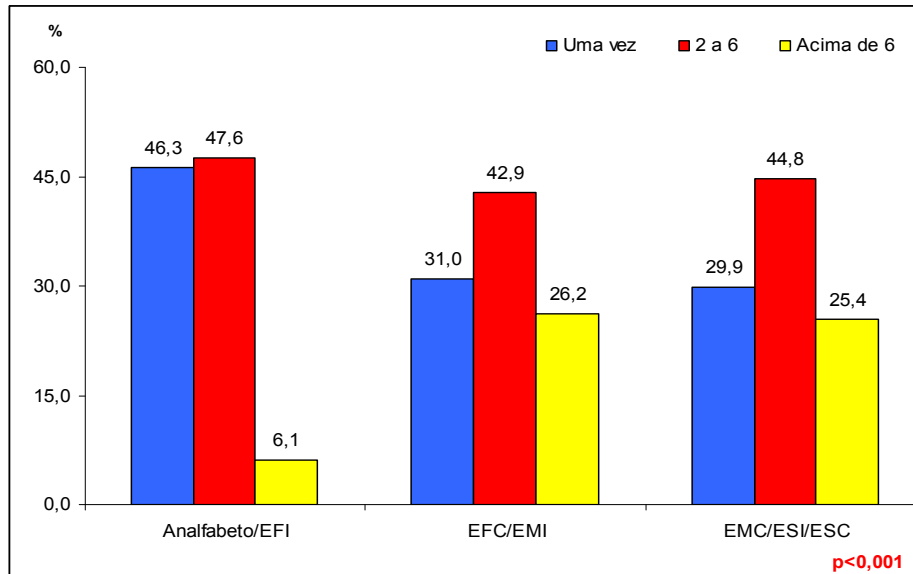


Figura 3 – Número de mamografias realizadas segundo escolaridade na amostra de mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde Família do Município de Aracruz/ES, ago. 2005 a ago. 2006

A relação entre as variáveis raça/cor e realização de mamografia (Figura 4) mostrou relevância estatística com $p<0,001$. Percebeu-

se que a raça branca e indígena realizou mais mamografia com (71,4%) e (70,7%) respectivamente.

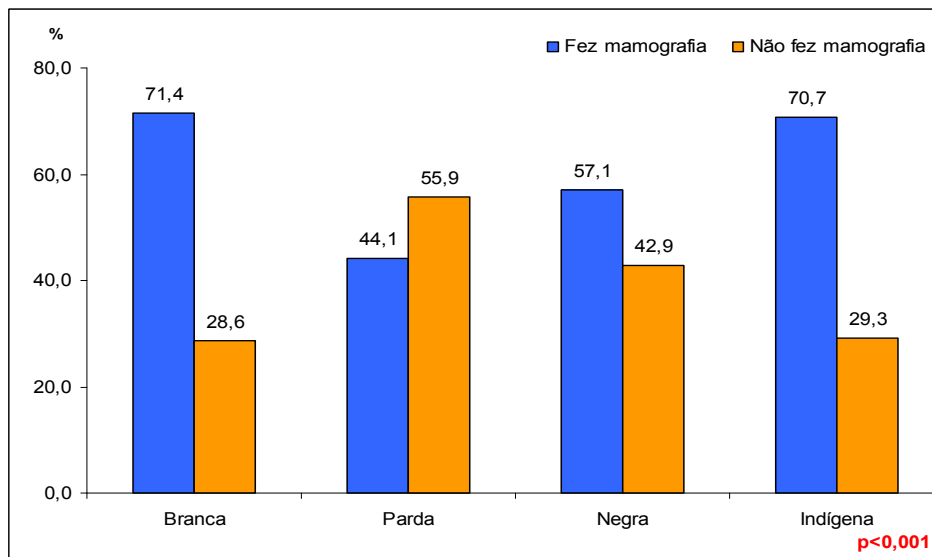


Figura 4 – Realização de mamografia segundo raça/cor na amostra de mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde Família do Município de Aracruz/ES, ago. 2005 a ago. 2006

A Figura 5 aponta que 84,4% das mulheres pertencentes à classe econômica A/B realizam o exame mamográfico. Em contrapartida, na classe E, esse percentual é apenas de 35,3%. Nas classes sociais C e D, encontraram-se de 60,8% e 48,9%,

respectivamente. A relação entre a variável classe social e realização de mamografia mostrou-se bastante significativa estatisticamente, ou seja, $p<0,001$.

