



Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca



Pós-graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente

Tese de Doutorado

**NÃO REALIZAÇÃO DE MAMOGRAFIA E CONSUMO DE SERVIÇOS DE
SAÚDE EM UMA POPULAÇÃO DE IDOSOS
DE JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS**

Tese apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro visando à obtenção do grau de Doutora em Saúde Pública e Meio Ambiente.

Rio de Janeiro
2010

**NÃO REALIZAÇÃO DE MAMOGRAFIA E CONSUMO DE SERVIÇOS DE
SAÚDE EM UMA POPULAÇÃO DE IDOSOS
DE JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS**

CRISTIANE DE OLIVEIRA NOVAES

Folha de Aprovação

NÃO REALIZAÇÃO DE MAMOGRAFIA E ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS
DE SAÚDE EM UMA POPULAÇÃO DE IDOSOS DE JUIZ DE FORA, MINAS
GERAIS

Cristiane de Oliveira Novaes

Trabalho realizado na Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo
Cruz do Rio de Janeiro sob orientação da professora Inês Echenique Mattos
Banca Examinadora:

Dra. Inês Echenique Mattos

Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Ilce Ferreira da Silva

Universidade Federal Fluminense

Dra. Maria Teresa Bustamante Teixeira

Universidade Federal de Juiz de Fora

Dr. Sergio Koifman

Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz

Dr. Luiz Antonio Bastos Camacho

Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz

AGRADECIMENTOS

À Deus guia de todas as horas. Força essencial.

À minha mãe que sempre me incentivou, em todos esses anos de estudo, mesmo nos momentos de dúvida e fracasso, e se absteve da minha presença e companhia em momentos em que certamente necessitou. Ao seu amor incondicional e exemplo de vida e caráter.

Ao meu pai que se foi cedo demais não podendo compartilhar fisicamente dessa conquista, mas que deixou seus ensinamentos inesquecíveis presentes em toda a jornada.

A minha orientadora, Inês Echenique Mattos, que como uma verdadeira mãe soube acolher, ensinar, guiar e repreender. Um exemplo de retidão e competência. Sem ela nada disso seria possível.

Ao Professor Sergio Koifman, uma expressão máxima de como se deve ser um verdadeiro pesquisador, líder e ser humano. Ele que sempre acreditou em mim, sempre me motivou, abriu portas, aconselhou e demonstrou preocupação e afeto.

A professora Rosalina Koifman que me fez pela primeira vez acreditar que era possível, que eu seria capaz, e que na reta final foi fundamental para que eu retomasse o fôlego e a auto-estima.

A professora Gina Torres que sempre teve palavras amigas, sempre demonstrou respeito, amizade e carinho.

As Professoras Doutoras Ilce Ferreira da Silva exemplo de ser humano e profissional, e Maria Teresa Bustamante que, em qualquer lugar que eu vá, é

lembrada e querida por suas qualidades profissionais e humanas. Ambas que gentilmente aceitaram meu convite e me honraram com sua colaboração. Ao Professor Luiz Antonio Bastos Camacho que pacientemente se disponibilizou a participar da avaliação do meu trabalho.

As professoras Mônica Martins e Dirce Marchiori que nos ajudaram a refletir no meio do caminho ao participarem da qualificação.

A professora Luciana Correa Alves que na reta final com a maior disponibilidade e paciência do mundo dividiu conosco seus sólidos conhecimentos, fazendo até parecer que seria fácil...

A Maria Rita de Cássia que abriu sua casa, seu coração e seus braços. Sempre. E nunca se afastou do meu caminho, sempre tendo um tempo para trocar conversas e pontos de vista pautados pela verdadeira amizade e respeito. A Glauciane que foi meus braços direito e esquerdo enquanto não pude comandar a pesquisa de perto. Além de conselheira e amiga, não me deixando desistir nunca. A Márcia Guerra que participou intensamente de muitos episódios dessa caminhada, amiga que faz uma falta incomensurável. Ao meu irmão César que sempre torceu por mim. Ao Cleber que com sua energia, paciência, amor e carinho fez da vida melhor, mesmo quando as coisas não iam bem. Que me acolheu, cuidou e ensinou a ver a vida de outra forma.

Aos familiares que torceram de longe, irmãos, primos, tios, sobrinhos e a nossa querida Antonia que é mais do que da família. Aos amigos que fizeram a jornada mais divertida.

A professora Dra Ana Paula Cupertino que fez parte do início de minha trajetória na pesquisa, a toda sua equipe e projetos, que um dia foram nossos.

As pessoas idosas de Juiz de Fora que colaboraram com estudo de forma desprendida e atenciosa.

Aos funcionários da ENSP que sempre foram gentis, prestativos e solícitos, fazendo do cotidiano na Instituição algo menos árduo desde a guarita ate os trâmites burocráticos.

Aos alunos que sempre desafiaram minha capacidade de aprendizado e tolerância, promovendo trocas vitais para o meu crescimento. Em especial aos que trabalharam incansavelmente no Estudo EPOCA desenvolvendo o nosso trabalho como se fosse genuinamente deles.

SUMÁRIO

Lista de Quadros, Tabelas E Gráficos	ix
Lista de Anexos	xi
Resumo.....	xii
Abstract	xiii
1. Introdução	14
2. Revisão de Literatura.....	19
2.1. Envelhecimento Populacional e Saúde.....	19
2.2. Envelhecimento e Gênero.....	28
2.3. Envelhecimento e Câncer de Mama.....	36
3. Justificativa	53
4. Objetivos	56
5. Material e Métodos.....	57
5.1. Local do Estudo.....	59

5.2. População do estudo.....	59
5.3. Instrumentos de coleta dos dados.....	60
5.4. Trabalho de campo.....	61
5.5. Aspectos Éticos.....	63
ARTIGO 1: Estudo EPOCA: : Determinantes relacionados ao consumo de serviços de saúde – uma comparação entre homens e mulheres idosos.....	64
ARTIGO 2: Prevalência e fatores associados à não utilização de mamografia em mulheres idosas	99
ARTIGO 3: Estudo EPOCA - Fatores associados aos motivos declarados para a não utilização de mamografia por mulheres idosas: uma abordagem multinível	133
Considerações finais	177
Conclusões.....	184
Referências Bibliográficas	186
ANEXOS	200

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Artigo 1

Tabela 1 – Características da população de estudo, Juiz de Fora, MG, 2006.....	92
Tabela 2 - Fatores associados ao acesso limitado aos serviços de saúde, Juiz de Fora, MG, 2006.....	94
Tabela 3: Modelo de Regressão Múltipla de Poisson para uso de serviços de saúde no grupo masculino.....	96
Tabela 4: Modelo de Regressão Múltipla de Poisson para uso de serviços de saúde no grupo feminino.....	97
Tabela 5 – Dificuldades de acesso e problemas vivenciados nos serviços de saúde, Juiz de Fora, MG, 2006.....	98

Artigo 2

Tabela 1 - Estudo EPOCA: Características sócio-demográficas e de estado de saúde da população de estudo, Juiz de Fora, MG, 2006.....	125
Tabela 2: Estudo EPOCA: Características relacionadas às práticas preventivas e de cuidado à saúde, Juiz de Fora, MG, 2006.....	128
Tabela 3 - Estudo EPOCA: Fatores associados a não utilização de mamografia, Juiz de Fora, MG, 2006.....	130
Tabela 4: Estudo EPOCA: Modelo de Regressão Múltipla de Poisson para a não utilização e mamografia.....	132

Artigo 3

Figura 1 – <i>Estudo EPOCA – Envelhecimento Populacional e Câncer</i> . Variáveis do estudo*. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2006.....	165
---	-----

Tabela 1 – Estudo EPOCA – Envelhecimento Populacional e Câncer. Descrição das características da população de estudo segundo categorias de motivos. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2006.....	166
Tabela 2 - Estudo EPOCA – Envelhecimento Populacional e Câncer. Estimativas dos efeitos fixos (coeficientes) e aleatórios (u_0) dos modelos de regressão logística vazio e somente com as variáveis dos indivíduos (nível 1), para as chances de uma mulher declarar “Não ter recebido recomendação medica para fazer mamografia”. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2006.....	170
Tabela 3 - Estudo <i>EPOCA – Envelhecimento Populacional e Câncer</i> . Estimativas dos efeitos fixos (coeficientes) e aleatórios (μ_0) dos modelos de regressão logística vazio e somente com as variáveis dos indivíduos (nível 1), para as chances de uma mulher declarar “Não acha necessário fazer mamografia”. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2006.....	174
Tabela 4 - Estudo <i>EPOCA – Envelhecimento Populacional e Câncer</i> . Estimativas dos efeitos fixos (coeficientes) e aleatórios (u_0) dos modelos de regressão logística vazio e somente com as variáveis dos indivíduos, para as chances de uma mulher declarar “Não fez mamografia por ter afetos negativos em relação ao exame (medo/dor/vergonha)”. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2006.....	176

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Termo de consentimento livre e esclarecido.....	200
Anexo 2: Questionário.....	201

RESUMO

Os objetivos dessa tese foram: Descrever os determinantes de acesso a serviços de saúde por idosos em uma perspectiva de gênero; Determinar a prevalência e os fatores associados à não utilização de mamografia pela população feminina; Identificar os motivos para nunca ter realizado exame mamográfico e os fatores predisponentes, habilitadores e reforçadores associados com cada categoria de motivo, identificando o papel das características contextuais nesse processo. Foram elegíveis para estudo indivíduos com 60 ou mais anos de idade, residentes no município de Juiz de Fora que compareceram a um posto de vacinação do município no período da Campanha Nacional de Vacinação Contra Gripe de 2006. Os principais resultados mostraram perfil social e de saúde similar ao descrito para a população brasileira, Pior auto-avaliação da saúde, maior proporção de morbidade, mais uso de medicação e maior proporção e frequência de consultas médicas entre as mulheres. Foi observada prevalência de não utilização de mamografia de 27,9% nessa população, associada à idade avançada, à baixa escolaridade, à ausência de relação conjugal e à não realização de consultas com ginecologista e de exame de Papanicolaou. As principais razões apontadas pelas mulheres para nunca terem se submetido ao exame mamográfico foram *“Não acha necessário fazer mamografia”*; *“Não ter recebido recomendação médica para fazer mamografia”* e *“Afetos negativos”*.

Palavras-chave: Saúde do idoso; Uso de serviços de saúde; Gênero; Mamografia; Não-adesão a mamografia.

ABSTRACT

The objectives of this study were: To describe the determinants of access to health services for older people in a gender perspective; to determine the prevalence and the factors associated with non-use of mammography by women; to identify the reasons for never having been submitted to mammography and the predisposing, enablers and reinforcing factors associated to each category of reasons, and to identify the role of contextual characteristics in this process. Subjects with 60 or more years old, living in Juiz de Fora and who attended a vaccination station in the city during the National Immunization Campaign Against Influenza of 2006 were eligible for study. The main results showed social and health profiles similar to that described for the Brazilian population. Women had poorer self-rated health, higher proportion of morbidity and use of medication and a higher proportion and frequency of medical visits compared to men. The prevalence of non-use of mammography in this population was 27,9%, and advanced age, poor education, lack of marital relationship, lack of Pap smear and no consultations with gynecologists were associated to a higher risk of non-use. The main reasons why women have never undergone mammography were "Having no need of a mammogram", "Not having received medical advice to have a mammogram" and "Having negative affects in relation to mammograms".

Keywords: Aging health; Use of health services, gender, Mammography, Non-adherence to mammography.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e, na América Latina, o Brasil é um dos países que apresenta maior crescimento da população idosa (FIBGE, 2002). As projeções indicam que o aumento desse grupo populacional, entre 1950 e 2025, será de 15 vezes, e que nesse último ano, o Brasil terá cerca de 27 milhões de idosos (WHO, 1998).

Contudo, apesar dos dados demográficos indicarem que se vive cada vez mais anos, nem sempre o aumento na expectativa de vida tem sido acompanhado por um proporcional aumento na saúde e na qualidade de vida das pessoas. Os dados da Organização Mundial da Saúde (2002) mostraram que a expectativa de vida ativa e saudável tem sido significativamente inferior à expectativa de vida tanto para homens como para mulheres, visto que vem acompanhada pelo aumento da morbidade. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, exigindo permanente acompanhamento de equipes multiprofissionais e intervenções contínuas (WHO, 1998).

A população idosa é a que mais consome recursos dos serviços de saúde, principalmente dos serviços de média e alta complexidade, e parte disso, se deve ao seu perfil de morbidade que implica em maior gravidade e em comprometimento da funcionalidade e da qualidade de vida (Mendoza-Sassi & Béria, 2001; Lebrão e Duarte, 2003).

As iniquidades no acesso aos serviços básicos de saúde em tempo hábil e em quantidade e qualidade suficiente para que as ações de prevenção primária sejam acessíveis e efetivas, possivelmente conduzem à situação em

que os idosos mais doentes e mais fragilizados sejam os mais freqüentes nos serviços de saúde, por terem menos chances de reabilitação (Ramos, 2003).

Os serviços de saúde constituem, portanto, um importante fator modificador do estado de saúde de indivíduos e de populações (Medina et al, 2005). Sendo assim, faz-se necessário avaliar não só a cobertura da oferta, mas também a acessibilidade aos serviços. De acordo com Donabedian (1973), essa última questão se refere não só a disponibilidade do serviço, incluindo também as características que facilitam ou limitam o seu uso pelos potenciais usuários.

Segundo Travassos e Martins (2004), entre os determinantes da utilização de serviços de saúde podem ser listados fatores relacionados à necessidade de saúde (morbidade, gravidade e urgência), aos usuários (características sócio-demográficas, geográficas, de suporte social), aos prestadores de serviços (profissionais, custos), à organização (recursos, características da oferta, acesso geográfico e social) e à política (tipo de sistema de saúde, legislação, quantidade, distribuição, entre outras), devendo, cada um deles, ser alvo de investigações.

Diversos estudos evidenciam que, mesmo quando a cobertura dos serviços de saúde é adequada, os idosos com pior nível socioeconômico apresentam maior dificuldade de acesso (Gornick et al, 1996, Pinheiro & Travassos, 1999, Lima-Costa et al, 2003). O grande número de óbitos de idosos sem assistência médica, verificado entre 1980 e 2000, de acordo com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Sistema Único de

Saúde - SIM-SUS, poderia servir de exemplo das dificuldades de acesso em diferentes etapas da vida, inclusive no momento em que ocorreu o óbito (Lima-Costa et al, 2004).

A questão do acesso tem sido examinada em anos recentes com base em abordagens mais amplas, e suas relações de gênero vem despontando como alvo de interesse, não só como fator explicativo de diferenças em relação à expectativa de vida e ao autocuidado, mas como determinante da acessibilidade aos serviços de saúde (Costa & Facchini, 1997; Mendoza-Sassi & Béria, 2003; Carpilheira & Santos; 2006). Homens e mulheres mostram especificidades no modo como interagem com os serviços de saúde e no próprio perfil de morbimortalidade, sendo que, historicamente, aquelas tendem a buscar atendimento com mais frequência, além de serem mais queixosas no que se refere as suas condições de vida e de saúde (Green & Pope, 1999; Travassos et al, 2002).

Um estudo realizado a partir de dados do SIM-SUS, que examinou a tendência da mortalidade por diferentes causas de morte entre idosos brasileiros, no período de 1980-2000, mostrou que não houve modificação na hierarquia dos diferentes grupos de causas de morte nesse grupo populacional. Assim, as doenças do aparelho circulatório (cerebrovasculares) tem mantido-se em primeiro lugar com taxas de mortalidade de 483,3 para homens e 394,5 para mulheres, seguidas das neoplasias e em terceiro lugar as doenças respiratórias com taxas de 260,4 para os homens e 127,1 para as mulheres, sendo observada tendência de aumento das taxas de mortalidade para essas

últimas causas. Nesse mesmo estudo, as principais localizações das neoplasias foram o aparelho respiratório (113,2/100.000) nos homens idosos (traquéia, brônquios e pulmões) e a mama (49,8/100.000) nas mulheres idosas (Lima-Costa et al, 2004).

Esse perfil denota que, apesar das similaridades em relação às causas e à ordenação da mortalidade, a sua distribuição entre homens e mulheres mostra especificidades, tais como os tipos de neoplasias que os acometem com maior frequência e as possibilidades de prevenção e controle das mesmas.

Basílio e Mattos (2008) ao analisar a evolução da mortalidade por neoplasias em mulheres idosas nas regiões Sul e Sudeste do Brasil, entre 1980 e 2005, encontraram tendência de incremento das taxas de mortalidade de câncer de mama para os três grupos etários (60 – 69 anos, 70 – 79 anos e 80 ou mais anos), sendo que entre as mulheres mais velhas observou-se o maior incremento (1,78 óbitos/ano por 100.000). Na Europa e nos Estados Unidos, tem sido observadas tendências de declínio das taxas de mortalidade por essa neoplasia na população geral feminina (Edwards et al, 2005; Boyle & Ferlay, 2005). Assim, pode-se constatar que, além da idade, do acesso e do gênero, o período histórico e o local onde se vive também influenciam os perfis epidemiológicos vigentes.

O diagnóstico do câncer de mama, ainda em estágios iniciais pode reduzir a mortalidade, aumentando a probabilidade de cura e sobrevida (Harris et al, 1992; Field et al, 1998; Molina et al, 2003). Esse fato sugere que a

prevenção da mortalidade por câncer em mulheres idosas deve considerar, em especial, a intervenção nos fatores de risco e nas estratégias de detecção precoce, sem desconsiderar o contexto no qual vivem os indivíduos, isto é, a política de saúde vigente, os serviços de assistência disponíveis, bem como o nível de conhecimento da população acerca dos riscos e benefícios. O que é bastante relevante no que tange ao câncer de mama, cujos métodos de rastreio, diagnóstico e tratamento são efetivos e amplamente difundidos (Lima-Costa & Matos, 2007).

No Brasil, pesquisas avaliativas que descrevam as estratégias de detecção precoce de câncer na população idosa brasileira, assim como sobre os comportamentos preventivos por ela adotados, são escassas (Tucunduva et al. 2004). De modo geral, os estudos que investigam o uso de serviços de detecção precoce do câncer de mama em mulheres idosas são insuficientes, mormente em relação aos limites etários adotados, concentrando-se predominantemente nos fatores associados ao uso e, raramente, incluindo as razões de não fazê-lo.

Neste sentido, compreender os desafios decorrentes das transições demográfica e epidemiológica envolve não só investigar o acesso aos serviços de saúde por idosos, mas refletir sobre os determinantes de sua utilização, considerando questões relativas ao gênero e à coorte histórica na qual as populações se desenvolveram, contextualizando a política de saúde vigente.

Frente ao exposto, esse trabalho teve como foco analisar o consumo de serviços de saúde e os determinantes individuais associados à dificuldade

de acesso a assistência, em uma população idosa, buscando identificar possíveis diferenças entre homens e mulheres numa perspectiva de gênero. Em seguida, considerando a magnitude das neoplasias de mama como causa de mortalidade na população de mulheres idosas foram avaliados a prevalência e os fatores associados a não utilização da mamografia. Finalmente, buscou-se descrever os principais motivos alegados por estas para nunca terem realizado exame mamográfico, verificando sua associação com características individuais e contextuais.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E SAÚDE

A proporção de idosos na população mundial tem aumentado progressivamente e, no Brasil, esse aumento tem acontecido de forma acelerada nas últimas décadas (Kalache et al; 1987). Em 2000, a população idosa correspondia a 9% do total da população brasileira, e as projeções indicam que, em 2025, a parcela idosa da população chegará a 15% do total (IBGE, 2000).

Um estudo com base nas estimativas populacionais da Divisão de População da Organização das Nações Unidas e do IBGE mostrou que, em 2000, 17% dos idosos, de ambos os sexos tinham 80 anos ou mais de idade; em 2050, esse contingente corresponderá, provavelmente, a 28%. Entre as mulheres, o peso desse grupo com mais idade passará de 18% para cerca de 30,8%, apontando para um grande envelhecimento da própria população idosa (Carvalho & Rodriguez-Wong, 2008).

Segundo estimativas do IBGE (2004) a esperança de vida ao nascer para mulheres em comparação com os homens será de 77,3 anos contra 69,7 anos em 2010, representando uma diferença de 7,6 anos. As projeções para 2050 indicam que, em relação à razão de sexos, espera-se que haja 61 homens para cada 100 mulheres na população de 80 ou mais anos, representando quase duas mulheres para cada homem na faixa etária mais avançada (Carvalho & Rodriguez-Wong, 2008). Em síntese, essas transformações significarão, além de um expressivo envelhecimento da população, a sua feminilização.

No Brasil, pode-se afirmar que exista uma relação entre a transição demográfica e a transição epidemiológica, o que pode ser ilustrado pela evolução da mortalidade proporcional por causas. No período entre 1930 e 2008, os percentuais de mortalidade por causas externas, neoplasias e doenças do aparelho circulatório passaram, respectivamente, de 2,6% para 19,9%, de 2,7% para 15,4% e de 11,8% para 30% (DATASUS, 2008). Em 2006, dados do DATASUS (2008) mostram que as doenças do aparelho circulatório (41,6%), neoplásicas (18,1%) e respiratórias (14,3%) foram as principais causas de mortalidade na população acima de 60 anos de idade.

O envelhecimento é definido como um processo concomitante ao desenvolvimento, composto por mudanças graduadas pela idade (genético-biológicas), pela história (psicossociais) e por influências não normativas (agendas biológicas e sociais) em interação (Baltes, 1993; Birren & Birren, 1990). À medida que envelhecemos normalmente nos tornamos mais vulneráveis a doenças (Hayflick, 1994) e, portanto, indivíduos acima dos 60 anos apresentam maior morbidade quando comparados a indivíduos jovens (WHO, 1998).

O perfil de morbidade da população idosa caracteriza-se por alterações de longa duração, que requerem atendimentos especializados, contínuos, complexos, multidisciplinares e que contemplem a dimensão subjetiva. Uma das implicações imediatas desse perfil de adoecimento é a necessidade de reestruturação dos modelos e métodos de atenção (WHO, 1998), privilegiando não só o atendimento e a reabilitação, mas a instituição de políticas preventivas que interfiram diretamente nos fatores de risco e no acesso ao atendimento adequado, e possam prevenir os agravos e a perda de funcionalidade, melhorando assim a qualidade de vida.

A maior parte dos inquéritos de saúde tem utilizado a morbidade auto-referida como fonte de dados (Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio – PNAD, *National Health and Nutrition Examination Survey*, Projeto Bambuí, Projeto SABE – Saúde, Bem estar e envelhecimento, entre outros) pela facilidade e rapidez na obtenção do dado, praticidade na operacionalização em grandes amostras e pelo baixo custo.

Nos estudos realizados com populações de idosos brasileiros, tem sido observado que a maioria (75,5%) relata pelo menos uma condição crônica de saúde e desses, 64,4% relatam duas ou mais morbidades, evidenciando a existência de múltiplas patologias na idade avançada (IBGE, 2009). As mulheres idosas declaram mais morbidade que os homens, independente da idade, 80,2% e 69,3%, respectivamente (Veras & Parahyba, 2007). O Projeto SABE (Lebrão & Duarte, 2003), mostrou que, em São Paulo, uma proporção elevada dos entrevistados, com 60 ou mais anos, declarou ter três ou mais doenças, sendo esse fato mais comum entre as mulheres (48%) do que entre os homens (33%).

Mas o uso da morbidade auto-referida apresenta desvantagens por condicionar a validade das informações ao fato do sujeito da pesquisa ter conhecimento sobre sua condição real, ter habilidade cognitiva para evocá-la, ser cooperativo prestando as informações solicitadas e ainda, ter sido submetido a diagnóstico clínico (Wu et al, 2000; Lima-Costa et al, 2004; Lima-Costa et al, 2007). Por essa razão, a subestimação de morbidade em estudos baseados em auto-referência de patologias é um problema que deve ser considerado, pois a realização prévia de consulta médica pode interferir na validade dos resultados devido à possibilidade de subdiagnóstico. Exemplo disso são os achados de Firmo e colaboradores (2004), em estudo realizado em Bambuí, Minas Gerais, onde observaram a ocorrência de um elevado percentual de desconhecimento da condição de hipertenso entre idosos residentes na comunidade (23,4%), sendo que o uso de serviços de saúde (número de consultas médicas no último ano e tempo decorrido após a última

medida de pressão arterial) foi o fator modificável mais fortemente associado ao desconhecimento.

O uso dos serviços de saúde tem relação profunda com o entendimento que o indivíduo tem de sua saúde, de suas possibilidades de recuperação, bem como de obter assistência. A proporção de consultas médicas na população idosa mostra grande variabilidade em nível mundial. Dados da PNAD (2003) mostraram que 28% dos idosos brasileiros pesquisados não foram ao médico, enquanto inquéritos realizados em outras regiões revelam proporções variando de 1% no Japão, 14% na Alemanha, 31% no Canadá e 40% nos EUA (Rowland, 1992).

Cerca de 70% dos idosos brasileiros são usuários do Sistema Único de Saúde - SUS (PNAD, 2003). De modo geral, o SUS é considerado um sistema falho, de baixa qualidade e pouca resolutividade pelos usuários, principalmente se avaliarmos o tempo médio de espera por diferentes tipos de atendimento (Farias, 2001). A Pesquisa Mundial de Saúde, que no Brasil foi realizada em 2003, mostrou que independente do aspecto avaliado em relação ao atendimento, os usuários do SUS além de fazerem avaliações positivas em menor proporção que os usuários de outras modalidades de assistência, também relataram sofrer mais discriminação derivada da falta de dinheiro e da classe social (Szwarcwald et al, 2005). Assis e colaboradores (2003) classificam esse fato como deterioração da qualidade da atenção prestada nos serviços públicos e fruto das desigualdades sociais.

Lima-Costa e colaboradores (2002), em estudo realizado em uma população de 1606 idosos, no interior de Minas Gerais, observaram que o

grupo que dependia dos serviços públicos (N = 1.296), em comparação ao que possuía plano privado de saúde (N = 310), apresentava evidências de pior condição de saúde, visitava menos o médico e usava o menor número de medicamentos prescritos. A principal explicação dos participantes sobre o motivo de possuírem um plano privado foi econômica e, não, a condição de saúde. As queixas em relação aos serviços médicos foram identificadas nos dois grupos estudados, tendo sido em maior frequência entre os que dependiam dos serviços públicos (70,9%) comparativamente aos usuários dos planos privados (45,2%).