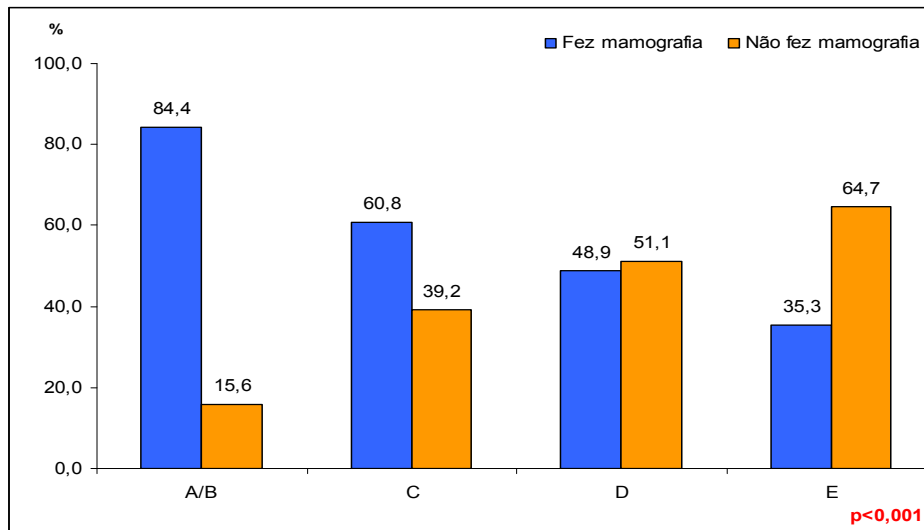
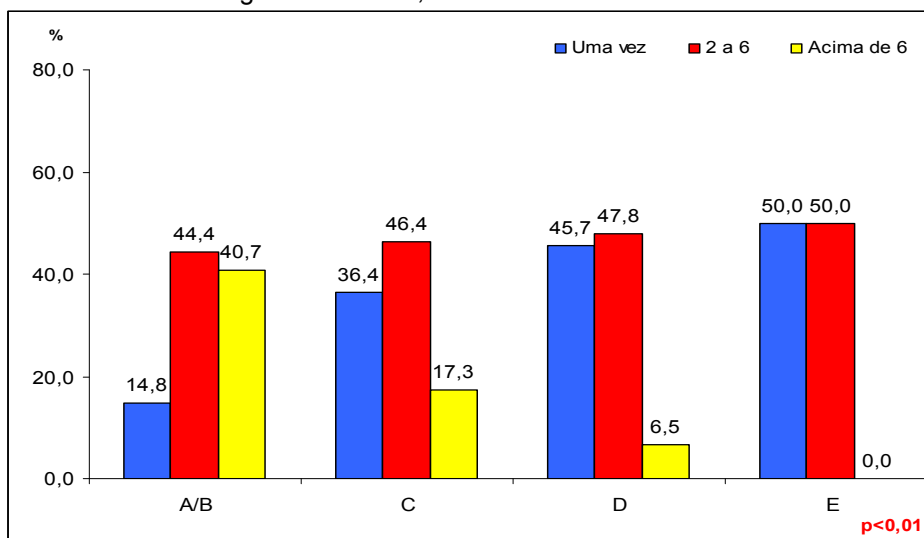


Figura 5 – Realização de mamografia segundo classe econômica na amostra de mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde Família do Município de Aracruz/ES, ago. 2005 a ago. 2006

A relação entre a classe econômica e o número de mamografias realizadas encontra-se ilustrada na Figura 6 e assinala que 40,7% das mulheres da classe A/B realizaram mais de seis mamografias na vida,

em detrimento da classe C, D e, em especial da classe E, cujo resultado foi nulo. Esse achado foi estatisticamente significativo ($p < 0,01$).



– Número de mamografias realizadas segundo classe econômica na amostra de mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde Família do Município de Aracruz/ES, ago. 2005 a ago. 2006

DISCUSSÃO

A porcentagem de realização da mamografia (55,8%) e exame clínico de mama (69,7%) do presente estudo mostra semelhança com a literatura⁸ que aponta que 76,2% das mulheres são submetidas ao ECM e também reforça os dados encontrados em pesquisa⁹ realizada com mulheres de 40 anos ou mais, residentes na cidade de Campinas, São Paulo, onde foi observado que 63,8% das mulheres foram submetidas ao exame clínico

de mamas e 52,1% à mamografia. O Inquérito Mundial de Saúde¹⁰ realizado no Brasil em 2003 também apresentou dados semelhantes em que 45,9% das mulheres nunca realizaram a mamografia. Porém, estudo¹¹ feito na cidade de Pelotas-RS demonstrou taxas maiores da realização dessas práticas de rastreamento. A prevalência do ECM foi de 83,3% e a de realização de mamografia alguma vez na vida foi de 70%. Pesquisa¹² aponta maior percentual de realização do exame clínico das mamas nas cidades de Belo Horizonte

(76,0%), Vitória (91,0%) e Porto Alegre (72,0%), quando comparado com os dados do presente estudo. Da mesma forma, a realização da mamografia também apresentou menores taxas que as encontradas em Campo Grande (56,0%), Belo Horizonte (57,0%), Vitória (76,0%), São Paulo (59,0%) e Porto Alegre (70,0%)¹².

Quanto ao recebimento de orientações com relação ao câncer de mama durante as consultas ginecológicas, o estudo indicou uma porcentagem de 65,0% das mulheres. Entretanto, tal índice, apresentou-se menor que os encontrados em outro estudo¹¹ que revela que a prevalência de orientações e/ou estímulo para o ECM e AEM recebida durante as consultas é de 83,3% e 76,9%, respectivamente. Isso evidencia que os profissionais da ESF estão orientando a sua clientela, porém é preciso ampliar esse número (65,0%), a fim de engajar o máximo de mulheres no processo de detecção precoce do câncer mamário.

No que se refere à faixa etária de realização da primeira mamografia, a maioria (66,0%) se encontrou na faixa etária de até 49 anos. Esse dado é semelhante à pesquisa¹³ que mostra que a mulher tem chegado para o primeiro exame mamográfico com idade média de 49 anos. Todavia, apesar de o rastreamento mamográfico permitir a redução de mortalidade de até 18,0% nas mulheres na idade entre 40 e 50 anos, quando relacionada com a faixa etária acima de 50 anos, essa redução passa a ser de 30,0%, e a relação custo benefício é mais favorável na população mais idosa¹⁴. Dessa forma, a mamografia deve ser realizada por mulheres com idade entre 50 a 69 anos, com o máximo de dois anos entre os exames. No caso de mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama, esse exame deve ser iniciado a partir dos 35 anos⁴.

Verificando a relação entre a faixa etária e a realização de mamografia, percebe-se que houve uma diferença extremamente significativa ($p < 0,001$). A faixa etária entre 50-59 foi a de maior prevalência de realização da mamografia. Esse dado vai ao encontro de pesquisa¹¹ que ilustra que mulheres entre 50-59 anos apresentam maior prevalência de realização de mamografia. Esse achado reflete as orientações do consenso de controle do câncer de mama⁴, que recomenda o rastreamento por mamografia, para as mulheres pertencentes ao grupo etário entre 50-69 anos. Logo a maior prevalência de realização da mamografia nesse grupo traduz a prática de rastreamento direcionada às

mulheres na faixa etária de maior risco para a neoplasia mamária.