Travassos e colaboradores (2006) avaliaram o padrão das desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde pela população geral, mostrando que o acesso aos serviços de saúde no Brasil guarda forte relação com a condição social e o local de residência, sendo os indivíduos de menor renda mais dependentes dos serviços públicos. Um fato que chama atenção foi a constatação de Veras e Parahyba (2007) de que 94,2% dos usuários idosos do SUS tem rendimento médio mensal domiciliar menor que três salários-mínimos *per capita*, percentual que alcança 42,8%, em usuários dos planos privados, revelando a discrepância econômica existente entre os indivíduos que usam a modalidade pública de serviços de saúde comparado aos demais.

Um estudo realizado por Lima-Costa e colaboradores (2006), a partir dos dados da PNAD de 1998 e 2003, teve como objetivo avaliar as desigualdades sociais em saúde de adultos e idosos brasileiros em um amplo período, utilizando como referência a renda domiciliar *per capita*. Foi verificado

que as desigualdades sociais em saúde entre os idosos permaneceram de um período para o outro, embora sua magnitude tenha sofrido uma leve redução. Para os adultos, o pior nível socioeconômico implicou em maior relato de artrite/reumatismo, hipertensão e maior número de doenças crônicas, o que não ocorreu entre os idosos, para os quais foi encontrada associação entre maior renda familiar e filiação a algum plano de saúde.

Em um estudo sobre a desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos residentes em três regiões da cidade do Rio de Janeiro (Méier, Copacabana e Santa Cruz), Pinheiro e Travassos (1999) observaram que a necessidade foi o principal fator explicativo do uso, embora fatores como sexo, local de residência, renda e direito ao uso de serviços privados tenham mostrado correlação com o maior uso de serviços de saúde. Uma possível explicação para esses achados poderia ser o fato de que os indivíduos residentes em áreas com pior padrão de vida, menor disponibilidade de serviços de saúde públicos de boa qualidade, tendem a procurar menos os serviços, ou têm sua demanda reprimida e essa dificuldade só poderia ser compensada com incremento de custo financeiro (serviços privados ou distantes do local de moradia).

Frente ao exposto, se conclui que a prevenção e a detecção precoce de agravos que são o foco preferencial da saúde pública (Beaglehole et al, 1996), têm como obstáculo o fato de que o acesso a serviços de diagnóstico e tratamento ser determinado estruturalmente, em vez de ser fruto de uma escolha individual. Neste sentido, a superação destas desigualdades sociais e

de saúde em prol da promoção da saúde deveria ser um dos aspectos valorizados no processo da prevenção primária (Lima-Costa et al, 2007).

No Brasil, segundo dados da PNAD, a prevalência de internação de indivíduos idosos foi de 14% (IBGE, 2000), similar ao observado nos EUA (18%), Canadá (18%), Japão 10% e na Alemanha 16% (Rowland, 1992). Além dos impactos negativos para o indivíduo, o episódio de internação tem, entre seus desdobramentos, a sobrecarga sobre os sistemas de saúde, representando altos custos para os serviços. No Brasil, 23% dos gastos em internações hospitalares em 1996 foram destinados à população idosa (SIM – DATASUS, 1997). Existe uma relação direta entre o custo per capita da internação e a idade, variando de R\$ 93,05/ idoso com idade entre 60 e 69 anos, para R\$ 178,95/ idoso com idade igual ou superior a 80 anos (IBGE, 2009). As estatísticas provenientes da atenção terciária brasileira mostram uma prevalência importante de internação, predominantemente voltada aos serviços públicos de assistência a saúde, que por sua vez detém escassos recursos financeiros e estruturais (Assis et al, 2003).

Além da avaliação objetiva relacionada à prevalência de morbimortalidade e de internação, a compreensão da saúde do idoso tem sido abordada de forma mais abrangente, incorporando a avaliação subjetiva de morbidade auto-referida nos estudos de base populacional (Kannel, 1997; Ramos, 2003; Lima-Costa, 2003), e privilegiando a auto-avaliação que o indivíduo faz da própria saúde. Essa classificação tem se mostrado um preditor válido da morbimortalidade e do declínio funcional para a população idosa mostrando forte correlação tanto com o estado geral de saúde verificado em

avaliações objetivas, quanto com os desfechos de saúde quando o acompanhamento é efetuado por um período de tempo maior (Helmer et al. 1999; Lima-Costa et al; 2003, 2004).

No Brasil, dados da PNAD indicam que 24% dos idosos brasileiros pesquisados, com 60 ou mais anos, avaliaram sua saúde como boa ou muito boa (IBGE, 2000). Em São Paulo, esse percentual chega a 70% (Ramos et al. 1998). No Rio de Janeiro, 44% classificaram sua saúde como boa ou muito boa (Veras, 1992), 48% em Belo Horizonte (Lima-Costa, 2004), sendo 25% em Bambuí, Minas Gerais (Lima-Costa et al. 2000). Esses dados sugerem que exista uma heterogeneidade na auto-avaliação que a população idosa faz da saúde em diferentes regiões do país, devendo ser explorada para que as diferentes demandas e perfis sejam adequadamente atendidos.

Todas essas características relacionadas à saúde da população idosa sofrem influência da idade cronológica, da história de vida, do histórico de exposições as quais os indivíduos estiveram sujeitos, dos fatores sócio-culturais, entre outros. Ou seja, por mais que sejam empreendidos esforços crescentes na caracterização dessa população, não se pode tratá-la como um grupo homogêneo e, além da idade, o sexo também é uma característica naturalmente associada à morbimortalidade e ao uso de serviços hospitalares, em razão da sua influência biológica no desenvolvimento do organismo (Hulka & Wheat, 1985).

Nesse sentido, Villela e colaboradores (2009) destacam a importância de estudos que apontem diferenças nos perfis de saúde entre homens e mulheres e identifiquem variações de percepções e práticas no

processo saúde-doença, considerando que ainda existe uma escassez de trabalhos que incorporem o gênero na análise dos processos de envelhecimento em estudos de saúde coletiva.

Diante dessa lacuna, optamos por incorporar a noção de gênero em nossas análises, e sendo assim, a próxima seção se destina a refletir as relações de gênero e envelhecimento que permeiam o campo da saúde.

2.2. ENVELHECIMENTO E GÊNERO

Para maior entendimento da abordagem adotada por esse trabalho, é importante destacar que partimos da noção de gênero que surgiu nos anos 70 e teve na crítica feminista o papel decisivo para a sua construção, delimitando sob esse prisma que sexo refere-se exclusivamente à caracterização anatomo-fisiológica dos seres humanos e à atividade sexual propriamente dita, e gênero refere-se à construção do social do sexo, distinguindo a dimensão biológica e social (Scott, 1990).

É a cultura que constrói o gênero e, a partir disso, descreve as atividades como masculinas ou femininas, ou seja, o comportamento esperado de um homem ou mulher é socialmente construído em um contexto específico (Heilborn, 1997). E o tempo histórico onde essa construção se dá interfere, de modo fundamental, na forma como os indivíduos se desenvolvem se percebem, adoecem e cuidam de si mesmos.

Embora pouco explorado, o gênero vem despontando como um valioso aspecto para a compreensão não só dos processos envolvidos na longevidade, mas também do desenvolvimento humano, incluindo os

diferenciados perfis de adoecimento, de uso de serviços de saúde e de autocuidado, visto que homens e mulheres têm condições diversas de vida e envelhecimento (Barreto et al, 2004; Camarano, 2003). Sendo assim, as especificidades observadas no envelhecimento refletem características relacionadas aos processos vivenciados no curso da vida dos indivíduos (Barreto et al, 2004).

Villela e colaboradores (2009) descrevem que o uso da categoria gênero pode ser operacionalizado de três formas distintas, como descritor de sexo, como dispositivo interpretativo ou como pressuposto teórico. O uso do gênero como descritor de sexo tem sido aplicado, principalmente, no grupo de estudos de morbidades. Já o uso como dispositivo interpretativo dos resultados de estudos vem sendo feito em estudos sobre saúde sexual e reprodutiva e violência. Finalmente, o uso de gênero como pressuposto teórico é mais comumente aplicado em investigações sobre trabalho e saúde mental enquanto categoria isolada. Nos estudos cujo foco é o direito à saúde, não predomina nenhuma das três categorias.

Lyod-Sherlock (2002) afirma que mesmo que a velhice não seja universalmente feminina, ela possui um forte componente de gênero, já que a maior sobrevivência implica necessariamente na maior probabilidade de viuvez e maior risco de condições socioeconômicas desfavoráveis, devido a ausência de experiência no mercado de trabalho formal, além de maior tempo de exposição ambiental e biológica do organismo Nogales (1998).

As diferenças de gênero influenciam o estilo de vida, o nível socioeconômico e o desenvolvimento psicossocial dos indivíduos, e dessa

forma, podem repercutir na saúde na idade avançada (Prus & Gee, 2003). Homens e mulheres tendem a ter diferentes experiências ocupacionais, oportunidades provenientes do nível de independência financeira, demandas em relação às responsabilidades domésticas, e por tudo isso, diversas especificidades entre os dois grupos (Arber & Cooper, 1999).

As mulheres que nos dias atuais compõem o contingente idoso da população brasileira pertencem a uma geração com características próprias que vivenciou um período de altas taxas de fecundidade, foi relegada a atividades domésticas, teve pouco ou nenhum acesso a educação, além da ausência de renda própria ao compor famílias patriarcais centralizadas por um provedor (Carvalho & Garcia, 2003; Camarano, 2003).

A possível dependência não se restringe ao desenvolvimento do campo econômico no curso da vida, mas pode atingir habilidades funcionais, acarretando perda de autonomia e incapacidade para lidar com as atividades básicas e instrumentais da vida diária, visto que há um aumento da morbidade por doenças crônicas (Camarano, 2003). Somado a isso, se observa paradoxalmente a maior demanda de tempo e energia com a incorporação de novos papéis sociais, como o de responsável pela criação de netos, provedora de filhos e/ou como chefe de família, em decorrência da viuvez.

A vantagem aparente destinada às mulheres que mostram serem mais longevas, não é válida para todas as áreas, na medida em que apresentam maior risco de dependência e de empobrecimento, sendo mais discriminadas em diversos setores tais como trabalho, seguridade e poder político (Camarano, 2003; Lima-Costa, 2004). As desvantagens também

ocorrem em relação aos indicadores de saúde e de condições de vida no Brasil e em outras regiões do mundo (Lima-Costa et al, 2001; Arber & Ginn, 1993). Existem evidências consideráveis acerca das iniquidades de acesso e utilização de serviços de saúde entre homens e mulheres, porém são poucos os estudos que exploram especificamente o perfil da população idosa nesse sentido (Fernandez et al, 1999; Krumholz et al, 1998, Barreto et al, 2006)

Os estudos sobre diferenças de gênero na saúde em sociedades industrializadas mostram que, embora vivam mais do que os homens, as mulheres relatam episódios de morbidade e problemas psicológicos mais frequentemente, e utilizam mais os serviços de saúde (Schulz et al, 1994, Verbrugge, 1989). Denton e colaboradores (2004) encontraram em amostra canadense que em mulheres os determinantes sociais e psicossociais são relacionados a saúde, ao passo que para os homens, são os determinantes comportamentais que mostram maior influencia.

As diferenças também podem ser vistas em relação aos comportamentos de risco: as mulheres idosas referem mais freqüentemente que os homens não terem feito uso de bebida alcoólica e tabaco no curso da vida, além de terem por hábito maior cuidado com a sua saúde (Ross & Bird, 1994; Verbrugge, 1984; Prus & Gee, 2003).

Um estudo que utilizou dados do *National Population Health Survey (NPHS)* no Canadá, referentes a 1994-1995, avaliou as relações entre gênero e características sociais, de saúde e estilo de vida em 3.000 respondentes com 65 anos ou mais de idade. Foi encontrado que os homens possuíam maiores níveis de renda e escolaridade, maior prevalência de tabagismo, maior

proporção de relações conjugais e mais estresse relacionado a fatores financeiros. Para as mulheres, foram observados altos níveis de suporte social e de estresse pessoal, chamando atenção o fato de que aquelas que viviam sozinhas apresentavam melhor estado de saúde do que aquelas com vida conjugal.

A literatura nacional e internacional (Costa & Facchini, 1997; Mendoza-Sassi & Béria, 2001; Travassos et al, 2002; Mendoza-Sassi et al; 2003; Parslow et al, 2004; Carpilheira & Santos, 2006) mostra que, de modo geral, as mulheres tendem a utilizar os serviços de saúde mais do que os homens. Na entrevista da PNAD, em 2003, a proporção de homens que foram a uma consulta médica nos últimos 12 meses foi de 71,2%, inferior a das mulheres, que foi de 83,4% (IBGE, 2009). Uma possível explicação para essa tendência, que permanece mesmo na idade avançada, é o comportamento alimentado ao longo da idade reprodutiva, que direciona aos serviços de saúde ginecológica e obstétrica (Mendoza-Sassi & Béria, 2001). Outra possível explicação seria a existência de uma maior percepção feminina dos riscos e distúrbios relacionados a saúde, admitindo uma posição de fragilidade física, o que permite a busca do cuidado (Parslow et al, 2004). A auto-avaliação da saúde entre as mulheres é pior, com esse grupo referindo mais morbidade, maior uso de medicação e maior utilização dos serviços de saúde (Parslow et al, 2004; Mendoza-Sassi & Béria; 2001; Green & Pope; 1999). Um aspecto positivo, consiste no fato de que, apesar das mulheres relatarem maior número de doenças crônicas, elas mostram uma maior adesão a programas preventivos e educacionais (Veras & Caldas, 2004).

Barreto e colaboradores (2006) estudaram 12.725 homens e 16.186 mulheres idosos, participantes da PNAD 1998, e verificaram que a referência a pior condição de saúde esteve também associada ao maior uso serviços de saúde. Entretanto, o padrão de utilização foi significativamente diferente entre os sexos, independente da idade, condição de saúde ou nível de renda, sendo que as mulheres idosas apresentaram maior número de consultas médicas, e os homens idosos, mais internações. Ou seja, os diferenciais de gênero no padrão de utilização de serviços de saúde não foram explicados pela idade, condição de saúde ou nível sócio-econômico. Os autores apontam que a maior frequência feminina em consultas ambulatoriais pode ser explicada pelas diferenças no padrão de adoecimento feminino, pelo maior comprometimento das mulheres com as recomendações médicas e o tratamento, e também pelo hábito mais introjetado de adotar comportamentos preventivos e de autocuidado.

Em relação à parcela masculina, alguns autores descrevem que os homens costumam adotar uma postura resistente e pessimista em relação a procedimentos médicos (tais como consulta e tratamento), bem como a tendência de acreditar que problemas cardíacos e osteoarticulares entre outros, sejam naturais e não exijam intervenção; sendo assim as alterações nesse grupo culminam em eventos agudos que podem levar a hospitalização (Goodwin et al, 1999; Sarkisian et al, 2002). A alta prevalência de internações entre os homens idosos é apontada por diferentes estudos (Boults et al; 1993, Guerra et al; 2001, Sarkisian et al; 2002) e pode significar que o acesso ou a busca dos homens pela assistência médica ocorra tardiamente. Guerra e

colaboradores (2001) encontraram que ser do sexo masculino tem associação independente com a ocorrência de duas ou mais internações.

Há bem pouco tempo, o envelhecimento significava pobreza e isolamento social para as mulheres brasileiras. Contudo, nas duas últimas décadas essa fase pode ser vivenciada como a “fase do preenchimento”, devido a universalização da Seguridade Social e a melhoria das condições de saúde (Laslett, 1996). Ainda que existam desigualdades de gênero, tem havido uma melhoria das condições de vida dessa população que passa a desempenhar o papel de cuidadora, e muitas vezes, de provedora, com a ocorrência crescente de chefias de família femininas, com apenas 40% das famílias de idosos denominadas de “ninhos vazios” (Camarano, 2003).

Para que os ganhos se sobreponham aos danos na idade avançada para um número cada vez maior de mulheres, devemos pensar em uma população que envelhece rapidamente e que apresenta novas e crescentes demandas. Carvalho e Rodriguez-Wong (2008) afirmam que os desafios derivados da modificação demográfica, em especial os que se referem ao envelhecimento populacional, não podem se transformar em problemas insolúveis e, para tal, providências devem ser tomadas em curto e médio prazo, já que seus efeitos só se farão sentir no longo prazo. Isso nos sugere que acrescentar qualidade de vida a essa população dependerá da combinação de suas capacidades adquiridas ao longo da vida, da elaboração de políticas sociais e de saúde contextualizadas, e da constituição de redes de apoio formais e informais.

Uma questão que emerge frente ao envelhecimento e a feminilização progressiva da população idosa, refere-se às neoplasias de mama no grupo feminino, um desafio, mais em termos de planejamento na oferta de serviços de saúde do que de tecnologia propriamente dita, em especial para aquelas com 70 ou mais anos.

Ao contrário do que se observa em países da Europa e nos Estados Unidos (Edwards et al, 2005; Boyle & Ferlay, 2005), o câncer de mama no Brasil mostrou tendência de incremento das taxas de mortalidade. Lima-Costa e colaboradores, (2004) ao examinarem a tendência da mortalidade por diferentes causas entre idosos brasileiros, no período de 1980-2000, verificaram que mesmo que a distribuição de frequências dos diferentes grupos de causas nessa parcela populacional não tenha se modificado no período, houve um incremento gradativo das taxas de mortalidade por neoplasias em ambos os sexos. O estudo mostrou que as principais localizações de neoplasias para o sexo masculino foram os tumores de traquéia, brônquios e pulmões e próstata, e para as mulheres, os tumores de mama e pulmão.

Possíveis explicações para esse perfil, além da biologia, incluem as diferenças em relação às exposições ambientais e de estilo de vida, a história reprodutiva, as características relacionadas à menarca e menopausa, e em relação ao autocuidado e comportamentos de prevenção e detecção precoce (Basílio & Mattos, 2008), que inclusive por questões históricas de desenvolvimento médico e tecnológico tornam a população idosa atual diferenciada em relação à abordagem dessa questão.

No Brasil são escassas pesquisas avaliativas que descrevam as estratégias de detecção precoce de câncer na população idosa brasileira, assim como sobre os comportamentos preventivos por ela adotados (Tucunduva et al; 2004). Este fato torna-se especialmente relevante no que tange ao câncer de mama, cujos métodos de rastreamento, diagnóstico e tratamento são efetivos e amplamente difundidos.

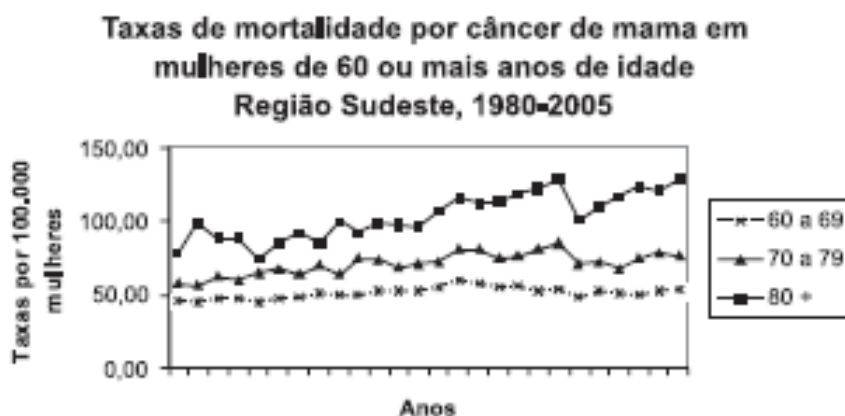
O próximo tópico a ser desenvolvido tem como foco a descrição da epidemiologia do câncer de mama entre idosas, os procedimentos de detecção e controle, bem como seus fatores associados.

2.3. ENVELHECIMENTO E CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama é a neoplasia mais freqüente entre as mulheres (Smith et al; 2003; Lima-Costa et al, 2004). O risco estimado para a Região Sudeste foi o mais alto do país, 68/100.000 mulheres, sendo que nos Estado de Minas Gerais foram esperados 42 casos/100.000 mulheres (Ministério da Saúde/INCA, 2000). Em Juiz de Fora, a exemplo do que acontece em nível nacional, as neoplasias foram a segunda principal causa de morte entre os idosos no ano 2000 (Ministério da Saúde/INCA, 2000). O relatório “Saúde Brasil” (Ministério da Saúde, 2004) indica aumento das taxas de mortalidade por câncer de mama nas mulheres de 65 anos ou mais, em todas as regiões do país, entre 1981-2001.

A evolução da mortalidade por neoplasias de mama em mulheres idosas na região Sudeste, no período compreendido entre 1980 e 2005, revela

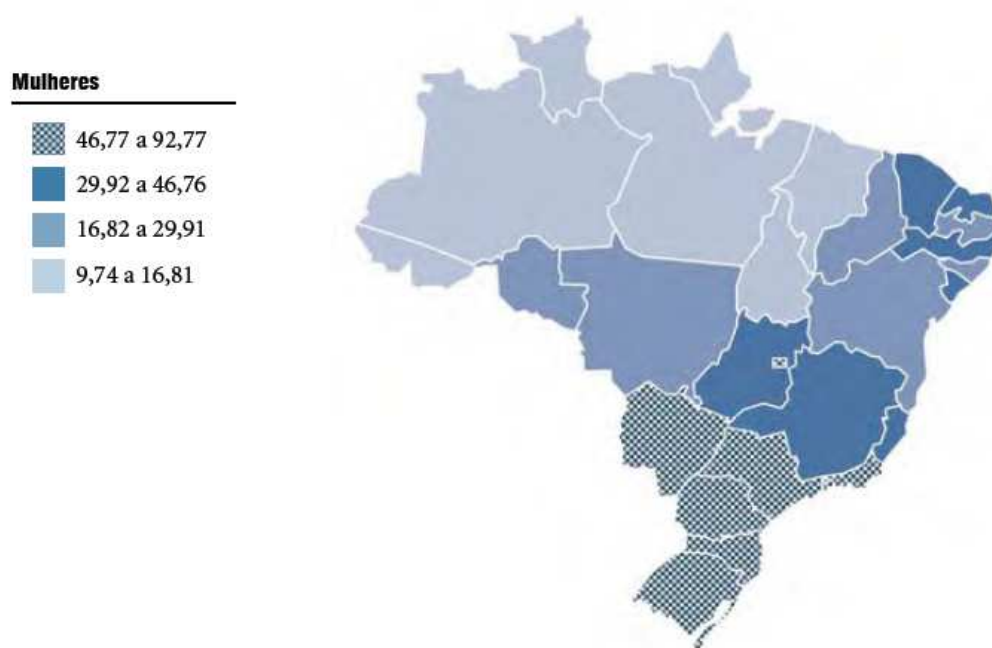
um incremento, que para o grupo de 60-69 anos, foi de 12,1%, com aumento médio anual de 0,29 óbitos por 100.000 mulheres; na faixa de 70-79 anos, a variação foi de 30,5%, com aumento médio anual de 0,74 óbitos por 100.000 mulheres ($R^2=0,57$); entre as mulheres de 80 ou mais anos de idade observou-se o maior acréscimo anual de 1,78 óbitos por 100.000 ($R^2 = 0,72$), e variação de 39,7% (Basílio & Mattos, 2008).



Fonte: Basílio & Mattos, 2008.

Frente às estimativas e a evolução das taxas de mortalidade ao longo dos anos, fica claro que o câncer de mama ainda representa um desafio à Saúde Pública do Brasil, apesar de ter um prognóstico relativamente bom, se diagnosticado e tratado oportunamente (Ministério da Saúde, 2007). Isso nos faz refletir que, provavelmente, tal padrão de mortalidade se deva ao fato da doença ser diagnosticada em estádios avançados na maioria dos casos.

Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2008, segundo a Unidade da Federação (neoplasia maligna da mama feminina).



Fonte: Estimativa 2008, Ministério da Saúde/ Inca, 2008.

A identificação das neoplasias ainda em estágios iniciais pode reduzir a mortalidade, aumentando a probabilidade de cura e sobrevivência dos indivíduos doentes (Harris et al, 1991). Segundo Yancik e Ries (1994) um programa de controle de neoplasias voltado para a população idosa deveria incluir: (1) rastreamento e detecção precoce; (2) alerta aos oncologistas, clínicos e geriatras para observância de sinais de malignidade; (3) verificação das influências de múltiplas morbidades no tratamento do câncer e; (4) acompanhamento das reações e efeitos dos tratamentos em idosos. Os autores apontam a importância de priorizar, ainda, a avaliação da eficácia e efetividade do rastreamento e as iniciativas que objetivem o controle e a prevenção do câncer.

A história natural do câncer de mama é complexa e ainda não foi plenamente esclarecida, mas existe consenso em relação a uma série de fatores de risco, entre eles, história familiar de câncer de mama, menarca precoce, menopausa tardia, ciclos menstruais curtos, ausência de amamentação, primeira gravidez após os 30 anos e nuliparidade (Kelsey, 1993; Meister & Morgan, 2000; Rosenberg et al, 2006). Outros fatores de risco também têm sido associados ao câncer de mama na literatura, como dieta rica em calorias, ingestão regular de álcool, tabagismo, obesidade, sedentarismo, uso de anticoncepcionais, de reposição hormonal e exposição a radiações ionizantes em idade inferior a 35 anos (Henderson et al, 1996).

A neoplasia de mama é uma das principais localizações de câncer cuja mortalidade é passível de prevenção se detectado precocemente e tratado adequadamente (Sharp et al, 2003). A realização da mamografia é considerada a principal estratégia de detecção precoce (Otero-Sabogal et al; 2003), por ser capaz de identificar lesões muito reduzidas, ainda em fase inicial. A sensibilidade do exame mamográfico varia entre 46% e 88% e depende de fatores tais como de tamanho e localização da lesão, a densidade do tecido mamário, a qualidade dos recursos técnicos e a habilidade de interpretação do radiologista. Sua especificidade varia entre 82% e 99%, sendo, igualmente, dependente da qualidade do exame (Ministério da Saúde, 2004).

O Documento de Consenso para Controle do Câncer de Mama, elaborado a partir de uma oficina de trabalho organizada pelo Ministério da Saúde/INCA, em 2003, contém as principais recomendações técnicas referentes à detecção precoce, ao tratamento e aos cuidados paliativos em

câncer de mama, no Brasil (Ministério da Saúde, 2004). No documento considera-se que as formas mais eficazes para detecção precoce dessa neoplasia são: o exame clínico da mama e a mamografia. Em relação ao exame clínico de mama, o documento recomenda que seja incluído na atenção integral à mulher em todas as faixas etárias, devendo ser realizado anualmente a partir dos 40 anos.

Para o rastreamento mamográfico, a estratégia preconizada no Consenso para mulheres assintomáticas entre 50 e 69 anos, consiste na realização do exame, pelo menos, a cada dois anos, sendo garantido o acesso a exames diagnósticos, ao tratamento e ao seguimento das alterações encontradas. O documento contempla também o desenvolvimento de ações de educação para a saúde, que incluam o conhecimento do corpo e o auto-exame das mamas, desde que este não substitua o exame físico realizado por profissional de saúde treinado para esta atividade (Ministério da Saúde, 2004).

Diferentes autores recomendam a realização de rastreamento mamográfico para mulheres idosas (Miller, 1995; Richardson et al, 1997; Amodeo et al, 2003; Zappa et al, 2003), mas ainda não há um consenso internacional que efetivamente estabeleça critérios claros no caso de mulheres em idade avançada. Até o final da década de 90, alguns grupos recomendavam a cessação do screening aos 70 anos. Mais recentemente, a *American Cancer Society*, a *American Geriatrics Society* e a *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF) assumiram como recomendação o *screening* em mulheres com idade ≥ 40 anos, sendo que para mulheres com

idades acima dos 70 anos, deve ser considerada a expectativa de vida para continuidade em idades mais avançadas (Walter et al 2005).

Diante das evidências, a *American Cancer Society* reforçou a partir de 2003 (Smith et al, 2003) a recomendação de que a idade cronológica isoladamente não deva ser um critério de cessação do *screening*, mas que essa decisão seja resultado da análise de diferentes fatores como a idade, a expectativa de vida, a presença de co-morbidade e a capacidade funcional.

Diversos estudos avaliaram a prevalência e os fatores associados a realização de mamografia em mulheres idosas, havendo entretanto uma variabilidade em relação a faixa etária avaliada. O *Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS)* e o *National Health Interview Survey (NHIS)*, realizados com a população americana avaliaram a prevalência de mamografia em mulheres com idade igual ou superior a 65 anos, tendo encontrado prevalência média de utilização variando entre 70 a 80% (Breen, 2001; Blackman et al, 1999). Em outro estudo Black e colaboradores (2001) encontraram prevalência de 79,2% de uso de mamografia em uma amostra de 210 mulheres de 50 a 75 anos.

May e colaboradores (2002) analisando os dados do *Health and Retirement Study (HRS)* cuja amostra foi de 5.942 mulheres com 50 a 61 anos e do *Asset and Health Dynamics Among the Oldest Old (AHEAD)*, cuja amostra foi de 4.543 mulheres com idades igual ou superior a 70 anos encontraram prevalência de mamografia de 75% em uma amostra de 1.111 mulheres com idades variando entre 50 a 75 anos. Ostbye e colaboradores (2003) observaram os seguintes resultados quanto ao relato de utilização de

mamografia: 71 a 78% na faixa de 60 - 64 anos, 65 a 77% para faixa de 70 - 74 anos, 59 a 65% para o grupo com 75 a 79 anos, 43 a 54% naquelas com 80 - 84 anos e 37 a 42% no grupo com 85 - 89 anos.

Por outro lado, estudos como o de Kagay e colaboradores (2006) com base nos dados do *Surveillance Epidemiology and End Results (SEER)*, nos EUA, com amostra de 146.669 mulheres com idade maior ou igual a 65 anos revelaram uma prevalência de 47,9%. Esses estudos mostram que, embora elevada, observou-se uma diminuição da prevalência do uso de mamografia com o aumento da idade.

No Brasil, as informações disponíveis sobre utilização de mamografia, para mulheres com idades entre 50 e 69 anos, em 15 capitais e no Distrito Federal, foram obtidas por meio do “Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças não transmissíveis” (Ministério da Saúde, INCA, 2004). O inquérito mostra que nos dois anos anteriores ao estudo, as capitais da região Norte apresentaram as menores prevalências de utilização de mamografia (42,3% para Manaus e 36,8% para Belém). Em Fortaleza, Natal, Aracaju, Distrito Federal e Rio de Janeiro, as prevalências não atingiram 50% das mulheres avaliadas. As maiores prevalências de utilização de mamografia foram observadas em Vitória (76,5%), Porto Alegre (69,9%) e Belo Horizonte (67,4%).

Os dados da “Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)” realizada no Brasil no ano de 2003 revelam que na faixa etária de 60 a 69 anos, 54,0% das mulheres entrevistadas declararam nunca terem feito mamografia; para as que mencionaram ter realizado alguma vez na vida,

36,9% o fizeram decorrido dois anos ou menos, e 9,1% no período de três anos ou mais (Lima-Costa e Matos, 2007). Na PNAD a prevalência de utilização de mamografia nos últimos dois anos mostrou-se crescente até os 39 anos, e decrescente a partir dessa idade, sendo de 10,6% para o grupo de 60 a 69 anos, de 5,0% no grupo de 70-79 anos e 1,2% para mulheres com 80 ou mais anos (Novaes et al, 2006). Szwarcwald e colaboradores (2005) analisando dados da “Pesquisa Mundial de Saúde” no Brasil, para o ano de 2003, observaram prevalência de utilização de mamografia de 48,6% em mulheres com idades entre 50 e 69 anos.

Lima-Costa (2004) encontrou em Belo Horizonte uma prevalência de utilização de mamografia de 65% na faixa etária entre 60-69 anos, enquanto na faixa de 50 - 59 anos, esta foi de 78,6%. Reyes-Ortiz e colaboradores (2006) observaram prevalências que variaram de 8,2% (Havana) a 30,2% (São Paulo) em sete cidades da América Latina e Caribe.

Sadler e colaboradores (2001) avaliaram as principais características relacionadas ao conhecimento, atitudes e comportamentos de saúde de 216 mulheres americanas de origem asiática em função de diferenças em relação à cultura e etnia apresentadas por esse grupo. Os autores observaram conhecimento reduzido e baixa aderência aos procedimentos recomendados pela *American Cancer Society* em relação ao câncer de mama, e apontam que a oferta de programas adequados às características sócio-culturais dos diferentes grupos populacionais talvez seja uma solução para aumentar a adesão com a realização destes procedimentos.

Novaes e colaboradores (2006), analisando dados da PNAD com mulheres de 25 anos e mais, mostraram que os fatores positivamente associados com a utilização de mamografia foram a escolaridade, renda, autoavaliação positiva da saúde, plano de saúde, consulta médica recente e regular. Um estudo realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, evidenciou que quanto menor o nível sócio-econômico da população, menor é a proporção de mulheres submetidas ao exame clínico de mamas (Costa et al, 2003), o que se torna mais relevante se considerarmos que a maior parte dos idosos brasileiros se inclui nesse estrato sócio-econômico (IBGE, 2000).

Rodriguez e colaboradores. (1995) estudaram, em Barcelona, mulheres com idades entre 50 e 70 anos, usuárias de um serviço de saúde, para investigar os fatores associados com a adesão ao programa de rastreamento de câncer de mama, através de um questionário sobre conhecimento, práticas e atitudes. Foi observada associação entre a adesão e os seguintes fatores: avaliação positiva do programa de rastreamento ($OR=6,46$; $IC\ 95\% 2,34-18,1$); idade ($OR = 5,29$; $IC\ 95\% 1,77-15,81$), tendo as mulheres com idade entre 50 e 54 anos mostrado maior adesão, quando comparadas com as mais velhas; conhecimento da função da mamografia ($OR = 2,95$; $IC\ 95\% 1,38-6,27$); história familiar de câncer ($OR = 2,62$; $IC\ 95\% 1,38-4,99$); e a prática habitual do auto-exame ($OR= 1,92$; $IC\ 95\% 1,25 - 2,94$).

Giveon e Kahan (2000) avaliaram o impacto da intervenção dos médicos, junto a mulheres israelenses com idades entre 25 e 74 anos, sobre a adesão à rotina de rastreamento para câncer de mama. Foram comparados três grupos: o primeiro formado por mulheres que receberam aconselhamento

para submeter-se ao exame (N=251), e dois grupos controle, sendo um constituído por mulheres que não receberam aconselhamento (N=187), e outro composto por mulheres que procuraram o exame espontaneamente (N=100). O grupo que recebeu a intervenção (questionamento sobre a prática e, em caso negativo, intervenção breve), em comparação ao grupo controle sem intervenção, apresentou importante mudança de comportamento, passando a aderir ao rastreamento, sendo que a maior diferença observada entre os dois grupos ocorreu na faixa etária de 50 a 74 anos (32% versus 13%, $p= 0,001$). Esse achado indica que o aconselhamento médico pode desempenhar um papel importante na adoção do comportamento de autocuidado.

Tang e colaboradores (2000) avaliaram a realização eventual e regular de mamografia, auto-exame e exame clínico das mamas em 100 mulheres idosas americanas de origem chinesa. Os resultados mostraram associação entre não realização de qualquer tipo de exame de rastreamento para câncer de mama e baixa escolaridade, pouca ou nenhuma percepção de necessidade e ausência de cobertura para os exames ($p<0.001$).

Edwards e Jones (2000) encontraram associação positiva entre utilização de mamografia e nível sócio-econômico, co-habitação e associação negativa com idade. May e colaboradores (2002) encontraram associação positiva entre utilização, ter seguro privado e realização de Papanicolaou. Já o estudo conduzido por Ostbye e colaboradores (2003) em uma amostra de 10485 mulheres, mostrou associação positiva entre utilização e nível sócio-econômico, escolaridade, co-habitação e número de consultas médicas, e associação negativa entre utilização e idade. Reyes-Ortiz e colaboradores.

(2006) em estudo de base populacional realizado em sete cidades da América Latina e Caribe encontraram associação positiva com alta escolaridade e viver maritalmente.

Parvinen e colaboradores (2006) compararam as taxas de morbidade e mortalidade por neoplasia de mama em mulheres idosas em três cidades finlandesas que adotavam diferentes estratégias de rastreamento para câncer de mama. Na cidade cujo programa de rastreamento incluía as mulheres da faixa etária de 55 a 69 anos, foi verificada maior redução da mortalidade, em comparação com a cidade cujo programa englobava apenas a faixa etária de 55 a 59 anos e com a cidade que não tinha uma estratégia definida de rastreamento. Smith-Bindman e colaboradores (2000), em estudo realizado na Califórnia, Estados Unidos, observaram que a realização de rastreamento para o câncer de mama reduziu o risco de detecção de metástases, principalmente no grupo de mulheres da faixa etária de 66 a 79 anos.

Caplan (2001), analisando dados do *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS) e da *National Health Interview Survey* (NHIS) sobre as práticas de rastreamento do câncer de mama em mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, concluiu que este deve ser realizado em mulheres idosas, considerando o aumento da expectativa de vida observado nesse grupo populacional, o custo-efetividade da detecção precoce e os benefícios do tratamento em fase inicial, que se sobrepõem às implicações derivadas do diagnóstico tardio. O autor destaca que as recomendações da *United States Preventive Services Task Force* para o rastreamento dessa neoplasia não incluíam as mulheres acima de 69 anos até 2003, devido a existência de

poucos estudos que avaliaram o impacto dessa medida nessa parcela da população.

Contudo, os poucos estudos realizados sobre efetividade da mamografia em idosas mostram que não há diferença estatisticamente significativa quando comparadas com a população jovem (McCarthy et al, 2000; McPherson et al, 2002). Além disso, Field e colaboradores (1998) ao avaliarem 120 mulheres com idades >64 anos, encontraram que o intervalo do exame (1 ou 2 anos) associa-se a características do tumor, ou seja, quanto maior o intervalo adotado para o exame maior é a probabilidade de que o tumor, caso diagnosticado, seja maior e mais invasivo. Molina e colaboradores (2003) comparando diferentes faixas etárias, encontraram que a realização de exames regulares, em mulheres acima de 65 anos pode reduzir a mortalidade em até 45%.

Existem evidências de que venha ocorrendo o aumento da realização de rastreamento para câncer de mama nas últimas décadas, mas a regularidade na realização do exame tem sido baixa (Breen et al, 2001; Ostbye et al, 2003; Michielute et al, 2005). Atualmente tem sido bem descrito um decréscimo na realização de mamografia nas faixas etárias mais avançadas (Harris et al, 1991; Phillips et al, 1998; Ostbye et al, 2003). As razões para que as mulheres idosas permaneçam sem realizar o rastreamento de alterações na mama é uma questão de natureza complexa, porém a ausência de recomendação médica tem se mostrado de grande importância para tal (Grady et al, 1992, Sharp et al, 2003), em especial para serviços eletivos como é o caso da mamografia, onde a decisão médica é determinante para a sua

realização ou não (McPhee & Schroeder, 1987). É sabido que as duas principais razões alegadas por mulheres para não fazerem mamografia tem sido não saber da necessidade do exame e não ter recebido recomendação médica neste sentido (Coleman & Feuer, 1992)

Entre as razões que inibem a recomendação por parte dos médicos, incluem-se os custos do exame, a validade dos resultados, o desconforto e/ou a recusa da paciente, esquecimento do médico, baixa aceitação, e incerteza acerca das recomendações (Weinberger et al, 1992). Os estudos de variação da prática médica relacionados à utilização de mamografia por mulheres idosas mostram que há uma tendência de parte dos médicos em não recomendarem a mamografia para esse grupo específico por superestimarem as dificuldades físicas, as perdas cognitivas, e possível número de recusas. Somado a isso, tradicionalmente, existe uma superestimação da relação custo x benefício em relação ao exame (Fox et al, 1997).

Solskone e colaboradores (2006) ao avaliarem uma amostra aleatória de 510 mulheres israelenses, com idades entre 50 e 69 anos, encontraram que as mulheres mais velhas foram as que mais reportaram barreiras para acessar a mamografia, sendo aquelas com baixo nível de escolaridade as que experimentaram maiores dificuldades para compreender as instruções médicas para a realização da mamografia.

Cada vez mais tem sido utilizados modelos comportamentais para a compreensão dos mecanismos individuais relacionados à adesão a mamografia e a outras condutas preventivas. Em linhas gerais, esse modelo teórico inclui as noções de percepção da suscetibilidade, a percepção do risco,

percepção dos benefícios, barreiras identificadas, planos de ação e auto-eficácia para lidar com o exame e seus desdobramentos (Rosenstock et al; 1988).

De acordo com Rimmer e colaboradores (1992), as mulheres idosas têm menor conhecimento sobre a detecção precoce do câncer de mama, menor percepção de suscetibilidade e mais barreiras para usar esse tipo de serviço se comparadas às mais jovens. A dor, o dano e o medo foram as três razões principais para que uma amostra de 210 mulheres com 50 a 75 anos não planejassem fazer mamografia futuramente em uma população americana. A história familiar de câncer de mama, entretanto, não mostrou relação com o uso de mamografia, indicando que a noção de risco, objetivamente, não interfere de modo fundamental para adesão ao exame. Estes resultados sugerem que o risco tem que adquirir significado pessoal para ter efeito nas atitudes e crenças (Black et al; 2001).

Diversos estudos têm se dedicado a avaliar o papel que o desconforto e/ou a dor desempenham perante a resistência em se submeter à mamografia. Dullum e colaboradores (2000) em uma amostra de 1800 pacientes encontraram relato de dor moderada a extrema em 52% das entrevistadas, decorridos 3 a 145 dias após terem sido submetidas ao exame. Keemers-Gels e colaboradores (2000) observaram 9,3% de relato de dor intensa e 21,6% de dor moderada em mulheres entrevistadas imediatamente após o exame. Sharp e colaboradores (2003) entrevistaram 200 mulheres com 40 ou mais anos logo após o exame, tendo 72% relatado dor de modo geral ao serem submetidas ao exame, sendo que 28% atribuíram escore igual ou maior que 5 numa escala de

dor de 0 a 10. Quando indagadas acerca da etapa mais dolorosa do procedimento, 34% apontaram a compressão das mamas, sendo essa a etapa do exame avaliada como pior pela maioria das mulheres.

Outro fator que contribui para a resistência em se submeter ao exame é a visão fatalista em relação ao câncer, isto é, as mulheres acreditam que podem ter possibilidades limitadas de alterar o curso da doença caso seja identificada, como se a morte fosse inevitável na existência de um tumor (Suarez et al, 1997; Powe & Weinrich, 1999). Essa atitude tem sido mais comumente relacionada com baixa escolaridade e com baixo nível sócio-econômico (Otero-Sabogal et al, 2003).

São crescentes os esforços para a investigação da prevalência e dos fatores relacionados ao uso de mamografia em idosas. Phillips e colaboradores (1998) apontam cinco vulnerabilidades nos estudos sobre adesão ao exame mamográfico: 1) A maioria dos estudos sobre uso regular dos exames não foi realizada com amostras representativas da população de origem; 2) A maioria dos estudos define adesão como exame recente ou ter feito mais de dois exames, em vez de avaliar a regularidade do mesmo; 3) Os fatores avaliados não diferenciam aqueles relacionados aos exames regulares daqueles relacionados aos exames iniciais ou recentes; 4) O papel da decisão conjunta médico-paciente em relação ao exame tem sido pouco explorado; 5) Existe uma lacuna importante de estudos que avaliem a influência das características ambientais relacionadas aos serviços, no processo de utilização do exame mamográfico.

Otero-Sabogal e colaboradores (2003) realizaram um estudo com 977 mulheres latinas, com idades entre 40 e 74 anos, residentes em quatro cidades da Califórnia, com o objetivo de identificar o uso, as atitudes e as práticas de saúde relacionadas à prevenção das neoplasias cervicais e de mama. A partir dos seus achados, os autores recomendaram estratégias a serem adotadas pelos médicos para ampliar a comunicação acerca do rastreamento de câncer. As principais estratégias recomendadas foram: 1) Perguntar de modo simples e direto sobre histórico familiar e exames, além do conhecimento sobre os riscos e benefícios envolvidos; 2) Advertir sobre os benefícios de adotar condutas preventivas e exames regulares; 3) Informar sobre os riscos e custos do câncer, bem como sobre a sintomatologia, sinais, e sobre a terminologia que pode não ser clara para as mulheres; 4) Referir para locais onde seja possível acessar os exames independente de ter seguro-saúde ou não, auxiliando com informações sobre transporte, procedimentos para obtenção de vagas e exames; 5) E acompanhar a mulher reforçando a importância da regularidade dos exames, fornecendo retorno para esta sobre os resultados e as estratégias a serem adotadas, entre outros fatores.

Face ao exposto, podemos notar que as recomendações variam de acordo com a política de prevenção, controle e detecção adotada por cada país. Os estudos, apesar de mostrarem os fatores associados e, mais recentemente, adotarem modelos teóricos mais sensíveis à variação individual, contemplando a descrição de características de cunho social, cultural e psicológico, ainda deixam como lacuna a variabilidade em relação à

representatividade da amostra, às faixa etárias abordadas e às definições de adesão elencadas como referência.

O envelhecimento acelerado da população brasileira, a demanda por conhecimento das especificidades acerca do uso dos serviços de saúde por idosos, a mortalidade das mulheres em decorrência da neoplasia de mama e a ausência de ações voltadas a esse problema em especial desafiam os setores acadêmicos, gestores e assistenciais a reestruturar as perguntas, os métodos de busca das respostas e as ações e políticas nesse campo.

3. JUSTIFICATIVA

O fenômeno do envelhecimento da população brasileira é desafiador para os serviços e políticas de saúde, pois requer o acompanhamento das rápidas e profundas transformações em termos demográficos e epidemiológicos.

A dependência dos idosos em relação aos serviços de saúde é intensa e pode traduzir injustiças e inadequações que têm impacto na morbimortalidade dessa população, exigindo políticas públicas integradas e efetivas. No entanto, a insuficiência dos recursos públicos destinados à saúde torna a oferta limitada e incompleta e tem, no histórico da organização dos serviços, a tradição de concentrar esforços na demanda proveniente de uma população jovem, principalmente infantil, ainda destacando o problema das doenças infecto-contagiosas e de saúde reprodutiva, a qual se sobrepõe as novas questões inerentes à saúde pública do país. Tal fato pode ser determinante para a acessibilidade reduzida da população idosa junto aos serviços públicos de saúde.

Considerando que o Brasil apresenta uma crescente demanda da população idosa por serviços sociais e de saúde, é necessário que se conheça os fatores individuais e contextuais associados ao acesso aos serviços de saúde, não só de um modo geral, mas, principalmente, o acesso aos serviços relacionados às principais causas de morbimortalidade dessa parcela da população.

Nesse sentido, deve-se assumir que a população envelhecida não se constitui como uma categoria homogênea e, sendo assim, além de outros fatores, devemos considerar aqueles referentes às diferenças de gênero envolvidas no processo, compreendendo que a relação estabelecida com a dimensão saúde é permeada por esses papéis e construída pela população e pelo setor saúde ao longo do desenvolvimento humano e em função de um tempo histórico.

O panorama de evolução da morbimortalidade em idosos aponta as neoplasias como um alvo em potencial de reflexão, por necessariamente se relacionar com a promoção e prevenção em saúde no curso da vida e na idade avançada. Mais especificamente, é possível notar que, no grupo feminino, o câncer de mama é a principal causa de mortalidade por neoplasias e, nesse caso, o diagnóstico em fase inicial pode aumentar consideravelmente a sobrevivência, o que, contudo, só será alcançado se o acesso ao exame for garantido de forma contínua para a população, incluindo as mulheres idosas.

Nesse campo, podemos perceber a existência de amplo conhecimento da etiologia da doença, da sua detecção e terapêutica. Entretanto existem ainda importantes lacunas que comprometem o diagnóstico precoce, a qualidade de vida e a redução da mortalidade entre mulheres.

Ainda são escassos os estudos, inclusive no Brasil, que se dedicam ao aprofundamento de questões relacionadas a detecção precoce de alterações na mama que incluam uma faixa etária mais ampla, igual ou acima de 70 anos, na qual se observa maior mortalidade, bem como sobre as

possíveis razões para que um grupo expressivo se mantenha alheio aos exames de rastreio da neoplasia de mama por toda a vida.

Nesse sentido, a identificação do perfil das mulheres idosas usuárias dos serviços da atenção básica e dos fatores que as levam a diferir dos homens no processo de busca de atendimento, a descrição das características que favorecem ou limitam o uso da mamografia, e a avaliação dos motivos alegados para nunca tê-la realizado, podem contribuir para elucidar questões ainda pouco exploradas e, adicionalmente, gerar novas hipóteses ao examinar o papel da cultura, da história e do ambiente no qual esse grupo está inserido. Espera-se que a partir dessas informações possam ser rediscutidas as ações necessárias à formação dos profissionais, às políticas de saúde vigentes no país e, acima de tudo, as ações necessárias para modificar o padrão de morbimortalidade descrito.

4. OBJETIVOS

4.1. Geral

Determinar os fatores condicionantes para o acesso reduzido aos serviços de saúde e para a não realização de mamografia em mulheres idosas da população de Juiz de Fora, Minas Gerais.

4.2. Específicos

Caracterizar o acesso, utilização e percepção do usuário idoso em especial nas ações referentes às neoplasias de mama;

Descrever os determinantes de acesso a serviços de saúde por idosos, comparando homens e mulheres em uma perspectiva de gênero;

Determinar a prevalência dos fatores associados à não utilização de mamografia pela população feminina idosa;

Identificar os principais motivos apontados pelas idosas para nunca ter realizado exame mamográfico;

Avaliar os fatores predisponentes, habilitadores e reforçadores associados para cada categoria de motivo;

Explorar os fatores associados aos motivos declarados para nunca ter realizado o exame mamográfico, de forma a identificar o papel das características contextuais nesse processo

5. MATERIAL E MÉTODOS

A tese aqui apresentada se insere dentro do Projeto de Pesquisa “Atenção à saúde do idoso: Caracterização dos serviços de detecção precoce das neoplasias de mama, colo do útero e próstata na rede de atenção básica à saúde no sudeste da Zona da Mata de Minas Gerais”, denominado Estudo EPOCA – Envelhecimento Populacional e Câncer, financiado pelo CNPq.

O sudeste da Zona da Mata Mineira mostra-se, segundo os dados do Censo 2000 (IBGE), uma região com população envelhecida, tendo seus 33 municípios percentual de idosos na população variando entre 9% e 15%. A população alvo deste estudo foram os idosos com 60 ou mais anos, residentes nos 33 municípios que constituem o sudeste da Zona da Mata Mineira.

O objetivo geral do projeto foi caracterizar os serviços de atenção básica à saúde das Unidades Básicas de Saúde nos 33 municípios do sudeste da Zona da Mata Mineira em relação à cobertura, acesso, utilização e percepção do usuário idoso, em especial nas ações referentes às neoplasias de mama, colo do útero e próstata.

O estudo foi realizado em duas etapas distintas: a primeira aconteceu no ano de 2006, no município de Juiz de Fora, e a segunda etapa ocorreu em 2007 nos municípios restantes da microrregião de Juiz de Fora. A metodologia e os procedimentos de trabalho adotados nas duas etapas foram os mesmos.

O projeto “Atenção à saúde do idoso: Caracterização dos serviços de detecção precoce das neoplasias de mama, colo do útero e próstata na rede de atenção básica à saúde no sudeste da Zona da Mata de Minas Gerais”, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, sob o parecer nº 134/2005.

O foco desta tese foram os dados relacionados à população de Juiz de Fora, coletados na primeira etapa em 2006, sendo ela estruturada sob a forma de três artigos, como segue:

- Estudo EPOCA: Determinantes relacionados ao consumo de serviços de saúde – uma comparação entre homens e mulheres idosos
- Estudo EPOCA: Prevalência e fatores associados à não utilização de mamografia em mulheres idosas
- Estudo EPOCA: Fatores associados aos motivos declarados para a não utilização de mamografia por mulheres idosas - uma abordagem multinível

Os métodos específicos utilizados em cada uma dessas análises encontram-se devidamente detalhados no corpo de cada artigo.