Apesar de o grupo de mulheres entre 50-59 anos apresentar maior prevalência de realização de mamografia, deve-se destacar a realização desse exame no grupo de 35-39 (26,6%) e 40-49 (61,8%). Esse achado pode sugerir que certo número de mulheres vem realizando a mamografia precocemente, em detrimento de mulheres que se encontram com mais de 50 anos, quando o risco é mais elevado. Deve-se lembrar que o INCA⁴ recomenda a realização do rastreamento por mamografia para as mulheres com idade entre 50 a 69 anos e mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama. Nesse caso elas devem iniciar o exame mamográfico a partir dos 35 anos. Diante disso, deve-se buscar padronizar as ações da ESF do município e priorizar o rastreamento mamográfico nos grupos considerados de risco, a fim de evitar a realização de mamografias precocemente e sem necessidade, reduzindo custos e ampliando a eficiência e eficácia do rastreamento mamográfico.

Quanto à relação entre a escolaridade e a realização de mamografia, constatou-se que não houve uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0,775$), ou seja, independentemente da escolaridade, a mulher realiza mamografia. Esse resultado pode refletir o acesso universal e gratuito dos serviços de saúde no Brasil¹⁵⁻¹⁶.

A relação entre a escolaridade e o número de mamografias realizadas mostrou-se significativa ($p < 0,001$). Observou-se que mulheres com maior escolaridade tiveram mais oportunidades de rastreamento do câncer de mama. Esse resultado vai ao encontro de pesquisa¹⁷ que assinala que, de maneira geral, que adultos mais jovens (20-59) e idosos (60 anos ou mais) com menor escolaridade submetem-se, com menor frequência, à mamografia.

A relação entre realização de mamografia e a variável raça/cor mostrou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Foi observado que a raça branca (71,4%) e a indígena (70,7%) realizaram mais mamografia do que a raça negra (57,1%) e parda (44,1%). Achados de pesquisa⁹ ilustram que mulheres brancas (81,9%) realizam mais mamografias e exame clínico de mamas que mulheres da raça preta e parda, porém não dispomos de pesquisas que relacionem a raça indígena com a realização da mamografia.

Houve uma diferença estatisticamente significativa entre classe econômica e

realização de mamografia ($p < 0,001$). O maior número de mamografia concentra-se na classe social A/B, (84,4%). Esses resultados estão em consonância com estudo¹⁸ que demonstra que a classe A/B tem maior prevalência na realização da mamografia que as classes C, D e E. Ainda, quando se levou em conta a relação entre o número de mamografias e a classe econômica, notou-se a nítida prevalência da classe A/B com relação à realização de mais de seis mamografias ($p < 0,01$). Esses resultados vão ao encontro de pesquisa¹¹ que refere que o aumento progressivo da realização da mamografia está em direção às classes sociais mais altas. Outro estudo⁹ também verificou que a não realização da mamografia foi significativamente mais prevalente na renda familiar *per capita* menor ou igual a cinco salários mínimos. Esse fato foi mais frequente no segmento de menor renda familiar *per capita*. Esses achados também são semelhantes ao encontrado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios¹², em que se observou que a prevalência da não realização do exame aumentava quanto menor era a renda familiar *per capita*. Esses resultados apontam o grau de iniquidade de acesso ao serviço ainda presente no município de Aracruz e a necessidade de ampliação de cobertura das práticas preventivas analisadas nos segmentos sociais mais carentes.

CONCLUSÃO

Com esses resultados, pode-se concluir que os profissionais da ESF do município de Aracruz/ES realizam orientações com relação ao câncer de mama durante as consultas ginecológicas, além de ações de rastreamento do câncer de mama por exame clínico de mama e solicitação de mamografia.