A seguir, encontra-se descrita a metodologia do Projeto, com foco na etapa realizada em Juiz de Fora.

5.1. Local do estudo:

Juiz de Fora é uma cidade situada no sudeste da zona da mata mineira, com alto Índice de Desenvolvimento Humano (0,832) e com pelo menos 98% da população atendida pelos serviços de saneamento, energia elétrica e limpeza urbana. As principais atividades econômicas do município são a indústria e o comércio, além de uma ampla rede de prestação de serviços educacionais e de saúde (PJF, 2006).

O Censo populacional de 2000 mostrou que o município tem uma população estimada de 456.796 pessoas. Observa-se o aumento da proporção de idosos na população local, a partir da década de 70, período em que essa proporção era de 6%, passando por 8% nos anos 80, e chegando aos atuais 11%, cerca de 50.248 indivíduos (IBGE,2000). A população local se encontra distribuída em 16 Unidades Territoriais, que por sua vez subdividem-se em 82 bairros.

O percentual de idosos em Juiz de Fora é proporcionalmente superior aos percentuais do Brasil e de Minas Gerais (9%). Dados do Sistema de Informações em Mortalidade (SIM-SUS, 2000) mostraram que, em Juiz de Fora, as principais causas de mortalidade de idosos foram as cardiopatias (41%), neoplasias (19%) e doenças respiratórias (15%).

5.2. População do Estudo:

Foram elegíveis para estudo indivíduos com 60 ou mais anos de idade, residentes no município de Juiz de Fora, e que compareceram a um

posto de vacinação do município no período da Campanha Nacional de Vacinação Contra Gripe de 2006.

5.3. Instrumentos de coleta de dados

O instrumento consistiu em um questionário estruturado, construído com base em instrumentos padronizados e validados, já utilizados em outros estudos nacionais. O questionário (Anexo 2) abordou variáveis distribuídas em três categorias, descritas a seguir:

- Características sócio-demográficas: sexo, faixa etária, escolaridade, renda e fonte de renda;
- Fatores de risco e proteção para câncer: tabagismo, prática de atividade física, peso corporal, dieta e etilismo, história familiar de câncer;
- Utilização de serviços de Saúde: serviço de saúde de referência, visitas ao médico, uso regular de medicação, realização de exames para detecção de câncer de mama e colo do útero para as mulheres (Papanicolaou, mamografia, exame clínico das mamas), morbidade auto-referida, nível de informação acerca das condutas de controle e detecção indicadas, relato de dificuldades e problemas para o uso dos serviços de saúde.

5.4. Trabalho de campo

Para realização do inquérito em Juiz de Fora, foram criadas equipes compostas por um coordenador, supervisores e entrevistadores, buscando garantir a qualidade das informações coletadas. A equipe de supervisores e entrevistadores totalizou 82 pessoas e foi selecionada, quando possível, em cursos de graduação ou de nível técnico. A experiência prévia com inquéritos epidemiológicos foi privilegiada, como um dos critérios de seleção da equipe. Ainda assim, entrevistadores e supervisores foram submetidos a treinamento intensivo, pela equipe de coordenação.

Foram empreendidos esforços para atingir o maior número possível de idosos com o envio simultâneo de entrevistadores a todos os postos de vacinação, durante toda a Campanha, nos dois turnos de funcionamento de cada posto. Os entrevistadores foram alocados em função da relação quantidade/demanda esperada, tendo como base dados de campanhas anteriores.

A campanha ocorre anualmente desde 1999, tradicionalmente no fim do mês de abril e início do mês de maio e tem a duração de 11 dias aproximadamente, podendo variar em função do cumprimento da meta, e para ela são organizados 41 postos de vacinação distribuídos em todas as regiões geográficas do município, em diferentes bairros.

Em 2006, a cobertura atingiu 73% da população-alvo da campanha, sendo aplicadas 39.522 doses de vacina. O cálculo da cobertura e das doses

inclui a vacinação em domicílio de idosos acamados, indivíduos residentes na área rural, pacientes de risco vacinados independente da idade, indivíduos fora da faixa etária ou residentes em outras cidades, além de pessoas que receberam a vacina em um período de duas semanas após a Campanha. Não existem dados disponíveis que possibilitassem identificar a proporção de vacinados por sexo ou faixa etária.

A abordagem dos indivíduos idosos durante a Campanha Nacional de Vacinação Contra Gripe foi um critério definido arbitrariamente com o objetivo de otimizar o recrutamento dos participantes, por ser um momento em que grande parte da população idosa busca a rede de atenção básica para receber a vacina. A adesão do idoso à vacinação era voluntária, gratuita e independente da área de moradia, sendo que a divulgação ocorreu nos principais meios de comunicação locais, regionais e nacionais, além de ser estimulada por parte dos profissionais das unidades de saúde.

Para controlar a qualidade do trabalho de campo, as entrevistas passaram por um processo de revisão dos questionários preenchidos, primeiro pelo próprio entrevistador, em seguida pelo supervisor e por último pelos responsáveis pela entrada de dados. Os erros de preenchimento, as inconsistências e as respostas em branco foram confirmados por telefone, junto ao entrevistado, sempre que possível.

Foi realizada também a verificação da consistência da entrada dos dados durante a digitação, com a conferência de variáveis-chave em 30% dos

questionários. Além disso, relatórios de inconsistências foram emitidos para verificação junto aos questionários ou por re-entrevistas telefônicas.

5.5. Aspectos éticos

A estruturação, planejamento e execução do projeto de tese seguiram as normas dispostas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz sob parecer nº 203/2007.

ARTIGO 1: Estudo EPOCA: Determinantes relacionados ao consumo de serviços de saúde – uma comparação entre homens e mulheres idosos em Juiz de Fora, Minas Gerais

EPOCA Study: Determinants related to the consumption of health services - a comparison between elderly men and women in Juiz de Fora, Minas Gerais

Novaes, Cristiane O.¹ e Mattos, Inês E. ¹

¹ Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Pós Graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente

RESUMO

O objetivo deste estudo foi descrever dificuldades de acesso aos serviços de saúde por idosos comparando homens e mulheres. Foram entrevistados 2917 homens e 4572 mulheres, com 60 ou mais anos, para a obtenção de dados socioeconômicos, demográficos e de saúde. Os resultados foram apresentados como razões de prevalência (IC 95%), calculadas através da regressão de Poisson. Dificuldades de acesso foram relatadas por 10,6% dos homens e 18,7% das mulheres. Para os homens, na análise multivariada, o acesso limitado foi associado com uso do serviço público de saúde (1,06IC:1,03-1,09), autoavaliação negativa da saúde (1,08IC:1,06-1,11), problemas de acesso aos serviços de saúde (1,07IC:1,05-1,10) e internação hospitalar no último ano (1,06IC:1,03-1,10). Para as mulheres o acesso limitado foi associado com problemas de acesso aos serviços (1,12IC:1,09-1,16), autoavaliação negativa da saúde (1,12IC:1,08-1,15) e uso do serviço público de saúde (1,07IC:1,03-1,10). Trabalho atual mostrou-se protetor para homens (0,97IC:0,94-0,99) e mulheres (0,92IC:0,88-0,96), moradia própria mostrou-se protetora apenas para as mulheres (0,96IC:0,93-0,99). A alta prevalência de hospitalizações entre os homens sugere possível desigualdade de acesso entre os sexos, resultando em maior risco de morbimortalidade para o grupo masculino.

Palavras-chave: Saúde do idoso, Uso de serviços de saúde, Acesso, Gênero.

ABSTRACT

The objective this study was to describe determinants of inequalities in access to health care among elders according to gender. Were interviewed 2917 men and 4572 women with 60 or more years of age, to obtain socioeconomic, demographic, and health-related data. Results are presented as prevalence ratios and their respective (95% CI) and Poisson regression. Difficulties in access to health care were related for 10,6% of the men and 18,7% of the women. For the male limited access was associated with use of public health care (1,06CI:1,03-1,09), poor self-perceived health (1,08CI:1,06-1,11), poor access to health services (1,07CI:1,05-1,10) and a hospital admission (1,06CI:1,03-1,10) in multivariate analysis. For females, limited access was associated with poor access to health services (1,12CI:1,09-1,16), poor self-perceived health (1,12CI:1,08-1,15) and use of public health care (1,07CI:1,03-1,10). To be still working was a protective factor in relation to access for men (0,97CI:0,94-0,99) and women (0,92CI:0,88-0,96), but living in their own house was protective only for women (0,96 CI:0,93-0,99). Some results such as a greater prevalence of hospitalization among men point to a possible inequality in access to health care between genders, resulting in a greater risk of morbidity and death among men.

Key words: Health of the Elderly, Health Services Use, Access. Gender

INTRODUÇÃO

Face ao envelhecimento populacional e às demandas decorrentes da mudança dos padrões epidemiológicos, os serviços de saúde são desafiados a reorganizar a provisão de cuidados e a reduzir os impactos decorrentes da senescência^{1,2}. Um dos agravantes dessa nova realidade é o fato de que o grupo de idosos não é uma população homogênea e, além do critério etário, uma das principais categorias de diferenciação é o sexo. Uma expressão máxima dessa discrepância entre os sexos é a longevidade, alvo de estudos de diferentes áreas do conhecimento, que tentam explicar porque as mulheres vivem significativamente mais que os homens³.

Teorias explicativas apontam o papel da genética, dos hormônios, dos hábitos de vida e, até mesmo, das exposições ocupacionais e/ou sociais nesse processo desigual de desenvolvimento e fragilidade entre os sexos, ao longo da vida^{3, 4, 5,6}. Mais recentemente, o perfil de autocuidado tem sido explorado como um dos determinantes individuais do envelhecimento e de saúde, sendo avaliados os diferentes padrões apresentados por homens e mulheres^{7,8,9,10}.

Segundo Travassos e Martins¹¹, entre os determinantes da utilização de serviços de saúde podem ser listados fatores relacionados à necessidade de saúde (morbidade, gravidade e urgência), aos usuários (características sócio-demográficas, geográficas), aos prestadores de serviços (profissionais, custos), à organização (recursos, características da oferta, acesso geográfico e social) e à política (tipo de sistema de saúde, legislação, quantidade, distribuição), devendo, cada um deles, ser alvo de investigações.

Achados de estudos nacionais e internacionais sobre o padrão de uso de serviços de saúde^{12, 13,14,15,16,17,18,19,20} mostram que uma das especificidades do usuário idoso é o constante consumo da atenção em saúde, em especial dos cuidados mais complexos. Na prática, o que se observa é que os indivíduos idosos que chegam mais freqüentemente aos serviços de saúde são aqueles mais doentes, mais fragilizados e com maior declínio, ou seja, os que requerem atendimento mais especializado e apresentam menor probabilidade de reabilitação²¹.

Abordagens que consideram as questões de gênero podem contribuir, particularmente, para as teorias explicativas sobre a morbimortalidade de pessoas idosas. Contudo, ainda são raros os estudos que abordam a questão do acesso dos idosos aos serviços de saúde, comparando homens e mulheres.

Diante desse contexto, o presente estudo teve como objetivo avaliar os determinantes individuais associados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, em uma população idosa e aderente a Campanha Nacional de Vacinação Contra Gripe, buscando identificar possíveis diferenças entre homens e mulheres.

MATERIAL E MÉTODOS

A presente análise tem origem no estudo “EPOCA – Envelhecimento populacional e câncer”, um estudo observacional, descritivo, transversal,

realizado no período oficial da Campanha Nacional de Vacinação Contra Gripe em 2006 no município de Juiz de Fora²².

População de estudo

Atenderam aos critérios gerais do estudo principal (idade igual ou superior a 60 anos, adesão à campanha de vacinação contra gripe, ter condições físicas e cognitivas para responder e aceitar participar do estudo, 7531 indivíduos idosos. Para fins dessa análise, foram excluídos aqueles que não responderam às questões sobre utilização de serviços de saúde, ficando a população de estudo constituída por 7489 indivíduos, sendo 2917 homens e 4572 mulheres.

Variáveis de estudo

A variável dependente do estudo foi “dificuldade de acesso ao serviço de saúde” e as variáveis independentes consideradas foram: 1) Características sócio-demográficas: idade, situação conjugal, nível de escolaridade e fonte de renda. 2) Características relacionadas ao estado de saúde: uso regular de medicação, morbidade auto-referida e auto-avaliação da saúde (por meio da pergunta “Como é a sua saúde de modo geral: Excelente, boa, razoável ou ruim?”). 3) Características relacionadas ao uso do serviço de saúde: tipo de serviço de saúde de referência, ocorrência de consultas médicas no último ano, ocorrência de internação no último ano, relato da existência de pelo menos um médico de referência, relato de problemas nos serviços de saúde.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

Análise estatística

Foram realizadas análises com vistas à descrição das características sócio-demográficas e do estado de saúde, estratificadas por sexo, sendo as comparações entre os grupos efetuadas por meio do teste do qui-quadrado. As análises bivariadas estimaram as prevalências, e posteriormente, as razões de prevalência do acesso limitado aos serviços de saúde em homens e mulheres, com o intervalo de confiança de 95%.

O modelo multivariado considerou as variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise bivariada, tendo permanecido no modelo apenas aquelas que apresentaram $p < 0,05$. A análise foi ajustada por meio da regressão de Poisson, com a inclusão de uma variável de cada vez no modelo.

Foram utilizados os programas SPSS 13.0 e Stata 10.0 (*Stata Corporation, College Station, Estados Unidos*).

RESULTADOS

A distribuição da população de estudo mostrou que predominaram as mulheres (61%), as idades variaram entre 60 e 106 anos (média de idade 69,98; desvio padrão 7,16), sendo a maior proporção (52,8%) constituída pela faixa etária 60-69 anos. Quando comparamos os grupos de homens e mulheres, notamos que a distribuição diferiu para todas as características

analisadas, exceto idade e tipo de serviço de saúde utilizado. A proporção de pessoas vivendo sem relação conjugal é maior entre as mulheres (38,3%). A maior parte dos indivíduos tem, no máximo, até quatro anos de estudo. Ainda assim, a maioria tem moradia própria e renda proveniente de pensão e/ou aposentadoria. A proporção de idosos que relatam atividades de trabalho é baixa, sendo menor entre as mulheres (Tabela 1).

A auto-avaliação da saúde entre as mulheres é pior do que entre os homens (45,8% e 37,1% respectivamente). As mulheres também referem ser mais doentes, com 89,3% declarando pelo menos uma morbidade, entre os homens esse percentual não ultrapassa 76,0%. Mais da metade dos idosos de ambos os sexos utiliza o serviço público de saúde, e cerca de 90% fez pelo menos uma consulta médica no último ano. A parcela que relatou consulta no último ano foi menor entre os homens, o mesmo acontecendo em relação ao uso de medicação regular. Da amostra total a minoria relatou internação nos 12 meses anteriores à entrevista, sendo que os homens apresentaram maior proporção de nenhuma consulta médica (19,2%) e de não possuir médico de referência (Tabela 1).

A análise bivariada mostra que foram fatores de risco comuns para os dois sexos a baixa escolaridade (homens $RP=2,15$ IC 1,56 – 2,96; mulheres $RP=1,76$ IC 1,44 – 2,16), auto-avaliação negativa da saúde (homens $RP=2,61$ IC 2,08 – 3,28; mulheres $RP=1,84$ IC 1,62 – 2,09), ser usuário do serviço público de saúde (homens $RP=2,74$ IC 2,01 – 3,74; mulheres $RP=1,74$ IC 1,49 – 2,02), ter sofrido internação recente (homens $RP=1,90$ IC 1,50 – 2,04; mulheres $RP=1,23$ IC 1,06 – 1,44), referir pelo menos uma morbidade (homens

RP=1,47 IC 1,10 – 1,97; mulheres RP=1,55 IC 1,21 – 1,98), e considerar que vivencia algum problema nos serviços de saúde (homens RP=2,35 IC 1,87 – 2,95; mulheres RP=1,93 IC 1,68 – 2,21) (Tabela 2).

Ainda na Tabela 2, se pode verificar que o fato de trabalhar foi um fator protetor ao acesso limitado aos serviços de saúde para os dois grupos, com magnitudes similares RP=0,55 (IC 0,40 – 0,75) para os homens e RP=0,57 (IC 0,44 – 0,74) para as mulheres, sendo que, para elas, ter moradia própria também foi um fator de proteção (RP=0,77 IC 0,68 – 0,88).

Após ajustamento pelas variáveis independentes, os fatores que permaneceram positivamente associados ao acesso limitado aos serviços de saúde para os homens (Tabela 3) foram uso de serviço público de saúde (RP=1,06 IC 1,03 – 1,09), autoavaliação da saúde negativa (RP=1,08 IC 1,06 – 1,11), relato de vivência de dificuldades no serviço de saúde (RP=1,07 IC 1,05 – 1,10) e ter sofrido internação no último ano (RP=1,06 IC 1,03 – 1,10). Entre as mulheres (Tabela 4), o relato de dificuldades no serviço de saúde (RP=1,12 IC 1,09 – 1,16), a autoavaliação negativa da saúde (RP=1,12 IC 1,08 – 1,15) e o uso de serviço público (RP=1,07 IC 1,03 – 1,10) permaneceram como fatores de risco, embora a magnitude das associações tenha diminuído. Em relação a fatores de proteção, foram observadas as mesmas associações da análise bivariada, contudo o trabalho atual teve sua magnitude reduzida para ambos (homens RP=0,97; IC 0,94 – 0,99 e mulheres RP= 0,92; IC 0,88 – 0,96). Na análise ajustada, a variável moradia própria também perdeu magnitude, no caso das mulheres (RP=0,96 IC 0,93 – 0,99).

A maioria dos indivíduos (89,35% dos homens e 81,28% das

mulheres) declarou não ter qualquer tipo de dificuldade no acesso aos serviços de saúde. Entre os que declararam pelo menos um tipo de dificuldade, a hierarquia dos problemas diferiu significativamente ($p\text{-valor}=0,000$) entre os grupos. A principal dificuldade apontada por ambos os grupos foi a distância. Entretanto, em segundo lugar, as mulheres apontaram a falta de companhia para ir ao serviço de saúde, enquanto os homens indicaram a falta de dinheiro. Grande parte dos indivíduos dos dois grupos declarou não ter vivenciado problemas durante o uso dos serviços de saúde, embora essa parcela tenha sido menor entre as mulheres (43,52%). Tanto os homens quanto as mulheres apontaram a demora no atendimento e a demora para conseguir exames como os problemas mais freqüentes. Entretanto, na maioria das categorias a proporção de mulheres que citaram ter problemas foi maior do que a de homens.

DISCUSSÃO

O fenômeno da feminilização do envelhecimento, a exemplo do que tem sido observado por inúmeros estudos em diferentes regiões do mundo, assim como no Brasil^{24, 25} foi observado considerando que mais da metade da população participante do estudo era do sexo feminino. Esse fato repercute ao significar a existência de uma população idosa que além de possuir inúmeras carências, apresenta demandas distintas se compararmos ambos os sexos.

O perfil encontrado foi similar ao descrito para a população nacional^{26,27}, indicando uma população de baixo nível socioeconômico e com perfil de saúde típico do envelhecimento de modo geral, com distribuição etária e de

modalidade de serviço de saúde semelhantes para homens e mulheres. No entanto, as demais características mostram perfil distinto nos dois grupos.

Nossos resultados mostram que a auto-avaliação da saúde entre as mulheres é pior, que esse grupo refere maior morbidade, utiliza medicação em maior proporção e frequenta mais os serviços de saúde. Nossos achados são consistentes com o panorama mundial^{7,8,9,10,15,23,28} que mostra a tendência das mulheres de utilizar os serviços de saúde mais do que os homens. Em nossa amostra, os homens procuraram menos o serviço de saúde para consultas médicas, tendo quase metade declarado não possuir médico de referência, e relatado menor frequência de uso de medicação, embora tenha sido o grupo masculino, aquele que demandou mais internação. Foi possível observar que além da ocorrência de consultas, a frequência de uso também é maior entre as mulheres, visto que mais da metade declarou de 4 a 6 consultas médicas por ano, frequência acima da preconizada pelo Ministério da Saúde do Brasil o qual estabelece 2 a 3 consultas anuais como ideal¹⁰. Tal patamar é aquele onde se concentraram em nosso estudo a maior proporção de homens dentre os que declararam pelo menos 1 consulta no ano anterior.

Duas hipóteses podem, de forma complementar, explicar esta heterogeneidade, acredita-se que as mulheres idosas usam mais os serviços de saúde por terem incorporado o cuidado médico à sua rotina, em fases anteriores da vida⁵, por conta dos eventos ginecológicos e/ou reprodutivos. Uma outra hipótese é a existência de uma maior percepção dos riscos e distúrbios relacionados à saúde por parte das mulheres admitindo uma posição de fragilidade física que permite a busca do cuidado⁹. Essa postura converge

com o descrito pela teoria do funcionalismo que, na literatura de gênero, classifica as diferenças no interior da família em termos de papéis “expressivos” (femininos) e papéis “instrumentais” (masculinos)²⁹. Essa organização familiar e social pode ter significado especial para esse grupo populacional que, historicamente, vivenciou uma subdivisão dos papéis de cada sexo, onde o homem como provedor tende a evitar situações que o impeçam ou limitem em termos ocupacionais.

O fato de ir mais ao médico isoladamente já contribui para que as mulheres relatem mais morbidade e tenham maior probabilidade de uso de medicação, pois tanto o diagnóstico quanto a intervenção dependem fundamentalmente da avaliação médica. Em contrapartida, os três fatores contribuem para a maior percepção do estado de saúde ao indicar objetivamente se há alteração e em que medida ela ocorre.

É possível que a morbidade autoreferida esteja subestimada no grupo masculino principalmente pela ausência de consultas médicas levando a menor probabilidade de diagnóstico de alterações na saúde. Nessa situação, pode haver a agudização do processo de doença, culminando em internação, ou seja, parte das internações de homens idosos poderia, talvez, ser evitada, através de medidas efetivas de prevenção primária e secundária³⁰. Além disso, cabe destacar que os homens naturalmente tendem a reportar menos morbidade auto-referida em inquéritos de saúde³¹.

Se por um lado, os perfis de homens e mulheres mostraram-se distintos, por outro lado os fatores associados à dificuldade de acesso nos serviços de saúde mostraram-se semelhantes, porém influenciam o acesso de

modo diferencial. Para ambos, o uso de serviço público de saúde, presença de obstáculos na utilização dos serviços de saúde e a autoavaliação negativa da saúde foram fatores de risco associados à dificuldade de acesso.

Em relação à modalidade de serviço utilizado, estima-se que 75,5% da população total brasileira ³² e 73,1% da população idosa sejam dependentes do Sistema Único de Saúde – SUS³³, sendo que diversos estudos evidenciam uma relação direta entre o tipo de serviços utilizado e a renda, indicando que os idosos mais pobres tendem a utilizar os serviços públicos de assistência^{34,35,36}. Estudo com base nos dados de 1998 e 2003 da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) mostrou que independente da faixa etária (20-64 anos ou >65 anos) indivíduos com pior renda apresentam piores condições de saúde e menor uso dos serviços de saúde³⁷. Considerando que mais de 60% da população de estudo utiliza o serviço público, uma das razões para essa “opção” seria socioeconômica, o que tornaria a população idosa mais suscetível à inacessibilidade aos cuidados de saúde, pela redução de sua opção de escolha.

Entre os indivíduos que declararam pelo menos um tipo de obstáculo em relação ao uso de serviços de saúde, foi encontrada uma similaridade nos dois grupos considerando que a distância foi o principal obstáculo em relação ao consumo de serviços de saúde. Entretanto, o segundo obstáculo em relação aos serviços de saúde diferem entre homens e mulheres, pois enquanto elas mencionam a falta de companhia, eles referem a falta de recursos financeiros. Esses achados se relacionam com especificidades dos dois grupos, a primeira é que mais de metade das mulheres não possui companheiro, sendo que

muitas vivem sozinhas, sendo assim não possuem suporte social adequado para lidar com questões de saúde, tarefas domésticas ou atividades sociais³⁸. A ausência de companhia somada a distância dos serviços e ao transporte nem sempre eficiente pode inviabilizar a utilização e agravar o estado de saúde geral dessas mulheres, sendo um fator de reforço do acesso que vem antes das características organizacionais da instituição de saúde³⁹.

No caso dos homens, muitas vezes provedores da família, incluindo filhos e netos³⁹, o dinheiro pode ser visto como uma característica impeditiva ao imputá-lo ao tempo e disponibilidade do serviço público que na maioria das vezes é vagaroso e insuficiente. Assis e colaboradores³⁵ em um estudo sobre o SUS observaram que as principais queixas se referiam ao tempo e ao número de tentativas para atendimento, mostrando que os usuários desse tipo de assistência, além de expressarem um grau invariavelmente menor de satisfação com a assistência pública, tendem a classificá-la como de baixa qualidade. Por outro lado, os serviços privados são melhor avaliados, embora, segundo os próprios usuários, impliquem em custos que, isoladamente, se configuram em um obstáculo ao acesso da maioria^{36,37}.

Em relação aos obstáculos vivenciados no serviço predominou a demora no atendimento e na obtenção de exames, o que converge com outros estudos nacionais que apontam, como principais queixas relacionadas ao atendimento médico, a demora e as excessivas tentativas para consegui-lo e a falta de exames e/ou tratamento^{33,35}.

A origem desses problemas é parcialmente justificada por diferentes estudos^{38,39,40,41}, que sugerem que a organização do sistema de saúde

brasileiro é precária em relação à demanda, além de defasada. Isso se deve, primeiro, à insuficiência dos recursos públicos destinados à saúde, tornando a oferta limitada e incompleta. Em segundo lugar, ao fato de que, originalmente, a demanda em saúde provinha, quase que de forma exclusiva, de uma população de jovens e crianças, com morbidades infecto-contagiosas e problemas na área da saúde reprodutiva que, embora melhor controladas, ainda hoje desafiam a saúde pública. Contudo, com a ocorrência dos fenômenos de transição demográfica e epidemiológica, acrescida à demanda já existente, houve um aumento progressivo da demanda de agravos característicos da população envelhecida, com questões predominantemente de cunho crônico-degenerativo. Sendo assim, em face da escassez de recursos e da ampliação e diversificação das carências, a oferta deixa de suprir a necessidade da população, em especial, as oriundas da população idosa que requer, na maioria das vezes, cuidados contínuos, de longa duração, multidisciplinares e de maior complexidade^{21,39,40,41}. Esses fatores, próprios da organização do sistema de saúde, em seus diferentes níveis, podem ser determinantes do pior acesso e da pior resolutividade para essa população.

Finalmente, a autoavaliação negativa da saúde, ao contrário dos achados de outros estudos, se mostrou um importante fator de risco para a inacessibilidade aos serviços de saúde nessa população. É sabido que o ato de procurar um serviço de saúde não depende somente de características relacionadas à oferta de serviços, mas, também, das características próprias de cada indivíduo¹⁵. Uma pessoa idosa, que não se sente capaz de obter assistência e de melhorar fisicamente, pode optar por não buscar auxílio ou,

até mesmo, não se sentir apto a fazê-lo, o que poderia, em parte, justificar a associação encontrada.

Outra possibilidade é que a pior autoavaliação da saúde esteja mais condicionada ao nível social que, por sua vez, é determinante do acesso à saúde. Mackenbach e colaboradores⁴², em um estudo conduzido em 11 países da Europa, encontraram que a auto-avaliação do estado de saúde foi mais desfavorável quanto pior a condição social dos indivíduos e Martikainen e colaboradores⁴³ afirmam que os determinantes socioeconômicos são, de modo geral, indicadores de bem estar físico, social e emocional. Eriksson⁴⁴ discute que a percepção negativa da saúde pode ser um indicador do processo saúde-doença ainda não diagnosticado, envolvendo não só o conhecimento do próprio indivíduo sobre si mesmo e sua vida, mas também a percepção de mudança de estado de saúde e de possibilidades de recuperação.

A inserção no mercado de trabalho mostrou-se como fator protetor em relação às dificuldades de acesso aos serviços entre homens e mulheres. Para essa população específica, o trabalho pode significar melhor nível socioeconômico e, até mesmo, a inserção em seguros de saúde corporativos. Considera-se que permanecer no mercado de trabalho em idade avançada pode incrementar a renda e, conseqüentemente ampliar o acesso a saúde^{28,30} visto que as fontes previdenciárias, em geral, são defasadas em relação ao custo de vida. A mesma justificativa pode ser considerada para o fato da moradia própria também estar associada ao melhor acesso aos serviços no grupo feminino. Isso pode ser relevante, numa perspectiva de geração, por se tratar de uma coorte na qual as mulheres se dedicaram, predominantemente, à

vida doméstica. Nesse caso, a moradia própria poderia estar relacionada a melhor nível econômico e maior segurança financeira.

Contrário ao que seria esperado, a escolaridade não mostrou relação com uso de serviços no modelo ajustado, uma possibilidade talvez seja a pouca variabilidade entre os estratos havendo maior concentração no estrato mais baixo. Todavia, o uso da variável escolaridade em estudos sobre idosos não é visto de forma consensual. Em alguns casos, essa variável é considerada um bom indicador de situação socioeconômica, pelo fato de ser mais estável do que renda, ocupação, entre outras, que, ao longo da vida, podem apresentar importantes variações¹⁸. Entretanto, outros autores interpretam seu uso como inadequado, por ser, geralmente, determinada em fases iniciais da vida, não sofrendo mudanças posteriores, o que a tornaria um fator secundário, se comparada a outros indicadores²⁸. Mendoza-Sassi & Béria¹⁵ apontaram resultados divergentes, em diversos estudos em relação à escolaridade, como determinante da utilização dos serviços de saúde. A associação inversa entre escolaridade e relato de doenças crônicas confirmada dados da PNAD 2003, que mostrou prevalência de doenças crônicas 62% maior no segmento de menor escolaridade da população adulta. Em outros países, também tem sido identificado maior prevalência dessas doenças entre indivíduos de menor escolaridade ou renda^{52,53}.

O estado conjugal também não mostrou associação significativa na análise multivariada, talvez pela pouca variabilidade, pois a maior parte das mulheres era viúva e uma grande parcela dos homens era casada. Entretanto, se as mulheres declaram que um dos principais obstáculos para usar os

serviços é a falta de companhia e os homens não, o estado conjugal pode ser um fator condicionante dessa relação. As hipóteses que permeiam as possíveis associações dessa variável com a utilização de serviços apontam que os homens que possuem uma companheira tendem a procurar mais os serviços médicos por serem mais incentivados ou até mesmo terem sua saúde monitorada¹⁰.

Em um estudo realizado por Barreto e Figueiredo⁵⁴ através do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (VIGITEL), com uma amostra de 39.821 participantes, com idades ≥ 30 anos e realizado em 27 capitais brasileiras, esta associação foi observada na análise univariada, mas não se manteve no modelo final. O estudo GAZEL⁵⁵, uma coorte constituída em 1992 por trabalhadores da French Company, uma empresa que envolve produção, transmissão e distribuição de energia e emprega cerca de 150.000 funcionários de todas as regiões da França, acompanhou 16.534 indivíduos com idades entre 38 e 53 anos, e encontrou mais doenças naqueles que vivem sozinhos do que naqueles que vivem com um parceiro e tal associação poderia ser devida a maior exposição a fatores de risco comportamentais entre indivíduos não casados⁵⁶.

Uma das limitações desse estudo consiste no fato de não ter sido efetuada uma descrição detalhada da forma e do tipo de serviços utilizados, o que poderia contribuir para uma análise mais aprofundada das diferenças entre os grupos. Outra limitação consiste na estratégia de seleção da população, em função da adesão à Campanha Nacional de Vacinação. A campanha que é

uma ação pontual, e voltada especificamente a essa parcela da população brasileira, o que pode tornar os aderentes um grupo diferenciado.

Por outro lado, a estratégia utilizada pode também ser considerada um ponto favorável, uma vez que incluiu pessoas que buscam uma ação de saúde que se pretende capaz de atingir a totalidade da população idosa do país e que já se encontra bem integrada na realidade nacional. Outro aspecto positivo foi a realização da avaliação em uma cidade de médio porte, com população idosa de perfil similar ao descrito para o conjunto do país, utilizando amostra populacional, que tem algum nível de acesso à informação e aos serviços de saúde locais. Tendo sido, de certa maneira, nivelada por uma mesma via, tanto para os homens como para as mulheres, poderia, talvez, propiciar uma melhor avaliação das diferenças de utilização de serviços entre sexos.

Nossos achados mostram que os perfis de consumo de serviços de saúde observados entre homens e mulheres, mais do que um reflexo do sexo são fruto da dinâmica de gênero, que por sua vez é influenciada pela combinação de características históricas, econômicas, sociais e epidemiológicas nas quais os seres se desenvolvem. Embora a maioria dependa dos serviços públicos de saúde, sua forma de perceber a saúde e conseqüentemente de se cuidar é distinta, e por isso implica em demandas quantitativas e qualitativas diferenciadas. Os resultados desse estudo apontam um perfil feminino que relata morbidade mais incidente, menor suporte social, e mais insatisfação com a própria saúde e com o atendimento recebido. Essa população, mais numerosa que a masculina, requer otimização dos recursos

humanos e materiais de saúde além da melhoria no suporte social disponível, e seu perfil sugere que fatores que habilitam (características de saúde e dos serviços) e reforçam (características do ambiente) o acesso a saúde sejam alvo de intervenção. Por outro lado, os homens mostram-se mais resistentes ao autocuidado, o que implica em maior risco de agudização das morbidades, bem como de morte precoce. As dificuldades de acesso identificadas são predominantemente relacionadas aos fatores que predis põe (características pessoais) ao acesso ao sistema de saúde.

Essas diferenças são um desafio a Saúde Pública, que precisa, a partir do prisma de gênero, adequar a oferta/demanda ao envelhecimento populacional, à heterogeneidade do envelhecimento, às especificidades femininas e masculinas inerentes ao processo, de modo a contemplar os diferentes perfis epidemiológicos, os fatores de risco e os determinantes associados à utilização dos serviços de saúde, bem como as iniquidades existentes no acesso. Desse modo é possível subsidiar políticas e ações de saúde diferenciadas e sensíveis as necessidades e vicissitudes dos dois grupos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Population ageing: a public health challenge. Geneva: World Health Organization Press Office; 1998. Fact Sheet.
2. World Health Organization. Background paper for the technical consultation on effective coverage of health systems. Geneva: World Health Organization Press Office; 2001.
3. Hazzard, W. R. Biological basis of the sex differential in longevity. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1986, 34 (6), 455-471.
4. Verbrugge, L. M. The Twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. *Journal of Health and Social Behaviour*, 30:282-304, 1989.
5. Hayflick, L. *Como e Por Que Envelhecemos*. Rio de Janeiro, Campus, 1997. 366p
6. Doyal, L. Gender equity in health: debates and dilemmas. *Social Science & Medicine* 51(6):931-939, 2000.
7. Costa, J. S. D; Facchini, L. A. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que freqüência. *Rev Saúde Pública* 31(4):360-9, 1997.
8. Mendoza-Sassi, R; Béria, J. U; Barros, A. J. D. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev Saúde Pública*, 37(3):372-8, 2003.
9. Parslow, R; Jorm, A; Christensen, H; Jacomb, P; Rodgers, B. Gender

differences in factors affecting use of health services: an analysis of a community study of middle-aged and older australians. *Soc Sci Med*, 59(10):2121-9, 2004.

10. Capilheira, M. F. & Santos, I. S. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saúde Pública*, 40(3):436-43, 2006.
11. Travassos, C. Martins, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde. *Cad. Saúde pública*, Rio de Janeiro, 20 Supl. 2. 190-198, 2004.
12. Janes, G. R; Blackman, D. K; Bolen, J. C; Kamimoto, L. A; Rhodes, L; Caplan, L.S; Nadel, M. R; Tomar, S. L; Lando, J.F; Greby, S. M; Singleton, J. A; Strikas, R. A; Wooten, K. G. Surveillance for use of preventive health-care services by older adults, 1995-1997. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48(SS-8):51-88, 1997.
13. Mandelblatt, J. S; Yabroff, K. R; Kerner, J. F. Equitable access to cancer services: A review of barriers to quality care. *Câncer*, 1;86(11):2378-90, Dec 1999.
14. Pinheiro, R. S. Travassos, C. M. Desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três áreas da cidade do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública* 15(3):487-496, 1999.
15. Mendoza-Sassi, R; Béria, J. U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública*, 17(4):819-32, 2001.
16. Lebrão, M. L; Duarte, Y. A. O. (org). O Projeto SABE no município de

São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.

17. Lima-Costa, M. F; Barreto, S; Giatti, L; Uchoa, E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 98). *Cad Saúde Pública*, 19(3):745-57, 2003.
18. Lima-Costa, M. F. A Saúde dos Adultos na Região Metropolitana de Belo Horizonte: um estudo epidemiológico de base populacional. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (NESPE-FIOCRUZ/UFMG), 2004. 132 p.
19. Novaes, H.M.D; Braga, P.E; Schout, D. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD, 2003. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(4):1023-1035, 2006.
20. Szwarcwald, C. L; Leal, M. C; Gouveia, G. C; Souza, W. V. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados de Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant; Recife S (Supl 1): S11-S22, dez;2005*.
21. Ramos, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, 19, nº.3, p.793-797, 2003.
22. Novaes, C. O. Mattos, I. E. Prevalência e fatores associados a não utilização de mamografia em mulheres idosas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(8):105-115, ago, 2009.
23. Green, C. A. Pope, C. R. Gender, psychosocial factors and the use of

medical services: a longitudinal analysis. *Social Science & Medicine* 48:1363-1372, 1999.

24. IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 – Revisão 2004. Rio de Janeiro, outubro de 2004.
25. Carvalho, J.A.M; Rodríguez-Wong, L. L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(3):597-605, mar, 2008.
26. IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio) Acesso e Utilização de Serviços de Saúde 1998. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.
27. IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2002. Censo Demográfico: Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.
28. Travassos, C; Viacava, F; Pinheiro, R; Brito, A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Pública*, 11(5-6):365-73, 2002.
29. Heilborn, M. L; Sorj, B. Estudos de Gênero no Brasil. In: *O que ler na Ciência Social Brasileira (1970-1995)*. Sociologia (Volume II). São Paulo: Sumaré/ANPOCS, 1999.
30. Loyola Filho, A. I; Matos, D. L; Giatti, L; Afradique, M. E; Peixoto, S. V; Lima-Costa, M. F. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 13(4) : 229 – 238, 2004.

31. Macintyre, S; Ford, G. Hund, K. Do women “overreport” morbidity? Men’s and women’s responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. *Social Science and Medicine*, 48:89-98, 1999.
32. Bahia L, Costa AJL, Fernandes C, Luiz RR, Cavalcanti MLT. Segmentação da demanda dos planos e seguros privados de saúde: uma análise das informações da PNAD/98. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4):671-686, 2002.
33. Lima-Costa, M. F. F; Barreto, S. M; Giatti, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3):735-743, 2003.
34. Louvison, M. C. P; Lebrão, M.L; Duarte, Y. A. O; Santos, J. L. F; Malik, A. M; Almeida, E. S. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*, 42(4):733-40, 2008.
35. Bartolome, C. A. M; Vosti, S. A. Choosing between public and private health-care: a case study of malaria treatment in Brazil. *J Health Econ*, 14:191-205, 1995.
36. Bós, A. M. G. Bós, A. J. G. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. *Rev Saúde Pública*, 38(1):113-20, 2004.
37. Lima-Costa, M. F; Matos, D. L; Camarano, A. A. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD

1998, 2003). *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4):941-950, 2006.

38. Lane, D. S. & Messina, C. R. Current perspectives on physician barriers to breast cancer screening. *J. Am. Board Fam. Pract.* 1999 Jan-Feb; 12(1):8-15.
39. IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio) Acesso e Utilização de Serviços de Saúde 1998. Rio de Janeiro: IBGE, 2000b
40. Assis, M. M. A; Villa, T. C. S; Nascimento, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Cienc Saúde Coletiva*, 8: 815-23, 2003.
41. Gouvêa, C. S. D, Travassos, C, Fernandes, C. Produção de serviços e qualidade da assistência hospitalar no Estado do Rio de Janeiro, Brasil - 1992 a 1995. *Rev Saúde Pública*, 31:601-17, 1997.
42. Bahia, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciênc Saúde Coletiva*, 6:329-39, 2001.
43. Farias, L. O. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. *Ciênc Saúde Coletiva*, 6:405-16, 2001.
44. Backes, D.S; Koerich, M. S; Rodrigues, A. C. R. L; Drago, L. C; Klock, P. Erdmann, A. L. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):903-910, 2009.
45. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic

diseases. Report of a Joint WHO/ FAO Expert Consultation. Geneva: WHO; 2003. WHO. Technical Report Series n. 916.

46. Chaimowicz, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública*, 31:184-200, 1997.
47. Pan American Health Organization (PAHO). *Health in the Americas 1998*. Washington (DC); 1998.
48. Garrido, R; Menezes, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev Bras Psiquiatr*, 24(Suppl1):45-52, 2002.
49. Mackenbach, J. P; Kunst, A. E; Cavelaars, A. E. J. M; Gronhof, F; Geurts, J. J. M. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. *Lancet*, 349: 1655-9, 1997.
50. Martikainen, P; Adda, J; Ferrie, J. E; Smith, G. D; Marmot, M. Effects of income and health on GHQ depression and poor self rated health in white collar women and men in the Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health*, 57: 718-23, 2003.
51. Eriksson, I; Uden, A. L; Elofson, S. Self-rated health. Comparisons between three different measures. Results from a population study. *Int J Epidemiol*, 30: 326-33, 2001.
52. Lethbridge-Cejku M, Schiller JS, Bernadel L. Summary health statistics for US adults: National Health Interview Survey, 2002. *Vital Health Stat* 10. 2004;(222):1-151.

53. Macintyre S, Der G, Norrie J. Are there socioeconomic differences in responses to a commonly used self report measure of chronic illness? *Int J Epidemiol.* 2005;34(6):1284-90.
54. Barreto, S. M. Figueiredo, R. C. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. *Rev Saúde Pública* 2009;43(Supl 2):38-47.
55. Metzger MH, Goldberg M, Chastang JF, Leclerc A, Zins M. Factors associated with self-reporting of chronic health problems in the French GAZEL cohort. *J Clin Epidemiol.* 2002;55(1):48-59.
56. Joung IM, van de Mheen H, Stronks K, van Poppel FW, Mackenbach JP. Differences in self-reported morbidity by marital status and by living arrangement. *Int J Epidemiol.* 1994;23(1):91-7.

Tabela 1 – Estudo EPOCA: Características da população de estudo, Juiz de Fora, MG, 2006

	Homens		Mulheres		p-valor
	N	(%)	N	(%)	
Idade					
60 a 69 anos	1531	52,6	2420	53,0	0,907
70 a 79 anos	1041	35,7	1627	35,6	
80 ou mais anos	340	11,7	520	11,4	
Estado conjugal					
Sem cônjuge	788	27,0	2870	62,8	0,000
Com cônjuge	2129	73,0	1702	37,2	
Escolaridade					
Elementar	2141	73,4	3752	82,1	0,000
Pós Elementar	776	26,6	820	17,9	
Moradia					
Própria	2298	78,8	3349	73,3	0,000
Outra	619	21,2	1223	26,7	
Fonte de renda					
Pensão/aposentadoria	2714	93,5	3916	85,9	0,000
Salários	188	6,5	641	14,1	
Trabalho atual					
Sim	717	24,7	511	11,2	0,000
Não	2185	75,3	4040	88,8	

	Homens		Mulheres		p-valor
	N	%	N	%	
Autoavaliação da saúde					
Negativa	1073	37,1	2080	45,8	0,000
Positiva	1820	62,9	2458	54,2	
Morbidade autoreferida					
Sim	2217	76,0	4083	89,3	0,000
Não	700	24,0	489	10,7	
Tipo de serviço de saúde que utiliza					
Público	1914	65,8	3046	66,7	0,209
Privado	996	34,2	1520	33,3	
Consulta no último ano					
Não	268	9,2	194	4,3	0,000
Sim	2636	90,8	4365	95,7	
Internação no último ano					
Sim	558	19,2	718	15,8	0,000
Não	2345	80,2	3836	84,2	
Uso de medicação regular					
Não	838	29,7	668	14,9	0,000
Sim	1987	70,3	3821	85,1	
Possui médico de referência					
Não	1177	40,3	1347	29,5	0,000
Sim	1740	59,7	3225	70,5	

Tabela 2 - Estudo EPOCA: Fatores associados ao acesso limitado aos serviços de saúde, Juiz de Fora, MG, 2006

	Homens	Mulheres
	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)
Estado conjugal		
Sem cônjuge	1,18 (0,93 – 1,50)	1,13 (0,99 – 1,29)
Com cônjuge	1,00	1,00
Escolaridade		
Elementar	2,15 (1,56 – 2,96)	1,76 (1,44 – 2,16)
Pós Elementar	1,00	1,00
Moradia		
Própria	0,80 (0,62 – 1,03)	0,77 (0,68 – 0,88)
Outra	1,00	1,00
Fonte de renda		
Pensão/aposentadoria	0,72 (0,49 – 1,05)	0,94 (0,79 – 1,12)
Salários	1,00	1,00
Trabalho atual		
Sim	0,55 (0,40 – 0,75)	0,57 (0,44 – 0,74)
Não	1,00	1,00
Autoavaliação da saúde		
Negativa	2,61 (2,08 – 3,28)	1,84 (1,62 – 2,09)
Positiva	1,00	1,00

	Homens RP (IC 95%)	Mulheres RP (IC 95%)
Tipo de serviço de saúde que utiliza		
Público	2,74 (2,01 – 3,74)	1,74 (1,49 – 2,02)
Privado	1,00	1,00
Consulta no último ano		
Não	0,59 (0,36 – 0,96)	0,71 (0,49 – 1,03)
Sim	1,00	1,00
Internação no último ano		
Sim	1,90 (1,50 – 2,04)	1,23 (1,06 – 1,44)
Não	1,00	1,00
Uso de medicação regular		
Não	0,76 (0,59 – 1,00)	0,86 (0,71 – 1,03)
Sim	1,00	1,00
Possui médico de referência		
Não	0,96 (0,77 – 1,20)	0,95 (0,83 – 1,08)
Sim	1,00	1,00
Morbidade autoreferida		
Sim	1,47 (1,10 – 1,97)	1,55 (1,21 – 1,98)
Não	1,00	1,00
Enfrenta algum problema no serviço de saúde		
Sim	2,35 (1,87 – 2,95)	1,93 (1,68 – 2,21)
Não	1,00	1,00

Tabela 3: Estudo EPOCA: Modelo de Regressão Múltipla de Poisson para uso de serviços de saúde no grupo masculino, Juiz de Fora, MG, 2006.

	RP (IC 95%)*
Tipo de serviço de saúde de referência	
Público	1,06 (1,03 – 1,09)
Autoavaliação da saúde	
Negativa	1,08 (1,06 – 1,11)
Problemas na utilização dos serviços de saúde	
Sim	1,07 (1,05 – 1,10)
Internação no último ano	
Sim	1,06 (1,03 – 1,10)
Trabalho atual	
Sim	0,97 (0,94 – 0,99)

*Ajustadas pelas demais variáveis do modelo.

Tabela 4: Estudo EPOCA: Modelo de Regressão Múltipla de Poisson para uso de serviços de saúde no grupo feminino, Juiz de Fora, MG, 2006.

	RP (IC 95%)*
Problemas na utilização dos serviços de saúde	
Sim	1,12 (1,09 – 1,16)
Autoavaliação da saúde	
Negativa	1,12 (1,08 – 1,15)
Tipo de serviço de saúde de referência	
Público	1,07 (1,03 – 1,10)
Tipo de moradia	
Própria	0,96 (0,93 – 0,99)
Trabalho atual	
Sim	0,92 (0,88 – 0,96)

Tabela 5 – Estudo EPOCA: Dificuldades de acesso e problemas vivenciados nos serviços de saúde, Juiz de Fora, MG, 2006

Dificuldades de acesso aos Serviços de Saúde	Homens		Mulheres		p-valor
	N	%	N	%	
Distância	148	52,3	461	56,1	0,000
Falta de transporte	48	17,0	99	12,0	
Falta de dinheiro	58	20,5	96	11,7	
Falta de companhia	29	10,2	166	20,2	
Problemas vivenciados no Serviço de Saúde	N	%	N	%	p-valor
Demora no atendimento	850	73,2	1353	68,6	0,008
Demora em conseguir exames	158	13,6	369	18,7	
Falta de profissionais	39	3,4	60	3,0	
Falta de equipamentos	9	0,8	14	0,7	
Falta de medicação	105	9,0	177	9,0	

**Prevalência e fatores associados à não utilização de mamografia
em mulheres idosas**

***Prevalence of non-utilization of mammography and associated factors in
elderly women***

Novaes, Cristiane O. ¹ Mattos, Inês E. ¹

¹ Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Pós Graduação
em Saúde Pública e Meio Ambiente

Publicado em: Novaes, C. O. Mattos, I. E. Prevalência e fatores associados a não utilização de mamografia em mulheres idosas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(8):105-115, ago, 2009.

RESUMO

O objetivo deste estudo transversal foi avaliar a prevalência de não utilização de mamografia em mulheres com 60 ou mais anos, de acordo com características sócio-demográficas, estado de saúde e o uso de serviços preventivos de saúde. Foram entrevistadas 4.621 mulheres, com idades entre 60 e 106 anos, a maioria viúva (51,8%), com pouco/nenhum estudo (53,8%), com morbidade auto-referida (89%) e uso de serviços privados de saúde (66,4%). A prevalência de mamografia auto-referida foi de 72,1%. Consulta com ginecologista (RP = 2,39; IC95%: 2,04-2,80), exame de Papanicolaou (RP = 3,24; IC95%: 2,89-3,63), escolaridade (RP = 1,07; IC95%: 1,02-1,12), serviço público de saúde (RP = 1,16; IC95%: 1,11-1,20), consultas médicas (RP = 1,23; IC95%: 1,11-1,37), idade (RP = 1,12; IC95%: 1,08-1,17), estado conjugal (RP = 1,05; IC95%: 1,01-1,09) e falta de acesso ao serviço de saúde (RP = 0,94; IC95%: 0,89-0,98) mostraram associação com a diminuição da não utilização de mamografia. Essas associações podem ser parcialmente explicadas pela falta de conhecimento dos riscos, pela inacessibilidade aos serviços de saúde e fatores culturais relacionados ao processo de envelhecimento.

Palavras-chave: Mamografia; Envelhecimento; Neoplasias da Mama; Programa de Rastreamento

ABSTRACT

This study analyzes the prevalence of non-utilization of mammography among older women, according to socio-demographic variables, health status, and use of preventive health services. This was a cross-sectional study including women 60 years or older. We interviewed 4,621 women 60 to 106 years of age; the majority were widows (51.8%) and had little or no schooling (53.8%). Most (89%) reported health problems, and 66.4% used private medical care. Prevalence of self-reported mammography was 72.1%. Gynecological visits (PR = 2.39; 95%CI: 2.04-2.80), Pap smear (PR = 3.24; 95%CI: 2.89-3.63), years of schooling (PR = 1.07; 95%CI: 1.02-1.12), health care insurance (PR = 1.16; 95%CI: 1.11-1.20), physician visits (PR = 1.23; 95%CI: 1.11-1.37), age (PR = 1.12; 95%CI: 1.08-1.17), marital status (PR = 1.05; 95%CI: 1.00-1.09), and barriers to health services (PR = 0.94; 95%CI: 0.89-0.98) were also associated with non-utilization of mammography. These associations may be partially explained by lack of knowledge, poor access to public health services, and cultural factors related to the aging process and reproductive incapacity.

Key words: Mammography; Aging; Breast Neoplasms; Mass Screening

INTRODUÇÃO

A análise da mortalidade entre os idosos brasileiros, no período de 1980-2000¹, mostra que as neoplasias se configuram como importante causa de morte nesse grupo populacional e que, entre as mulheres, os tumores de mama são a principal localização de câncer.

O diagnóstico da neoplasia de mama em estágios iniciais pode reduzir a mortalidade, aumentando a probabilidade de sobrevivência das mulheres acometidas² e, nesse sentido, a mamografia como método diagnóstico é a estratégia mais efetiva, mesmo para esse grupo etário^{3, 4}. O rastreamento através da mamografia é capaz de detectar a doença ainda em fase inicial, o que pode melhorar o prognóstico⁵. Estudos recentes indicam que o rastreamento regular do câncer de mama em mulheres com 50 ou mais anos de idade, pode reduzir a mortalidade em até 45%^{6,7}.