Foi possível observar que a faixa etária de maior prevalência de realização da mamografia está entre 50-59, e que não há influência do grau de instrução na realização da mamografia, entretanto mulheres com maior escolaridade realizaram um maior número de exames mamográficos. Dessa forma, possuem mais oportunidades de rastreamento mamográfico.

A prevalência da mamografia encontrou-se na classe econômica A/B, assim como o maior número de exames realizados. A raça branca e indígena realizou mais mamografia do que as raças negras e pardas.

Com isso os achados deste estudo apontam a existência de significativas desigualdades socioeconômicas e raciais

quanto ao acesso às práticas de rastreamento para o câncer de mama, reforçando a necessidade de intervenções que levem em consideração essas variáveis como forma de promover a equidade.

O exame clínico das mamas e a mamografia são importantes práticas de detecção precoce do câncer de mama, cujo acesso precisa ser assegurado pelos serviços de saúde, pois contribuem para a redução da mortalidade por essa neoplasia.

Assim, é relevante que os gestores das políticas de saúde desenvolvam estratégias que reorientem os serviços na perspectiva da atenção integral à saúde das mulheres e com foco especial para as mais vulneráveis à baixa cobertura de práticas preventivas.

REFERÊNCIAS

- 1- Rosa WA, Labate RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-Am Enferm** 2005; 13(6):1027-34.
- 2- Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hicitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 783-836.
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a descentralização. Coordenação Geral de Apoio a Gestão descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
- 4- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Controle do câncer de mama: documento de consenso. **Rev Bras Cancerol** 2004; 50(2):77-90.
- 5- Aguillar VLN, Bauab SP. Rastreamento mamográfico para a detecção precoce do câncer de mama. **Rev Bras Mastologia** 2003; 13(2):82-9.
- 6- Davim RMB, Torres GV, Cabral MLN, Lima VM, Souza MA. Autoexame de mama: conhecimento de usuárias atendidas no ambulatório de uma maternidade escola. **Rev Latino-Am Enferm** 2003; 11(1):21-7.

- 7- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)**. 2003. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>
- 8- Molina L, Dalben I, De Luca LA. An analyze the opportunities of early detection of breast cancer. **Rev Assoc Med Bras** 2003; 49(2):185-90.
- 9- Amorim VMSL, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados a não realização da mamografia e do exame clínico das mamas: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saude Publica** 2008; 24(11):2623-32.
- 10- Leal MC, Gama SGN, Frias P, Szwarcwald CL. Healthy lifestyles and access to periodic health exams among Brazilian women. **Cad Saude Publica** 2005; 21(1):578-88.
- 11- Scowitz ML, Menezes AMB, Gigante DP, Tessaro S. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. **Rev Saude Publica** 2005; 39(3):340-9.
- 12- Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Câncer. **Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2004.
- 13- Godinho ER, Koch HA. O perfil da mulher que se submete a mamografia em Goiânia: uma contribuição a "Bases para um programa de detecção precoce do câncer de mama". **Radiol Bras** 2002; 35(3):139-45.
- 14- Smith RA, D'orsi CJ. Screening for breast cancer. In: Harris JR, Lipmann ME, Morrow M, Osborne CK, editors. **Diseases of the breast**. Philadelphia: Lippincott; 2005. p.103-30.
- 15- Lima-Costa MF. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens?: Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiol Serv Saude** 2004; 13(4):201-8.
- 16- Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L. A Situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio – PNAD/ 98. **Cien Saude Colet** 2002; 7(4):813-24.
- 17- Lima-Costa MF. Influência da idade e da escolaridade no uso de serviços preventivos de saúde: Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiol Serv Saude** 2004; 13(4):209-15.
- 18- Marchi AA, Gurgel MSC, Fonsechi-Carvasan GA. Rastreamento mamográfico do câncer de mama em serviços de saúde públicos e privados. **Rev Bras Ginecol Obstet** 2006; 28(4):214-9.

Recebido em 24/9/2009.

Aceito em 3/7/2010.