Entretanto, ainda não existe um consenso internacional que estabeleça critérios claros no caso de mulheres em idade avançada. Até o final da década de 90, alguns grupos recomendavam a cessação do rastreamento aos 70 anos⁸. Em anos mais recentes, diferentes autores passaram a recomendar a realização de rastreamento mamográfico para mulheres idosas^{9,10} e a *American Cancer Society*¹¹ reforçou a recomendação de que a idade cronológica não deve ser um critério isolado para a cessação desse, devendo ser também considerados fatores como expectativa de vida, a presença de doenças e a capacidade funcional, dado que a população idosa é bastante heterogênea.

No Brasil, o Consenso para o Controle de Câncer da Mama preconiza a realização do exame clínico das mamas para mulheres em todas as faixas etárias, como parte do atendimento integral à mulher e, em relação à mamografia, recomenda sua realização a cada dois anos, para mulheres com 50 a 69 anos¹².

Diversos estudos^{13, 14, 15, 16,17} que analisaram os fatores relacionados à utilização da mamografia apontam que a adesão ao rastreamento estaria associada à idade, a escolaridade, ao nível sócio-econômico, ao estado conjugal, à história familiar de câncer e também a recomendação médica.

Contudo, o conhecimento da prevalência de realização de mamografia na parcela idosa da população brasileira, bem como sobre os possíveis fatores individuais relacionados à utilização ou não desse exame em idades mais avançadas, são restritos a mulheres com idades até 69 anos, ou resultam de inquéritos gerais de saúde, que avaliaram prevalência, mas não exploraram características associadas à adesão^{3,18,19,20,21,22,23}.

O limite etário presente nos estudos sobre essa temática se contrapõe às recomendações mais recentes, que consideram insuficiente a variável idade como critério único para recomendações de população-alvo do rastreamento. Sendo assim, existe ainda uma lacuna seja na literatura nacional, seja na internacional, especialmente no que tange ao conhecimento da prevalência e dos fatores associados a não utilização de mamografia na população com idade acima dos 70 anos. Face ao exposto, o objetivo desse estudo foi estimar a prevalência de realização de mamografia em mulheres com 60 ou mais anos, residentes em Juiz de Fora (Minas Gerais), e que participaram da Campanha

de Vacinação contra a Gripe de 2006, buscando analisar os fatores associados à não utilização do exame em um grupo que, de alguma forma, é usuário do serviço público de saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo “EPOCA – Envelhecimento populacional e câncer” foi realizado no período oficial da Campanha Nacional de Vacinação Contra Gripe de 2006 e entrevistou 7531 indivíduos idosos de ambos os sexos, tendo como critérios de exclusão: idade inferior a 60 anos, incapacidade física e/ou cognitiva severa, residir em outro município, residir em área rural e vacinados em postos móveis no dia nacional de vacinação contra gripe. O questionário do estudo foi organizado em três blocos, tendo sido construído com base em instrumentos padronizados e validados para a população brasileira, utilizados em outros estudos nacionais^{20, 22,23}.

Durante a campanha de vacinação foram organizados 41 postos de vacinação na zona urbana de Juiz de Fora, distribuídos nas cinco regiões geográficas da cidade, pelo período de 11 dias, com funcionamento de 8 as 17 horas, exceto no domingo. A adesão do idoso era voluntária, gratuita e independente da área de moradia, sendo que a divulgação ocorreu nos principais meios de comunicação locais, regionais e nacionais, além de haver a estimulação por parte dos profissionais das unidades de saúde para que o indivíduo aceitasse a vacinação.

A opção pela captação da população de estudo durante a campanha foi adotada com o objetivo de alcançar o conjunto de mulheres, inclusive àquelas

que se dirigem às unidades de saúde da rede pública somente na Campanha de vacinação, por terem como referência, para uso geral, os serviços privados. As mulheres foram abordadas nos Postos de Vacinação, quando foram explicados os objetivos do estudo e, aquelas que aceitaram participar, assinaram um termo de consentimento informado e responderam um questionário estruturado, aplicado por entrevistadores treinados.

A logística do estudo incluiu o envio simultâneo de entrevistadores a todos os postos de vacinação, durante os 11 dias de campanha, e nos dois turnos de funcionamento de cada posto. Cabe ressaltar que os entrevistadores foram alocados em função da relação quantidade/demanda esperada, tendo como base dados de campanhas anteriores, tendo sido empreendidos esforços para atingir o maior número de idosos.

Em 2006, a cobertura atingiu 73% da população-alvo da campanha, sendo aplicadas 39.522 doses de vacina. Nesse conjunto incluem-se os acamados que são vacinados em domicílio, os indivíduos residentes na área rural, os pacientes considerados de risco que recebem vacina independente da idade e outros indivíduos que são computados como dose aplicada, embora não sejam idosos ou residam em outras cidades, além de pessoas vacinadas dentro de um período de duas semanas após a Campanha. Não existem dados que possibilitem identificar a proporção de vacinados por sexo ou faixas etárias.

Esta investigação consiste em um estudo transversal com 4621 mulheres residentes em Juiz de Fora, com idade igual ou superior a 60 anos,

que compareceram a campanha. A variável desfecho do estudo foi “não realização de mamografia nos últimos 2 anos” e as variáveis independentes consideradas foram:

Características sócio-demográficas: idade, situação conjugal (agrupado em ter ou não cônjuge, com as solteiras, viúvas e separadas integrando a categoria sem cônjuge), escolaridade e renda (estratificada em dois grupos sendo o parâmetro ter renda declarada acima ou até três salários mínimos, considerando o salário mínimo vigente em abril de 2006, cujo valor foi de R\$ 350,00).

Características relacionadas ao estado de saúde: uso regular de medicação, doenças auto-referidas, história familiar de câncer de útero, história familiar de câncer de mama e auto-avaliação da saúde, por meio da pergunta “Como é a sua saúde de modo geral: Excelente, boa, razoável ou ruim?”.

Características das práticas preventivas e de cuidados à saúde: serviço de saúde de referência, visitas ao médico, ocorrência de internação no último ano, realização de histerectomia e perfil de utilização dos exames preventivos nos últimos dois anos - Papanicolaou, mamografia e exame clínico das mamas feito pelo médico.

Foram realizadas análises univariadas com vistas à descrição das características sócio-demográficas, do estado de saúde e das práticas de preventivas e de cuidados à saúde. As análises bivariadas estimaram as prevalências, e posteriormente, as razões de prevalência da não utilização de mamografia, com o intervalo de confiança de 95%, explorando o tempo

transcorrido desde o último exame, bem como o motivo da sua realização. Além disso, foram estimadas as médias, medianas e variâncias quando pertinentes.

Para a análise multivariada, consideraram-se as variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise bivariada. A análise foi ajustada por meio da regressão de Poisson, com a inclusão de uma variável de cada vez no modelo, tendo permanecido apenas aquelas que apresentaram $p < 0,05$. Foram utilizados os programas SPSS 11.0 e Stata 7.0 (*Stata Corporation, College Station, Estados Unidos*). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 4621 mulheres, com idade entre 60 e 106 anos (média de idade 70,03; desvio padrão 7,14), sendo a maior proporção constituída pela faixa etária 60-69 anos. A maior parcela era formada por viúvas (51,8%), com até 4 anos de estudo (53,8%), e renda de até 3 salários mínimos (80,2%) e usuárias (66,4%) dos serviços públicos de saúde (Tabela 1).

As características relacionadas ao estado de saúde e às práticas preventivas e de cuidados à saúde mostram que a maioria das entrevistadas avaliou a própria saúde física como boa ou regular, 83,7% utilizavam regularmente pelo menos um medicamento e 89,0% declararam pelo menos uma doença auto-referida (média 2,39 dp=1,78). A minoria (15,8%) relatou internação nos 12 meses anteriores a entrevista e 20,8% haviam sido

submetidas à histerectomia. História familiar de câncer de mama ou útero foi relatada por 14,5% e 8,7% das mulheres, respectivamente (Tabela 1).

Em relação às práticas preventivas e ao autocuidado da saúde, a maior parte (95,6%) relatou ter feito pelo menos uma consulta médica no último ano e cerca de 70% possuía um médico especialista de referência. Quanto à consulta ginecológica, 91,1% referiam ter feito pelo menos uma em toda a vida. Foi observado alto percentual de realização de exame de Papanicolaou (86,0%), sendo que entre as mulheres que haviam feito esse exame pelo menos uma vez na vida, 96,6% informaram como motivo o rastreamento para câncer de colo uterino e 76,3% relataram que o tinham realizado nos últimos dois anos. Quanto ao exame clínico de mamas, 80,9% relataram terem sido examinadas pelo menos uma vez na vida, sendo o rastreamento para câncer de mama o principal motivo alegado (97,6%), e 79,7% referiram o exame nos últimos dois anos (Tabela 2).

A mamografia foi realizada pelo menos uma vez na vida por 72,1% das entrevistadas, sendo que, praticamente, todos os exames realizados (98,8%) tiveram a finalidade de rastreamento e foram efetuados nos últimos dois anos (92,6%). Das mulheres que realizaram o exame nos últimos dois anos, 53,7% o fizeram no sistema público. Em termos etários, a idade mínima no último exame foi de 57 anos e a máxima de 94, com média de 67,63 (dp=6,50) e mediana de 66 anos.

Na tabela 3, verifica-se que a prevalência de não realização de mamografia se mostrou associada a variáveis sócio-demográficas, do estado de saúde e de práticas preventivas. Entre as variáveis demográficas, ser mais

velha (RP= 1,25 IC 1,20-1,29), viver sem companheiro (RP= 1,18 IC 1,14-1,22), ter pouca escolaridade (RP= 1,24 IC 1,20-1,29) e renda abaixo de 3 salários mínimos (RP= 1,23 IC 1,19-1,27) foram fatores de risco para a não realização da mamografia. Em relação às variáveis do estado de saúde e das práticas preventivas os fatores de risco associados foram: ser dependente do Sistema Único de Saúde (SUS) (RP= 1,26 IC 1,21-1,30), ter uma auto-avaliação negativa da saúde (RP= 1,05 IC 1,01-1,09), não ter realizado consulta médica no último ano (RP=1,55 IC 1,34-1,79), não ter consultado um ginecologista (RP= 6,12 IC 4,75-7,90), não ter feito o exame de Papanicolaou (RP=5,09 IC 4,27-6,08), nem exame clínico das mamas (RP=21,01 IC 15,32-28,80). Como fatores protetores foram identificados: ter história familiar de câncer de mama (RP=0,90 IC 0,86-0,94), não ter dificuldade de acesso aos serviços de saúde (RP=0,87 IC 0,83-0,92) e presença de alguma doença (RP=0,94 IC 0,89-1,01), essa última sem significância estatística.

Após ajustamento pelas demais variáveis independentes, os fatores que permaneceram diretamente associados à não realização de mamografia foram: ausência de exame de Papanicolaou (RP=3,24 IC 2,90-3,64), ausência de consultas com o ginecologista (RP=2,40 IC 2,05-2,81), ausência de consultas médicas no último ano (RP=1,24 IC 1,12-1,37), dependência do sistema público de saúde (RP= 1,16 IC 1,12-1,20), idade avançada (RP=1,13 IC 1,09-1,17), baixa escolaridade (RP=1,07 IC 1,02-1,12) e não ter um companheiro (RP=1,06 IC 1,02-1,09). Não declarar dificuldades de acesso ao serviço de saúde (RP=0,94 IC 0,89-0,98) se mostrou inversamente associado à não utilização do exame (Tabela 4). A variável não realização de exame clínico das

mamas não foi testada no modelo por ter sido detectada alta correlação entre essa variável e o desfecho de interesse.

DISCUSSÃO

Estudos realizados nos Estados Unidos, que avaliaram a prevalência de utilização de mamografia em mulheres a partir de 50 anos, mostraram resultados variados. O *Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS)* e o *National Health Interview Survey (NHIS)* encontraram prevalência de utilização de mamografia entre 70 a 80% na população com idade igual ou superior a 65 anos^{24, 25}. Em uma amostra de 1.111 mulheres com idades entre 50 a 75 anos, foi encontrada a prevalência de mamografia de 75%²⁶ e com base nos dados do *Surveillance Epidemiology and End Results (SEER)*²⁷ em uma amostra de 146.669 mulheres com idade maior ou igual a 65 anos, foi encontrada prevalência de 47,9%. Dados do *Health and Retirement Study (HRS)*²⁸ com amostra de 5.942 mulheres, entre 50 a 61 anos, e do *Asset and Health Dynamics Among the Oldest Old (AHEAD)*, com amostra de 4.543 mulheres, com 70 ou mais anos, encontraram prevalências de 71% a 78% na faixa de 60 - 64 anos, 65 a 77% entre 70 - 74 anos, 59 a 65% entre 75 - 79 anos, 43 a 54% na faixa de 80 - 84 anos e 37 a 42% para mulheres com idade entre 85 - 89 anos, em síntese esse estudo mostrou que há uma diminuição da prevalência com o aumento da idade.

No Brasil, os estudos também apresentam prevalências divergentes, e se observa a diminuição da utilização à medida que a faixa etária aumenta. O “Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de

doenças não transmissíveis” analisou a utilização de mamografia em mulheres com idades entre 50 e 69 anos, em 15 capitais e no Distrito Federal²⁰. As capitais da região Norte apresentaram as menores prevalências de utilização de mamografia (42,3% para Manaus e 36,8% para Belém). Em Fortaleza, Natal, Aracaju, Distrito Federal e Rio de Janeiro as prevalências não atingiram 50% das mulheres avaliadas. As maiores prevalências de utilização de mamografia foram observadas em Vitória (76,5%), Porto Alegre (69,9%) e Belo Horizonte (67,4%). Dados da “Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)” mostram que em 2003, 54,0% das mulheres na faixa etária de 60 a 69 anos declararam nunca terem feito mamografia; para as que fizeram alguma vez na vida, 36,9% haviam feito no período de dois anos ou menos, e 9,1% no período de três anos ou mais³. Na PNAD, a prevalência de utilização de mamografia nos últimos dois anos decresce a partir dos 39 anos, sendo de 10,6% para o grupo de 60 a 69 anos, de 5,0% no grupo de 70-79 anos e de 1,2% para mulheres com 80 ou mais anos¹⁸. A “Pesquisa Mundial de Saúde” no Brasil, para o ano de 2003²¹ encontrou prevalência de utilização de mamografia de 48,6% em mulheres com idades entre 50 e 69 anos.

Em Belo Horizonte a prevalência de utilização de mamografia foi de 65% na faixa etária entre 60-69 anos, enquanto que na faixa de 50 - 59 anos esta foi de 78,6%²³. Estudo de base populacional em Pelotas, com uma amostra de 879 mulheres com idades entre 40 e 69 anos, encontrou que 83,7% das entrevistadas fizeram mamografia em um intervalo de no máximo dois anos²⁹. Em sete cidades América Latina e Caribe¹⁹ as prevalências variaram de 8,2% (Havana) a 30,2% (São Paulo) para mulheres com 65 anos ou mais. Um

estudo transversal de base populacional com 1026 mulheres, com idades entre 20 e 60 anos residentes em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, avaliou a desigualdade na realização do exame clínico de mama e mostrou que 54,2% foram submetidas ao exame clínico de mamas, e que para o conjunto de mulheres somente a variável classe econômica estava associada com a não-realização de exame médico de mama. Por sua vez, o modelo restrito, considerando apenas as que declararam ter feito o exame, superadas as diferenças de acesso, as mulheres brancas tiveram maior probabilidade de serem examinadas³⁰.

A prevalência do uso de mamografia (72,1%) observada no grupo avaliado mostrou-se elevada, similar a maior parte dos estudos americanos, e próxima das prevalências descritas para Vitória, Porto Alegre, Belo Horizonte e Pelotas. Dados derivados da Pesquisa Mundial de Saúde²¹, mostraram que a prevalência de mamografia aumenta em função do tamanho do município, superando 60% em municípios de médio porte (400 mil habitantes ou mais). Essa é uma possível explicação para os valores observados em Juiz de Fora, somada ao fato de que esta cidade foi pioneira em uma série de ações destinadas à população idosa, seja na área social educacional ou de saúde, tendo, inclusive, tradição em realização de campanhas de esclarecimento e contando como uma rede de atenção distribuída pelas diferentes áreas da cidade. Entretanto, é importante destacar as dificuldades para comparação das prevalências de mamografia, já que os estudos nacionais, em geral, tendem a estabelecer um limite superior de idade, de 69 anos, enquanto no nosso estudo foi incluída uma faixa etária mais abrangente. Além disso, embora sejam

estudos relativamente recentes, os distintos períodos para a coleta dos dados poderiam também implicar em diferenças nos resultados obtidos.

Embora a prevalência de mamografia seja elevada nessa população, existe ainda um grande número de mulheres que não fazem o exame. A mamografia foi a prática preventiva que apresentou menor proporção de utilização nesse grupo, comparando com consulta ao ginecologista, realização de Papanicolaou e exame clínico das mamas. Além disso, é possível que, de uma maneira geral, essa parcela da população esteja também excluída de outros procedimentos como a consulta médica regular, uso de medicação e outras práticas preventivas e de auto-cuidado.

A característica mais fortemente associada a não utilização de mamografia foi a não realização de exame de Papanicolaou, seguida da não realização de consultas com ginecologista. Isso sugere ausência de autocuidado com o aparelho reprodutor, que pode ser devido à perda dessa função derivada do envelhecimento. A ausência de consultas médicas e o uso de serviços públicos de saúde podem indicar dificuldade de acesso aos serviços e/ou falta de autocuidado com a saúde de modo geral. Essa hipótese é reforçada se considerarmos que não relatar dificuldades de acesso foi fator de proteção da não realização do exame.

A idade avançada (igual ou superior a 70 anos), a baixa escolaridade e a ausência de relação conjugal mostraram-se fatores de risco para a não utilização de mamografia. As associações observadas podem ser parcialmente explicadas por fatores culturais e crenças socialmente relacionadas ao envelhecimento, como as que relacionam o auto-cuidado do aparelho

reprodutivo à existência de uma relação conjugal, à capacidade reprodutiva ou à manutenção de vida sexual ativa³¹. Outro possível fator contribuinte para a não utilização da mamografia poderia ser a existência de patologias comuns no envelhecimento que se tornam prioritárias para a atenção, tanto sob a ótica do indivíduo idoso quanto perante o serviço de saúde³², em detrimento a outros aspectos da saúde, como os exames para detecção precoce do câncer. Por fim, a falta de conhecimento sobre os riscos e possibilidades de enfrentamento do câncer de mama pode ser um obstáculo a busca do exame.

Nossos achados foram similares aos observados em outros estudos nacionais e internacionais. Em uma amostra de 1000 mulheres idosas residentes em dois centros urbanos americanos foi observada a associação positiva entre realização de rastreamento para câncer de mama e escolaridade, percepção de necessidade e cobertura para os exames ($X^2= 29,65$; $p<0.001$)³³. Outro estudo em amostra americana de mulheres idosas³⁴ mostrou associação positiva entre utilização de mamografia e nível sócio-econômico, co-habitação e associação negativa com idade. Já o estudo conduzido com uma amostra de 10485 mulheres, mostrou associação positiva entre utilização e nível sócio-econômico, escolaridade, co-habitação e número de consultas médicas, e associação negativa entre utilização e idade²⁸.

Dados relacionados derivados do inquérito sobre saúde e bem estar de pessoas idosas residentes em 7 centros urbanos da América Latina e Caribe¹⁹ evidenciaram associação positiva com escolaridade e viver maritalmente. Um estudo realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, evidenciou que quanto mais baixo o nível sócio-econômico da população, menor a

proporção de mulheres idosas submetidas ao exame clínico de mamas³⁵. Embora trabalhando com faixa etária distinta, abrangendo mulheres de 25 anos ou mais, a PNAD¹⁸ mostrou que escolaridade, renda, auto-avaliação positiva da saúde, plano de saúde, consulta médica recente e regular foram fatores positivamente associados à utilização de mamografia.

Uma limitação de nosso estudo é o fato de que o uso de mamografia foi obtido por meio de auto-relato, o que poderia superestimar o uso real, conforme apontado em outros estudos^{36, 37}. Todavia nossos achados se mostraram consistentes com os de outros estudos nacionais e internacionais. Outra limitação consiste no fato que nesse momento não foram examinados os efeitos culturais, bem como os conhecimentos, crenças e atitudes sobre o rastreio de câncer de mama de forma mais aprofundada, o que poderia lançar nova luz nos estudos nessa temática.

O fato de termos trabalhado com a população que aderiu à Campanha Nacional de Vacinação Contra a Gripe poderia ser uma limitação, para a generalização dos resultados para a população feminina de Juiz de Fora. Entretanto, o objetivo do nosso estudo foi investigar uma população de usuárias do serviço de saúde, com acesso a informações de saúde (no caso a campanha) e que se reconhecem como idosas. De qualquer forma, a cobertura vacinal na Campanha contra influenza no ano de estudo atingiu 73% da população idosa do município³⁸, e as características gerais de saúde e o perfil sócio demográfico das mulheres que constituíram a nossa população de estudo apresentaram-se similares a de outras investigações realizadas com populações idosas brasileiras^{1, 22, 39, 40, 41, 42}.

A política de saúde que estabelece um limite superior etário para uma prática de detecção precoce de câncer como a mamografia, carrega em si uma evidência clara de uma discriminação etária⁴³. Nesse sentido, estudos que abordem fatores associados a não realização de mamografia, e que incluam a observação de mulheres com idade superior aos 69 anos, são úteis no sentido de ampliar a indicação clínica e a adesão da mulher que atenda aos critérios de capacidade funcional e expectativa de vida saudável, propiciando a organização dos serviços e a formulação de políticas públicas que motivem, incluam e atendam uma parcela que permanece excluída dos serviços de saúde.

Em síntese, a não realização de mamografia se mostrou associada ao pior nível sócio-econômico e a não utilização (ou utilização em menor proporção) do serviço de saúde de modo geral. Isso é particularmente relevante se considerarmos que a maior parte dos idosos brasileiros se enquadra nas classes socialmente menos privilegiadas e com pior acesso a saúde^{38, 45}. Esse fato poderia estar refletindo a iniquidade no acesso devido ao menor poder aquisitivo, ou a crença de que não há o que ser feito em termos de prevenção ou reabilitação em saúde de modo geral por serem idosos e estarem vivenciando um processo de declínio.

Juiz de Fora é uma cidade de médio porte que apresenta características sócio-econômicas e de desenvolvimento similares às daquelas de diversos municípios de médio porte na região sudeste, e como tal, poderia refletir a realidade da população idosa brasileira em cidades com características semelhantes.

O perfil identificado sugere a necessidade de políticas mais efetivas de prevenção do câncer de mama nessa população, considerando suas especificidades, atuando sobre os fatores que predispõe ou limitam o uso, e viabilizando maior acesso aos serviços preventivos, de modo geral, e aos de controle do câncer de mama, em particular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lima-Costa, M. F; Peixoto, S. V; Giatti, L. Tendências de mortalidade entre idosos brasileiros (1980-2000). *Epidemiologia e serviços de saúde* 2004; 13 (4): 217-228.
2. McCoy, C. B; Pereyra, M; Metsch, L. R; Collado-Mesa, F; Messiah, S. E; Sears, S. A community-based breast cancer screening program for medically underserved women: its effect on disease stage at diagnosis and on hazard of death. *Pan Am J Public Health*, 15(3), 2004.
3. Lima-Costa, M. F. & Matos, D. L. Prevalência e fatores associados à realização da mamografia na faixa etária de 50-69 anos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios (2003). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(7): 1665-1673, jul, 2007.
4. McPherson, C. P. M. P. H; Swenson, K.K. R. N; Lee, M. W. M. D. The Effects of Mammographic Detection and Comorbidity on the Survival of Older Women with Breast Cancer. *Journal of the American Geriatrics Society*. 50(6):1061-1068, June 2002.
5. Shapiro, S. Periodic screening for breast cancer: the HIP Randomized Controlled Trial. *Health Insurance Plan. J. Natl. Cancer Inst. Mongr.* 1997; 22:27-30.
6. Parvinen I, Helenius H, Pylkkanen L, Anttila A, Immonen-Raiha P, Kauhava L, Rasanen O, Klemi PJ. Service screening mammography reduces breast cancer mortality among elderly women in Turku. *J Med Screen*. 2006;13(1):34-40.
7. Fracheboud, J; Groenewoud, J. H; Boer, R; Draisma, G; de Bruijn, A. E;

Verbeek, A. L; de Koning, H. J. Seventy-five years is an appropriate upper age limit for population-based mammography screening. *Int. J. Cancer*, 2006 Apr 15;118(8):2020-5.

8. Miller, A. B. An Epidemiological Perspective on Cancer Screening. *Clinical Biochemistry*. Volume 28, Issue 1 , February 1995, Pages 41-48
9. Amodeo C, Caglia P, Gandolfo L, Veroux M, Brancato G, Imme A. Breast cancer screening in the elderly. *Tumori*. 2003 Jul-Aug;89(4 Suppl):173-4.
10. Zappa M, Visioli CB, Ciatto S. Mammography screening in elderly women: efficacy and cost-effectiveness. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2003 Jun;46(3):235-9.
11. US Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: recommendattions and rationale. *Ann Intern. Med*. 2002; 137:344-346.
12. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Controle do câncer de mama - Documento de Consenso. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2004(a).
13. Lairson, D. R; Wenyaw, C; Newmark, G. R. Determinants of the demand for breast cancer screening among women veterans in the United States. *Social Science and Medicine*. Vol 61, Issue 7, October 2005.
14. Mandelblatt JS, Yabroff KR, Kerner JF. Equitable access to cancer services: A review of barriers to quality care. *Cancer*. 1999 Dec 1;86(11):2378-90
15. Lane, D. S. Messina, C. R. Current perspectives on physician barriers to breast cancer screening. *J. Am. Board Fam. Pract*. 1999 Jan-Feb; 12(1):8-

- 15.
16. May, D. S; Kiefe, C. I; Funkhouser, E. Fouad, M. N. Compliance with Mammography Guidelines: Physician Recommendation and Patient Adherence. Preventive Medicine. Volume 28, Issue 4, April 1999, Pages 386-394.
17. Fox, S. A; Siu, A. L; Stein, J. A. The importance of physician communication on breast cancer screening of older women. Arch Intern Med. 1994 Sep 26; 154(18):2058-68.
18. Novaes, H.M.D; Braga, P.E; Schout, D. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD, 2003. Ciência e Saúde Coletiva, 11(4):1023-1035, 2006.
19. Reyes-Ortiz, C. A; Freeman, J. L; Pelaez, M; Markides, K. S; Goodwin, J. S. Mammography use among older women of seven Latin American and Caribbean cities. Preventive Medicine, 2006; 42, 375-380.
20. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004 (b).
21. Szwarzwald, C. L; Leal, M. C; Gouveia, G. C; Souza, W. V. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados de Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant; Recife S (Supl 1): S11-S22, dez;2005.

22. Lebrão, M. L. Duarte, Y. A. O. (org.). SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. 255p.
23. Lima-Costa MF. A Saúde dos Adultos na Região Metropolitana de Belo Horizonte: um estudo epidemiológico de base populacional. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (NESPE-FIOCRUZ/UFMG), 2004. 132 p.
24. Breen, N.; Wagener, D. K; Brown, M. L; Davis, W. W; Ballard-Barbash, R. Progress in cancer screening over a decade: results of cancer screening from the 1987, 1992 and 1998 National Health Interview Surveys. J Nat Cancer Institute, Vol. 93 (22), November, 21, 2001.
25. Blackman, D.K; Benet, E.M; Miller, D.S. Trends in self reported use mammograms (1989-1997) and Papanicolaou tests (1991-1997) – Behavioral Risk Factor Surveillance System. MMWR Surveill Summ. 1999; 48:1-22.
26. Kagay, C. R; Quale, C; Smith-Bindman, R. Screening mammography in the american elderly. Am. J. Prev. Med, 2006; 31(2).
27. Ostbye, T., Greenberg, G.N., Taylor Jr., D.H., Lee, A.M. Screening mammography and Pap tests among older American women 1996–2000: results from the Health and Retirement Study (HRS) and Asset and Health Dynamics Among the Oldest Old (AHEAD). Ann. Fam. Med. 1, 2003, 209–217.
28. Sclowitz, M.L; Menezes, A. M. B; Gigante, D.P; Tessaro, S. Conduas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. Rev.

Saúde Pública, 2005, 39 (3), 340-9.

29. Dias-da-Costa, J. S. ; Olinto, M. T. A. ; Diego Bassani ; Carmem Regina Estivaleta Marchionatti ; Bairros, F S ; Maria Luísa Pereira de Oliveira ; Hartmann, M. ; Roseclér Machado Gabardo ; Vívian Bennemann ; MP, Pattussi . Desigualdades na realização do exame clínico de mama em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil.. Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ), v. 23, p. 1603-1612, 2007
 30. <http://www.aarp.org/research/reference/publicopinions/Articles/aresearch-import-726.html>. acessado em:20/10/2007.
 31. Bluestein, D. Preventive services: Screening. Health maintenance examinations include screening for diabetes, heart disease, cancer, osteoporosis, hearing and vision loss. Geriatrics February 2005 Volume 60, Number 2.
 32. Tang, T. S; Solomon, L. J; McCracken, L. M. Cultural Barriers to Mammography, Clinical Breast Exam, and Breast Self-Exam among Chinese-American Women 60 and Older. Preventive Medicine, Vol 31 Issue 5, November 2000, Pages 575-583.
- Edwards, N. Jones, D. Uptake of breast cancer screening in older women. Age and Ageing, Vol 29, 131-135, 2000.
33. Dias-da-Costa, J. S. D. et al. Cobertura do exame físico de mama: estudo de base populacional em pelotas, RS. Rev. Bras. de Epidemiologia, 2003; 6 (1): 39-48.
 34. Norman, S.A et al. Validation of self reported screening mammography histories among women with and without breast cancer. Am. J. Of

Epidemiology, 158 (3), 158:264-271, 2003.

35. Champion, V.L; Menon, U; McQuillen, D. et al. Validity of selfreported mammography in low income African American women. *Am. J. Prev Med* 1998; 14: 111-17.
36. Ministério da Saúde. Portal do Instituto Nacional do Câncer. URL: <http://www.inca.gov.br>. Acessado em: 15/10/2006.
37. IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2002. Censo Demográfico: Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.
38. Lima-Costa MFF, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS* 2000;9(1):23-41.
39. Ramos, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, jun. 2003, vol.19, no.3, p.793-797.
40. Loyola-Filho, A.I; Uchoa,E; Firmo, J.O.A; Lima-Costa, M.F. Estudo de Base Populacional Sobre o Consumo de Medicamentos entre Idosos: Projeto Bambuí. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 545-553, 2005.
41. Robinson, J. Age equality in health and social care. IPPR on 28 January 2002, unpublished.
42. Lima-Costa, M. F; Barreto, S. M. Giatti, L. Et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional

por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública*, jun. 2003, vol.19, no.3, p.745-757.

Tabela 1 - Estudo EPOCA: Características sócio-demográficas e de estado de saúde da população de estudo, Juiz de Fora, MG, 2006

	N	(%)
Sócio-demográficas		
Idade		
60 a 69 anos	2432	52,6
70 a 79 anos	1661	35,9
80 a 89 anos	499	10,8
90 ou mais anos	29	0,6
Estado conjugal		
Solteira	510	11,1
Casada	1713	37,1
Viúva	2392	51,8
Escolaridade		
Menos de 4 anos	2487	53,8
4 anos completos	1317	28,5
Entre 5 e 11 anos	574	12,4
Superior	243	5,3
Renda		
Até 3 salários mínimos	3708	80,2
Entre 3 e 8 salários mínimos	636	13,8
Acima de 8 salários mínimos	277	6,0
Tipo de serviço de saúde que utiliza		
Público	3069	66,4
Privado	1552	33,6

Tabela 1 - Estudo EPOCA: Características sócio-demográficas e de estado de saúde da população de estudo, Juiz de Fora, MG, 2006 (continuação)

	N	(%)
Estado de saúde		
Autoavaliação da saúde		
Ruim	299	6,5
Regular	1829	39,6
Boa	2007	43,4
Excelente	486	10,5
Uso de medicação		
Sim	3869	83,7
Não	752	16,3
Relato de morbidade auto-referida		
Sim	4113	89,0
Não	508	11,0
Relato de internação no último ano		
Sim	729	15,8
Não	3892	84,2
Fez histerectomia		
Sim	961	20,8
Não	3660	79,2
História familiar de câncer de mama		
Sim	668	14,5
Não	3953	85,5

História familiar de câncer de útero

Sim	401	8,7
Não	4220	91,3

Tabela 2: Estudo EPOCA: Características relacionadas às práticas preventivas e de cuidado à saúde, Juiz de Fora, MG, 2006

	N	%
Relato de consulta médica no último ano		
Sim	4418	95,6
Não	203	4,4
Possui algum médico especialista de referência		
Sim	3269	70,7
Não	1352	29,3
Relato de consulta com ginecologista		
Sim	4212	91,1
Não	409	8,9
Realização de exame de Papanicolaou		
Sim	3975	86,0
Não	646	14,0
Motivo do exame de Papanicolaou		
Diagnóstico	85	2,1
Rastreamento	3842	96,6
Tempo do último exame de Papanicolaou		
Até 2 anos	3035	76,3
> de 2 anos	564	14,2
Realização de exame clínico das mamas		
Sim	3739	80,9
Não	882	19,1
Motivo do exame clínico das mamas		
Diagnóstico	51	1,4
Rastreamento	3644	97,6
Tempo do último exame clínico das mamas		
Até 2 anos	2981	79,7
➤ de 2 anos	420	11,2
➤		

Realização de mamografia	N	%
Sim	3332	72,1
Não	567	27,9
Motivo da mamografia		
Diagnóstico	41	1,2
Rastreamento	3256	97,7
Tempo da última mamografia		
Até 2 anos	4277	92,6
> de 2 anos	344	7,4

Tabela 3 - Estudo EPOCA: Fatores associados a não utilização de mamografia,
Juiz de Fora, MG, 2006

	N	Prevalência de não utilização de mamografia	RP (IC 95%)
Idade			
60 a 69 anos	2432	0,20	1,00
70 ou mais anos	2189	0,36	1,25(1,20-1,29)
Estado conjugal			
Com companheiro	1719	0,20	1,00
Sem companheiro	2902	0,32	1,18(1,14-1,22)
Escolaridade			
Acima de 4 anos	817	0,14	1,00
Até 4 anos completos	3804	0,31	1,24(1,20-1,29)
Renda individual mensal			
Acima de 3 salários mínimos	1422	0,20	1,00
Até 3 salários mínimos	3199	0,31	1,23(1,19-1,27)
Tipo de serviço de saúde que utiliza			
Privado	1552	0,17	1,00
Público	3069	0,34	1,26(1,21-1,30)
Autoavaliação da saúde			
Positiva	2493	0,26	1,00
Negativa	2128	0,30	1,05(1,01-1,09)
Relato de morbidade auto-referida			
Não	4113	0,27	1,00
Sim	508	0,31	0,94(0,89-1,01)
História familiar de câncer de mama			
Sim	668	0,21	1,00
Não	3953	0,29	0,90(0,86-0,94)

Tabela 3 - Estudo EPOCA: Fatores associados a não utilização de mamografia, Juiz de Fora, MG, 2006 (continuação)

	N	Prevalência de não utilização de mamografia	RP (IC 95%)
Relato de consultas médicas no último ano			
Sim	4418	0,27	1,00
Não	203	0,53	1,55(1,34-1,79)
Relato de consulta com ginecologista			
Sim	4212	0,22	1,00
Não	409	0,87	6,12(4,75-7,90)
Realização de exame de Papanicolaou			
Sim	3975	0,19	1,00
Não	646	0,87	5,09(4,27-6,08)
Realização de exame clínico das mamas			
Sim	3739	0,12	1,00
Não	882	0,96	21,01(15,32-28,80)
Relato de dificuldades de acesso ao sistema de saúde			
Não	3788	0,26	1,00
Sim	833	0,35	0,87(0,83-0,92)

Tabela 4: Estudo EPOCA: Modelo de Regressão Múltipla de Poisson para a não utilização e mamografia

	RP (IC 95%)*	p-valor
Relato de consultas com ginecologista		
Não	2,39 (2,04 – 2,80)	0,000
Realização de exame de Papanicolaou		
Não	3,24 (2,89 – 3,63)	0,000
Relato de consultas médicas no último ano		
Não	1,23 (1,11 – 1,37)	0,000
Tipo de serviço de saúde que utiliza		
Público	1,16 (1,11 – 1,20)	0,000
Idade		
70 ou mais anos	1,12 (1,08 – 1,17)	0,000
Escolaridade		
Até 4 anos completos	1,07 (1,02 – 1,12)	0,003
Estado conjugal		
Sem companheiro	1,05 (1,01 – 1,09)	0,004
Relato de dificuldades no acesso ao sistema de saúde		
Não	0,94 (0,89 – 0,98)	0,007

*Ajustadas pelas demais variáveis do modelo.

Estudo EPOCA - Fatores associados aos motivos declarados para a não utilização de mamografia por mulheres idosas: uma abordagem multinível

Novaes, Cristiane. O. ¹ Mattos, Inês. E. ¹ Alves, Luciana. C. ¹

¹ Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Pós Graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente

RESUMO

Esse estudo teve como objetivos verificar os motivos alegados para não realização de mamografia ao longo da vida e identificar os fatores predisponentes, habilitadores e reforçadores associados, além de examinar o papel das características contextuais nessa relação, em uma amostra de 1092 mulheres com 60 ou mais anos. Foi realizado um inquérito no período oficial da Campanha Nacional de Vacinação Contra Gripe de 2006 que entrevistou 7531 indivíduos idosos de ambos os sexos, para esta análise foram consideradas as 1092 mulheres que declararam nunca terem feito mamografia ao longo da vida. A principal razão alegada para nunca ter feito mamografia foi “não achar necessário” (51,9%). Foram considerados três desfechos para a análise: 1) Ausência de recomendação médica; 2) Crença de não necessidade de realização da mamografia e 3) Afetos negativos, que reúne os sentimentos de desconforto emocional e físico relacionados ao exame. O modelo logístico para “Não acha necessário fazer mamografia” incluiu apenas as variáveis de nível individual, apesar de indicar existência de efeito aleatório, e os fatores que aumentaram a razão de chances (RC) desse desfecho foram idade > 80 anos (RC=1,474;p=0,056), não realização de Papanicolaou (RC=2,326; p=0,000) e de exame clínico das mamas (RC=1,064, p=0,000), enquanto não ter escolaridade formal (RC=0,399, p=0,004) ou ter estudado apenas 1 a 4 anos (RC=0,425, p=0,002) e uso de medicação (RC=0,664, p=0,044) reduziram a chance do mesmo. Não ter escolaridade formal (RC=2,479;p=0,010) ou ter somente 1 a 4 anos de estudo (RC=2,521;p=0,002), ter dificuldades nos serviços de saúde (RC=1,416;p=0,040) e boa saúde atuo-referida

(RC=1,844;p=0,038), foram fatores que aumentaram a chance de declarar falta de recomendação médica como motivo de não realização do exame. Os fatores: ausência de consulta com ginecologista (RC=0,548;p=0,006), não realização de Papanicolaou (RC=0,363;p=0,000) ou exame clínico das mamas (RC=0,436;p=0,000) e residir em bairro com mais de 8% de população idosa (RC=0,624;p=0,034), reduziram as chances desse desfecho. O desfecho “Afetos Negativos” indicou a inexistência de efeito contextual, e o modelo com as variáveis individuais mostrou que idade > 80 anos (RC=0,410; p=0,021) reduziu a chance desse desfecho, enquanto ter consultado com ginecologista aumentou a chance do mesmo. Foi encontrada uma alta proporção de mulheres que não consideram necessária a realização de mamografia e a segunda razão alegada foi falta de recomendação médica. Esses achados sugerem que há necessidade de rever as medidas adotadas em relação à população idosa, buscando estratégias diferenciadas para ampliar a adesão ao exame. Para uma análise mais abrangente da contribuição dos fatores contextuais é importante a disponibilidade de dados mais sensíveis e de boa qualidade, assim como a incorporação de outras estratégias de avaliação como o método qualitativo.

Palavras-chave: Mamografia; Envelhecimento; Neoplasias da Mama; Não-adesão a mamografia.

ABSTRACT

The objectives of this study were to analyze the reasons given for never having done a mammography, to identify predisposing, enablers and reinforcing factors involved and to examine the role of contextual characteristics in this relationship in a sample of 1092 women with 60 or more years. A survey was conducted during the National Influenza Vaccination, 2006 which interviewed 7531 subjects of both sexes, for this analysis we considered the 1092 women who reported ever having mammograms done throughout life. The main reason for never having done mammography was "not find it necessary" (51.9%). We considered three outcomes for analysis: 1) lack of medical advice, 2) Belief does not need mammograms and 3) negative affect, which brings feelings of emotional distress and related physical examination. The model for "Do not need to have mammograms" included only individual level variables, although it indicated the existence of random effects, and the factors that increased the odds of that outcome were age > 80 years (OR = 1.474, $p = 0.056$), not having had a Pap smear (OR = 2.326, $p = 0.000$) or CBE (OR = 1.064, $p = 0.000$), while not having a formal education (OR = 0.399, $p = 0.004$) or having studied only 1 to 4 years (RC = 0.425, $p = 0.002$) and medication use (OR = 0.664, $p = 0.044$) reduced the chance. Having no formal education (OR = 2.479, $p = 0.010$) or having only 1 to 4 years of schooling (OR = 2.521, $p = 0.002$), having difficulties with health services (OR = 1.416, $p = 0.040$) and good self-reported health (OR = 1.844, $p = 0.038$) were factors that increased the chance of declaring "lack of medical advice" as a reason for not undergoing the test. The

factors: lack of consultation with a gynecologist (OR = 0.548, $p = 0.006$), not having had a Pap smear (OR = 0.363, $p = 0.000$) or CBE (OR = 0.436, $p = 0.000$) and living in a neighborhood with more than 8 % of elder population (OR = 0.624, $p = 0.034$), reduced the chance of that outcome. The outcome "negative affect" indicated the absence of contextual effect, and the model with individual variables showed that age >80 years (OR = 0.410, $p = 0.021$) reduced the chance of this outcome, and having consulted with a gynecologist increased the chance. There were a high proportion of women who do not considered necessary to undergo a mammography and the second reason for not having the exam was lack of medical advice. These findings suggest that there is a need to review the measures taken in relation to the elder population and to seek different strategies to increase adherence to this exam. For a more comprehensive analysis of the contribution of contextual factors the availability of more sensitive a good quality data are important, besides the incorporation of other assessment strategies such as the qualitative method.

Key words: Mammography; Aging; Breast Neoplasms; Non adherence to mammography.

INTRODUÇÃO

As taxas de mortalidade por câncer de mama em mulheres idosas aumentaram progressivamente no Brasil, no período entre 1980-2000 (Lima-Costa et al, 2004). Um estudo realizado por Basílio e Mattos (2008) mostrou tendência de incremento linear das taxas de mortalidade por essa localização de câncer nos três grupos etários de idosas (60 – 69; 70 – 79 e 80 ou mais), nas regiões Sul e Sudeste, entre 1980 e 2005.

As iniciativas para controle e detecção precoce das neoplasias de mama são relativamente recentes no Brasil, tendo sido sistematizadas a partir do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, estruturado para o câncer de mama a partir de 2000 (Ministério da Saúde, 2007). Um dos esforços para o controle e detecção dessa neoplasia em âmbito nacional foi a elaboração, em 2004, de um documento de consenso no sentido de normatizar e uniformizar as condutas destinadas a esse fim. O *Consenso para o Controle e Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil* preconiza a realização do exame clínico das mamas anualmente a partir dos 40 anos e o rastreamento mamográfico bienal dos 50 aos 69 anos para mulheres que não sejam de alto risco; além disso, como parte do atendimento à saúde da mulher, o exame clínico da mama deve ser realizado em todas aquelas que procurarem o serviço de saúde, independentemente da faixa etária (Ministério da Saúde, 2004).

De acordo com o “Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis” realizado pelo Inca (Ministério da Saúde, 2004) em 15 capitais e Distrito

Federal, nos anos de 2002 e 2003 a variação da cobertura de mamografia foi de 37% a 76%. Porém, se restringirmos para os exames realizados no Sistema Único de Saúde (SUS) esses valores variaram entre 17% e 54% (Thuller, 2005). De acordo com dados do Vigitel (Ministério da Saúde, 2008), a maior frequência de mulheres entre 50 a 69 anos de idade que referem ter realizado exame de mamografia nos últimos dois anos foi observada em Belo Horizonte (84,1%), e a menor em Palmas (49,2%), com a cobertura do exame ligeiramente maior em mulheres com idades entre 50 e 59 anos (72,9%) quando comparadas a mulheres entre 60 e 69 anos (67,8%).

Apesar da efetividade do rastreamento, que possibilita redução da mortalidade em até 18% no grupo etário de 40 a 50 anos, e de mais de 30% acima dos 50 anos, onde se evidencia melhor relação custo-benefício (Smith & D'Orsi, 2005), a prevalência de não realização do exame mamográfico em mulheres idosas brasileiras permanece elevada. Um inquérito conduzido na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, com 4.621 mulheres de 60 ou mais anos de idade mostrou prevalência de não realização de mamografia de 27,9%, e, à semelhança da literatura, os fatores associados a não realização do exame foram ausência de consulta com ginecologista, não ter feito exame de Papanicolaou, baixa escolaridade, uso de serviço público de saúde, não ter sido submetida a consultas médicas, idade, inexistência de vida conjugal, e falta de acesso ao serviço de saúde (Novaes e Mattos, 2009). Gebrim e Quadros (2006) observaram que 62% das mulheres com idades acima dos 60 anos, residentes na região Sudeste, declaram nunca ter feito mamografia e

ressaltaram a necessidade de que esse grupo seja contemplado prioritariamente nesse campo pelos serviços de saúde.

Existe, portanto, um grupo de mulheres sob risco de desenvolver câncer de mama que nunca foram alvo de ações que visem o rastreamento, ainda que tenham acesso aos serviços de saúde de modo geral. Cabe destacar que apesar das informações sobre os fatores associados à adesão ao exame, pouco se sabe sobre as razões alegadas para a sua ausência nessa faixa etária. Essa questão permanece como um desafio à saúde pública, sendo escassos os estudos que avaliam as razões dessa exclusão. Sendo assim, este estudo pretende responder às seguintes questões: 1) Quais os motivos alegados por mulheres idosas para nunca ter realizado o exame mamográfico; 2) Quais os fatores predisponentes, habilitadores e reforçadores associados com cada categoria de motivo; 3) Qual o papel das características contextuais no processo de não obtenção de um cuidado preventivo como a realização da mamografia em idade avançada.

MATERIAL E MÉTODOS

A presente análise é proveniente do estudo “EPOCA – Envelhecimento populacional e câncer”, um estudo observacional, descritivo, transversal, realizado no período oficial da Campanha Nacional de Vacinação Contra Gripe em 2006 no município de Juiz de Fora (Novaes e Mattos, 2009).

População de estudo

Os critérios de inclusão adotados para essa análise foram ser do sexo feminino, idade igual ou superior a 60 anos, adesão à campanha de

vacinação contra gripe, ter condições físicas e cognitivas para responder e aceitar participar do estudo e ter informado nunca ter sido submetida à mamografia, ficando a amostra constituída por 1092 mulheres.

Variáveis do estudo

A figura 1 descreve as variáveis selecionadas para esse estudo, com base em uma adaptação do modelo de Walsh & McPhee (1992), que conceituaram os principais fatores envolvidos na provisão e adoção de cuidados preventivos, com foco na interação médico-paciente. O modelo descreve três categorias de fatores que promovem ou inibem as atividades preventivas, os *fatores predisponentes*, os *fatores habilitadores* e os *fatores reforçadores*. *Fatores predisponentes* são aqueles prévios ao problema de saúde, próprios do indivíduo. Os *fatores habilitadores* se relacionam aquelas características que representam os meios para obter o cuidado, ou seja, aqueles que podem atuar como facilitadores da obtenção do cuidado. Os *fatores reforçadores* são relacionados à política, à oferta de serviços e a características ambientais que intervêm, de forma direta ou indireta, no uso dos serviços, por intermédio de fatores individuais. Nesta análise nos concentramos apenas nas características relacionadas às pacientes em potencial, nesse caso aplicadas em relação aos motivos declarados para o não uso da mamografia.

- *Fatores predisponentes* foram identificadas as características sócio-demográficas representadas pela idade, estado conjugal, escolaridade, tipo de moradia, renda e trabalho atual.
- *Fatores habilitadores*, foram listadas três sub-categorias:

- a) Fatores organizacionais (modalidade de assistência, dificuldades no uso dos serviços de saúde e problemas no uso dos serviços de saúde).
 - b) Fatores situacionais (estado de saúde, incluindo número de morbidades, uso de medicação e autoavaliação da saúde; histórico familiar de câncer de mama e útero, consultas médicas, consultas com ginecologista).
 - c) Comportamentos preventivos (realização de Papanicolaou e realização de exame clínico das mamas).
- *Fatores reforçadores* foram selecionados os dados referentes a renda média do bairro, existência de centro diagnóstico no bairro, existência de Unidade Básica de Saúde no bairro, percentual de idosos residentes no bairro, existência de programa voltado a população idosa, percentual de coleta de lixo, percentual de domicílios com abastecimento de água encanada, percentual de população alfabetizada, percentual de população idosa alfabetizada.

Os dados relativos aos *fatores predisponentes*, os *fatores habilitadores* e às variáveis dependentes foram obtidos do questionário estruturado, aplicado no inquérito (Novaes e Mattos, 2009). Os *fatores reforçadores*, considerados variáveis contextuais, foram obtidos a partir de dados secundários pertencentes às bases de dados do Censo Demográfico 2000 (IBGE, 2000), do DATASUS (Ministério da Saúde, 2006) e informações da Secretaria de Saúde Municipal de Juiz de Fora.

Para operacionalização da variável dependente, foi realizado um levantamento preliminar dos dados obtidos a partir da pergunta não estruturada “Porque nunca fez mamografia?”. Após a análise da variedade de respostas, foram identificadas quatro categorias semânticas de motivos declarados (não ter recebido recomendação médica; não achar que precisa fazer o exame; não se sentir bem emocionalmente em relação ao exame e ter dificuldades no serviço de saúde para esse tipo de ação). Levando em consideração que o número de mulheres que declararam como razão algum tipo de inacessibilidade ter sido muito baixo (N=46), optamos por excluí-las desta análise. Sendo assim, após avaliação criteriosa das respostas livres houve saturação dos itens em três categorias semânticas, posteriormente formatadas em variáveis dicotômicas, com respostas caracterizando presença ou ausência (sim/não) dos motivos, aqui representando as variáveis dependentes do estudo: 1) Ausência de recomendação médica; 2) Crença de não necessidade de realização da mamografia e 3) Afetos negativos, categoria que reúne as afirmativas que denotam sentimentos pessoais relacionados com o desconforto físico e/ou psicológico valorizados e relatados como a razão de não considerar a possibilidade ou de não se sentir auto-eficaz para a realização do exame.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

Análise estatística

Realizou-se a análise descritiva dos fatores predisponentes, habilitadores e reforçadores segundo categoria de motivo alegado para a não

realização da mamografia, sendo as respectivas distribuições comparadas, utilizando-se o teste qui-quadrado.

Para estimar a associação entre as variáveis independentes e cada variável dependente foi realizado um modelo logístico múltiplo hierárquico com o primeiro nível representado pelos indivíduos e o segundo nível pelos bairros. A literatura aponta que indivíduos que residem em uma mesma região ou bairro são mais parecidos entre si do que aqueles residentes em outra área, pois estão submetidos ao mesmo contexto (nível socioeconômico, acesso aos serviços, distribuição e perfil da oferta de serviços de saúde tais como médicos e especialistas, Programa de Saúde da Família, exames, fatores socioculturais, etc.). Desse modo, as observações não são independentes, havendo violação dos pressupostos básicos dos modelos tradicionais de regressão (Pinheiro e Torres, 2006).

Inicialmente, foram realizadas análises bivariadas por meio de regressão logística, verificando para cada uma das três variáveis dependentes descritas anteriormente a correlação de cada variável independente selecionada, sendo consideradas para o modelo multivariado as variáveis que apresentaram $p \leq 0,20$ na análise bivariada.

Na análise multivariada, para cada modelo, foram seguidos os seguintes passos: foi analisado um modelo somente com intercepto aleatório sem as variáveis do nível do indivíduo (modelo vazio); em seguida, foram incluídas as variáveis dos indivíduos com os coeficientes fixos para examinar a redução na variabilidade do efeito aleatório, pela comparação com o modelo vazio; finalmente, foram incluídas as variáveis do nível contextual.

As variáveis do nível individual foram analisadas simultaneamente e cada uma das variáveis do nível do contexto de forma separada, tendo sido consideradas todas as variáveis elegíveis disponíveis na base de dados (renda média do bairro, existência de centro diagnóstico no bairro, existência de Unidade Básica de Saúde no bairro, e percentual de idosos residentes no bairro, existência de programa voltado à população idosa, percentual de coleta de lixo, percentual de domicílios com abastecimento de água encanada, percentual de população alfabetizada, percentual de população idosa alfabetizada). A avaliação do efeito das variáveis do bairro na categoria de motivo para nunca ter feito mamografia foi realizada pela análise da significância estatística ($p \leq 0,05$) do seu coeficiente e da redução da variância do efeito aleatório, quando comparado com o modelo que incluía apenas as características dos indivíduos. O modelo final foi constituído pelas variáveis do nível individual e somente pelas variáveis contextuais que alcançaram significância estatística ao nível de 5%.

Os resultados do modelo final (variáveis individuais e contextuais) foram interpretados em termos de razões de chances, calculadas a partir dos coeficientes de cada variável, tendo como referência um intervalo de confiança de 95%.

A análise dos dados foi realizada por meio do *software* MLwiN 2.02.

RESULTADOS

A idade da amostra variou de 60 a 98 anos com média de 72,4 anos ($dp=7,6$) e mediana de 72 anos. A principal razão alegada para nunca ter feito

mamografia foi *“Não acha necessário fazer mamografia”* declarada por 51,9%, seguida de *“Não ter recebido recomendação médica para fazer mamografia”* 41,1%.

A Tabela 1 revela que para as três categorias de motivos a amostra estudada é majoritariamente composta por viúvas ou divorciadas, residindo em casa própria, não trabalham, utilizam serviço público de saúde, não declaram obstáculos para irem aos serviços de saúde, relatam ter pelo menos uma morbidade, usam medicação regularmente, não tem histórico familiar de neoplasias de mama e de útero, e fizeram pelo menos uma consulta médica no último ano.

A categoria que mais apresentou diferenças nas distribuições dos fatores foi a que declarou *“Afetos Negativos”*. Para esse grupo houve maior proporção de mulheres na faixa etária de 60 a 69 anos (47,4%), com renda entre 1 e 3 salários mínimos (47,4%), 1 a 4 anos de escolaridade (65,8%), predomínio da auto-avaliação da saúde como boa (40,8%), e a metade declarou enfrentar problemas durante o uso de serviços de saúde, sendo que a maioria não foi ao ginecologista (61,8%), não fez Papanicolaou (69,7%) nem exame clínico das mamas (85,5%). Os grupos que declararam *“Não ter recebido recomendação médica para fazer mamografia”* e *“Não acha necessário fazer mamografia”* mostraram mais semelhanças entre si e apresentaram maior concentração na faixa etária entre 70 e 79 anos (42,8% e 42,7% respectivamente), renda de até 1 salário mínimo (47,0% e 42,9%), 1 a 4 anos de escolaridade (74,4% e 66,8%), não declaram problemas no uso dos serviços de saúde (55,0%; 57,0%) e avaliaram sua saúde como razoável

(44,3%; 41,1%). Assim como o grupo que declarou possuir sentimentos de desconforto frente a possibilidade da mamografia, a maioria daquelas que não receberam indicação médica também não haviam realizado Exame de Papanicolaou (78,6%) e nem exame clínico das mamas (52,8%).

Na análise da distribuição de variáveis relacionadas a realização de mamografia por mulheres idosas por meio do teste do qui-quadrado, foram observadas diferenças estatisticamente significativas para: idade ($p=0.043$), renda ($p=0.043$), escolaridade ($p=0.002$), modalidade de assistência a saúde ($p=0.054$), dificuldades para ir aos serviços de saúde ($p=0.009$), uso de medicação ($p=0.001$), consultas médicas no último ano ($p=0.033$), consultas ginecológicas ($p=0.000$), exame de Papanicolaou ($p=0.000$) e exame clínico das mamas ($p=0.000$).

Na Tabela 2, o modelo vazio mostrou que parte da variabilidade na razão de chances (RC) de uma mulher declarar nunca ter feito mamografia por *“Não ter recebido recomendação médica para fazer mamografia”* foi explicada pelo nível do bairro (Variância/Var=0,264, $p=0,010$). Após o controle pelas variáveis do nível 1 (indivíduo), observou-se redução de 27,6% da variância do efeito aleatório, que continuou diferente de zero (Var=0,191, $p=0,050$), indicando que ainda existia variabilidade no nível 2 (contexto - bairro), que por sua vez foi reduzida em 45% (Var=0,146, $p=0,090$) com a inclusão de variáveis deste nível no modelo. Entretanto, essa redução não foi significativa ao nível de 5%.

Para esse modelo final permaneceram como características que aumentam as razões de chance de declarar *“Não ter recebido recomendação*

médica para fazer mamografia”, não ter escolaridade formal (RC=2,479, $p=0,010$) e ter estudado entre 1 e 4 anos (RC=2,521, $p=0,002$) quando comparadas com as mulheres que estudaram 5 ou mais anos; ter dificuldades para o uso dos serviços de saúde (RC=1,416, $p=0,040$) em relação a não declarar esse tipo de dificuldade nos serviços; e relatar boa auto-avaliação da saúde (RC=1,844, $p=0,038$) comparadas às que declararam saúde física excelente. As mulheres que não realizaram consulta com ginecologista (RC=0,548, $p=0,006$), não fizeram Papanicolaou (RC=0,363, $p=0,000$), não foram submetidas ao exame clínico das mamas (RC=0,436, $p=0,000$) e residem em bairro com baixo percentual de idosos (RC=0,624; $p=0,034$) tiveram redução estatisticamente significativa das chances de ter essa explicação como justificativa para a ausência de mamografia. Uma característica anteriormente relacionada à razão de chances de declarar tal motivação e que no modelo final não mostrou efeito, após a entrada do nível 2, foi o uso de alguma medicação (RC=1,496, $p=0,062$).

As estimativas dos efeitos fixos e aleatórios dos modelos de regressão logística do modelo nulo, e do modelo com as variáveis dos indivíduos para as razões de chances de uma mulher declarar “*Não acha necessário fazer mamografia*” apresentadas na Tabela 3, indicam que o modelo vazio não alcançou significância estatística ($p=0,412$). Porém, o modelo com as variáveis do nível do indivíduo foi estatisticamente significativo ($p=0,05$), assim como o efeito aleatório que alcançou significância estatística após a entrada das variáveis do indivíduo ($p= 0,024$).

Nesse caso, o modelo vazio revela que parte da variabilidade na chance de uma mulher declarar nunca ter feito mamografia alegando que “*Não acha necessário fazer mamografia*” foi explicada pelo nível do bairro (Var = 0,263, $p=0,010$), mas o modelo, entretanto, não apresentou significância estatística. Depois de controlar por fatores do nível do indivíduo, observou-se redução de 15,6% da variância do efeito aleatório, que continuou diferente de zero (Var=0,222, $p=0,024$), indicando que ainda existe variabilidade no nível contextual (bairro). Nesse modelo, nenhuma das variáveis de contexto disponíveis apresentou efeito estatisticamente significativo. Sendo assim, a Tabela 3 apresenta o modelo final contendo apenas as variáveis individuais para o desfecho “*Não acha necessário fazer mamografia*”. Podemos destacar que o efeito aleatório foi diferente de zero e estatisticamente significativo (Var = 0,222, $p=0,024$). Esse resultado indica a existência de variabilidade no nível contextual (bairro), mas as variáveis de nível 2 utilizadas neste estudo não foram capazes de captar o efeito de contexto neste desfecho.

Os resultados indicam que as razões de chances quanto não considerar necessário fazer mamografia foram maiores em mulheres com 80 ou mais anos (RC=1,474, $p=0,056$) em relação às aquelas com 69 anos ou menos, e também para aquelas que declararam não ter realizado Papanicolaou (RC=2,326; $p=0,000$) e para as que não fizeram exame clínico das mamas (RC=1,064, $p=0,000$) em relação às que se submeteram aos exames. As condições que reduziram as razões de chances de não considerar a mamografia necessária foram ter estudado de 1 a 4 anos (RC=0,425, $p=0,002$) ou não ter escolaridade formal (RC=0,399, $p=0,004$), observando-se reduções

de 58% e 60%, respectivamente, em relação a 5 ou mais anos de estudo. A existência de antecedentes de uso regular de medicação também apresentou menores razões de chances daquela explicação para não fazer mamografia (RC=0,664, p=0,044).

Uma situação similar ocorreu para quem alegou algum tipo de afeto negativo após a entrada das variáveis de nível 2, cuja modelagem pode ser vista na Tabela 4. Entretanto, nesse caso, o efeito aleatório foi igual a zero após a entrada das variáveis do nível do indivíduo, indicando a inexistência de efeito contextual em relação ao desfecho. Os resultados do modelo individual demonstraram que ter 80 ou mais anos de idade diminuiu as chances da mulher declarar “*Afetos Negativos*” em 59% (RC=0,410; p=0,021), comparativamente com as mulheres de idade entre 60 a 69 anos. Por outro lado, as mulheres que não consultaram um ginecologista tiveram uma razão chance elevada (RC=4,022; p=0,000) de vivenciar algum tipo de emoção negativa influenciando a possibilidade de realizar o exame.

DISCUSSÃO

A literatura sobre aderência ao rastreamento do câncer de mama identificou três domínios centrais preditores da adesão aos exames, que atuam de forma independente e/ou combinada, e que são: sócio-demográfico, cognitivo (crenças e atitudes, percepção de risco, conhecimento) e sócio-emocional (relações sociais, afetos, estratégias de enfrentamento (Sharp et al, 2003, Champion et al, 2004; Magai et al, 2007).

Em investigação anterior realizada com a mesma população, Novaes e Mattos (2009) encontraram que a idade avançada (igual ou superior a 70 anos), a baixa escolaridade, e a ausência de relação conjugal mostraram-se fatores de risco para a não utilização de mamografia, o que ilustra para essa amostra o que pode ser entendido como domínio sócio-demográfico. Por sua vez, as variáveis cognitivas basicamente referem-se ao conhecimento e crenças sobre a doença e as formas de prevenir/detectar/tratar, incluindo as estimativas de risco pessoal, podendo esses fatores interferir na adesão mais do que os fatores demográficos (Magai et al, 2007). Os resultados do presente estudo mostram que a principal razão alegada pelas mulheres que nunca realizaram o exame mamográfico foi *“Não acha necessário fazer mamografia”*.

Glanz (1996), Mandelblatt (1999), Gil (2003) e Consedine (2005) mostraram que mulheres de diferentes faixas etárias que têm maior percepção do risco de câncer de mama são mais propensas a realizar os exames de rastreio. Contudo se o câncer for interpretado sob a ótica do fatalismo, a tendência é de não se submeter ao exame (Balcazar et al, 1995). O perfil encontrado converge com o descrito pela literatura e evidencia que muitas das mulheres que participaram do estudo, além de possuírem crenças de não suscetibilidade, ou seja, menor percepção do risco, se sentem livres da doença e, conseqüentemente, da necessidade de rastreio. Nesse aspecto, cabe um parêntese na medida em que a justificativa complementar relatada pela amostra foi a ausência de sintomas, de capacidade reprodutiva e/ou vida sexual ativa, o que denota uma distorção dos aspectos envolvidos na gênese da doença e do próprio organismo.

Os fatores que ampliaram as chances de declarar não precisar do exame foram idade acima de 79 anos, não ter realizado Papanicolaou e exame clínico de mama, fatores que, com o aumento da idade, convergem com o declínio da realização de mamografia e de outros exames preventivos (Harris et al, 1991; Phillips et al, 1998; Ostbye et al, 2003). Em contrapartida, os fatores que diminuíram as chances de alegar não precisar do exame foram baixa escolaridade e uso regular de medicação, o que pode sugerir que mulheres que usam medicação são aquelas que, de algum modo, estão sendo assistidas e que percebem outras razões preponderantes para não fazerem o exame.

Uchoa (2003), a partir de um estudo que teve como base a Antropologia para a abordagem de questões relativas à saúde no envelhecimento apontou que devemos compreender o idoso vivendo em determinado contexto que interfere na forma como percebe sua saúde, o que ele define como doença e que estratégias utiliza para lidar com essa questão. Esse olhar contribui para que se reflita nessa coorte histórica qual o lugar ocupado pelas condutas preventivas relacionadas ao câncer de mama, já que são relativamente recentes. Além disso, é pertinente questionar como a mulher idosa dessa geração percebe a necessidade de cuidado do aparelho reprodutor e da mama, que nessa fase da vida são desprovidos das funções biológicas/eróticas/maternas que foram introjetadas ao longo da vida.

A segunda razão mais explicitada para a ausência de realização do exame foi *“Não ter recebido recomendação médica para fazer mamografia”*. De certa forma esse argumento não deixa de ser corroborado pelo Documento de

Consenso para Controle do Câncer de Mama, cuja estratégia preconizada não explicita a necessidade de sua realização em mulheres com idade acima dos 70 anos (Ministério da saúde, 2004), tornando a decisão de incluí-las subjetiva ao médico e, assim, dependente de seu entendimento dos processos do envelhecimento.

A ausência de recomendação médica vem despontando como crucial para as mulheres idosas permanecerem sem realizar determinados procedimentos (Grady et al, 1992; Sharp et al, 2003), em especial, exames de natureza eletiva como é o caso da mamografia, onde a decisão médica é determinante para a sua realização ou não (McPhee & Schroeder, 1987).

Entre as razões que inibem a recomendação por parte dos médicos se incluem os custos do exame, a validade dos resultados, o desconforto da mulher, a recusa da paciente, esquecimento do profissional, baixa aceitação e incerteza acerca das recomendações preconizadas (Weinberger et al, 1992). Os estudos sobre a variação da prática médica relacionada à utilização de mamografia por mulheres idosas revelam a existência de uma tendência dos médicos em não recomendar a mamografia para esse grupo específico, por superestimarem as dificuldades físicas, as perdas cognitivas e o número de recusas. Além disso, tradicionalmente, existe uma superestimação da relação custo-benefício em relação ao exame (Weinberger et al, 1992; Fox et al, 1997).

Entre os fatores que aumentaram as razões de chances quanto a inexistência de recomendação médica para realização de mamografia observamos escolaridade reduzida, o uso regular de medicação e a auto-avaliação positiva da saúde. Segundo Kleinman (1978), a variação no cuidado

pode ser devida à valorização diferenciada de sinais e sintomas em função de outras características, já que os sistemas de cura são sistemas culturais e sociais, isto é, imbuídos de significados e normas comportamentais vinculados a relações sociais particulares e institucionais. Sabe-se, entretanto, que as atitudes, as percepções e as crenças do médico sobre os pacientes influenciam seu comportamento no cuidado e na decisão do atendimento/tratamento, sendo que percebê-los como pessoas de baixo nível socioeconômico, menos instruídas e racionais pode levá-lo a fornecer menos informações às pacientes (Ryn & Burke, 2000). Um fator que poderia colaborar para a não utilização da mamografia seria a existência de patologias comuns no envelhecimento, que se tornam prioritárias para a atenção, tanto sob a ótica do indivíduo idoso quanto perante o serviço de saúde (Bluestein, 2006), em detrimento de outros aspectos, como os exames para detecção precoce do câncer.

Os fatores que contribuíram para aumentar as razões de chances foram ausência de consulta com ginecologista, não ter realizado Papanicolaou e exame clínico de mama, além do fato de residir em área com baixa proporção de idosos. Esses resultados são coerentes se considerarmos que essas mulheres deixam de adotar condutas que seriam anteriores à mamografia, ou seja, deixam de consultar o ginecologista ou o mastologista, que são os profissionais que, tradicionalmente, deveriam solicitar os demais procedimentos, entre eles a mamografia.

Outro domínio apontado nos estudos (Sharp et al, 2003, Champion et al, 2004; Magai et al, 2007) que avaliam a aderência ao rastreamento do câncer de mama é o sócio-emocional (relações sociais, afetos, estratégias de

enfrentamento), que também se configura como um dos aspectos centrais, preditores da adesão aos exames. Nesse domínio podemos identificar a ansiedade, o medo do resultado e/ou o medo do procedimento, a vergonha, como expressões de emoções ou afetos negativos que dificultam ou até mesmo impedem que a mulher faça a mamografia (Champion & Miller, 1996, Sharp et al, 2003, Champion et al, 2004).

Pertencente a esse domínio, a categoria aqui denominada “Afetos Negativos” foi a menos expressiva das três categorias semânticas identificadas, sendo inversamente associada à idade, ou seja, mostrando maior expressão na faixa etária mais jovem e sendo diretamente relacionada à ausência de consultas ginecológicas. Ao contrário do esperado, não foi observado nessa amostra um relato expressivo de emoções desfavoráveis em relação à mamografia, nem mesmo de medo de um diagnóstico desfavorável. Em alguns estudos, o sentimento de medo do câncer, dos exames de detecção e das possíveis conseqüências foi identificado como um obstáculo para adesão à mamografia (Tessaro, 1994; Salazar, 1996; Champion et al, 2004). Entretanto, esses resultados permanecem controversos, pois a relação não se mantém em todas as investigações realizadas como mostrado por um estudo de metanálise realizado por Hay e colaboradores (2006).

Além do medo, outras emoções se relacionam aos diferentes comportamentos de saúde, como o constrangimento e o sentimento de vergonha e/ou embaraço perante o exame ou o médico (Crump et al, 2000; de Nooijer et al, 2001; Garbers et al; 2003). Esse tipo de sentimento pode justificar a forte relação observada entre declarar “Afetos Negativos” e não ir ao

ginecologista, indicando que esse desconforto antecede o exame a ponto da mulher nem mesmo chegar ao médico, e sugere que outras estratégias preventivas como o exame clínico de mama e o exame de Papanicolaou também não foram realizadas.

Ainda nesse campo, a dor tem sido apontada por médicos e pacientes como uma barreira para a realização do exame (Sharp et al, 2003), e nesse caso pode ser um motivo que contribui de modo indireto para que uma parcela não se sinta à vontade para fazer o exame. O relato de dor por parte de outras mulheres pode desencorajá-las, criando uma barreira para o exame.

Os achados para essa categoria apontam que, provavelmente, existam outras características que interagem com esse fator e se sobrepõem ao nível socioeconômico, à escolaridade, ao estado de saúde, à história familiar de câncer, ao acesso e ao contexto dos serviços de saúde e sociais.

Nesse trabalho, de modo pioneiro, foram investidos esforços para aprofundar o conhecimento acerca da contribuição de fatores contextuais para os motivos alegados pelas mulheres idosas para nunca terem feito mamografia. A importância dessa tentativa é incluir na análise a possível dependência existente entre desfecho e contexto, ultrapassando a abordagem tradicional que considera apenas as características individuais. Frente à questão do uso de serviços de saúde, é fundamental considerar fatores estruturais e pertencentes ao meio em que os indivíduos vivem, já que o acesso ultrapassa a escolha e é condicionado por aspectos derivados da política, planejamento, condições do ambiente entre outras.

As variáveis contextuais utilizadas neste estudo foram: renda média do bairro, existência de Unidade Básica de Saúde no bairro, existência de centro diagnóstico no bairro, percentual de idosos residentes no bairro, existência de programa voltado a população idosa, percentual de coleta de lixo, percentual de domicílios com abastecimento de água encanada, percentual de população alfabetizada, percentual de população idosa alfabetizada. Foi possível verificar a existência do efeito de contexto para dois dos três modelos desenvolvidos, cujos desfechos foram *“Não ter recebido recomendação médica para fazer mamografia”* e *“Não acha necessário fazer mamografia”*, sendo que apenas no primeiro foi encontrada relação entre o desfecho e residir em um bairro com baixa proporção de população idosa, o que pode sugerir uma tendência da área, ou um melhor fluxo de informações e/ou serviços nesse campo.

É provável que existam outras características de contexto que captem melhor o efeito evidenciado pelas análises efetuadas, porém ainda inadequadamente explorados nesse momento, devido à indisponibilidade de dados.

Em relação ao desfecho *“Afetos Negativos”*, desde a análise inicial não foi verificado efeito de contexto, provavelmente devido à natureza desse construto, cuja origem se enraíza em fatores sociais, psicológicos e culturais, que por sua complexidade não são passíveis de serem captados facilmente em um estudo quantitativo. Neste sentido, sugere-se que outros estudos incluindo diferentes variáveis sociais, psicológicas e culturais e, adicionalmente, adotem

metodologias qualitativas, venham a ser desenvolvidos no sentido de aprofundar os achados.

Diferentes autores recomendam a realização de rastreamento mamográfico para mulheres idosas (Miller, 1995; Richardson et al, 1997; Amodeo et al, 2003; Zappa et al, 2003), mas ainda não há um consenso internacional que efetivamente estabeleça critérios claros para esse grupo populacional. A partir de 2003, a American Cancer Society sugeriu que a idade cronológica não deva ser um critério isolado para realização ou não do exame e, sim, combinado com a análise da expectativa de vida, co-morbidade e capacidade funcional. Sadler e colaboradores (2001) ao observarem em uma amostra estudada o baixo conhecimento e baixa aderência aos procedimentos recomendados pela *American Cancer Society* em relação ao câncer de mama, apontaram que a oferta de programas adequados às características sócio-culturais dos diferentes grupos populacionais talvez seja uma alternativa para aumentar a adesão aos procedimentos.

As altas taxas de mortalidade por câncer de mama em mulheres idosas é um indicador de necessidade de intervenção. O perfil identificado sugere a necessidade de políticas mais efetivas de prevenção do câncer de mama nesse grupo populacional, que considerem suas especificidades, atuando sobre os fatores que predispõe ou limitam o uso, e viabilizem maior conhecimento por parte da população e dos especialistas, e maior acesso aos serviços de detecção e controle do câncer de mama.

Entre as limitações desse estudo podemos citar a insuficiência de dados que permitissem uma análise mais aprofundada do efeito de contexto

relacionado às razões alegadas por uma mulher idosa para nunca ter feito mamografia. Outra limitação a ser apontada é o uso de abordagem exclusivamente quantitativa, uma vez que pela natureza dos desfechos estudados a adoção de métodos qualitativos poderia ser útil no esclarecimento dos processos envolvidos nessa questão.

Por outro lado, este estudo apresenta alguns pontos fortes tais como o tamanho amostral, que embora não seja probabilística, aproxima-se da base populacional, podendo representar populações de cidades de médio porte. Embora o estudo se restrinja a população de Juiz de Fora, é provável que a realidade descrita seja similar àquela existente em outras populações idosas. Outra vantagem é a abrangência da análise, incluindo variáveis individuais e de contexto. O enfoque antropológico contribuiu para a interpretação dos resultados complementando a análise quantitativa.

A força dos resultados aponta que o problema da não realização de mamografia pela população idosa de Juiz de Fora, é essencialmente decorrente e questões passíveis de intervenção, sendo 90% associado a ausência de informações sobre a necessidade de sua realização pela população alvo e ausência de iniciativa dos profissionais e equipe de saúde quanto a sua indicação na faixa etária acima de 60 anos. Desta maneira os aspectos afetivos associados a recusa na realização do exame não interferem decisivamente na população estudada.

Os resultados observados neste trabalho apontam para pontos objetivos de intervenção capazes de modificar a realidade atual, entre estes sugere-se:

- 1) Atividades de divulgação dos benefícios da mamografia em idosas nos meios de comunicação (rádio, TV, revistas, internet, entre outros). Esta estratégia tem sido de grande eficácia no Brasil quanto a realização do auto-exame da mama (Ruffo et al, 2006).
- 2) Atividades de educação continuada dos profissionais de saúde, sobretudo os ginecologistas e mastologistas através das respectivas sociedades científicas e do Instituto Nacional do Câncer no sentido de assinalar a importância de realizar a mamografia na mulher idosa.

Estudos que abordem a prática médica, com seus perfis e condicionantes, e a adesão dos sujeitos sob risco e seus determinantes, bem como as políticas públicas vigentes, podem auxiliar na organização dos serviços e na formulação e reformulação de políticas públicas que motivem e atendam a parcela da sociedade que permanece excluída dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amodeo C, Caglia P, Gandolfo L, Veroux M, Brancato G, Imme A. Breast cancer screening in the elderly. *Tumori*. 2003 Jul-Aug;89(4 Suppl):173-4.

Balcazar H, Castro F, Krull J. Cancer risk reduction in Mexican-American women: The role of acculturation, education and health risk factors. *Health Educ Q* 1995;22:61.

Basílio, D.V. Mattos, I.E..Câncer em mulheres idosas das regiões Sul e Sudeste do Brasil: Evolução da mortalidade no período 1980 – 2005. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(2): 204-14.

Bluestein, D. Preventive services: Screening. Health maintenance examinations include screening for diabetes, heart disease, cancer, osteoporosis, hearing and vision loss. *Geriatrics* February 2005 Volume 60, Number 2.

Champion, V., Miller, A. (1996). Recent mammography in women aged 35 and older: Predisposing variables. *Health Care for Women International*, 17(3), 233–245.

Champion, V. L; Skinner, C. S; Menon, U; Rawl, S; Giesler. R. B; Monahan, P; Daggy, J. A Breast Cancer Fear Scale: Psychometric Development. *J Health Psychol* 2004; 9; 753.

Consedine NS, Magai C, Neugut AI. The contribution of emotional characteristics to breast cancer screening among women from six ethnic groups. *Prev Med* 2004;38:64.

Consedine NS, Magai C, Horton D, Neugut AI, Gillespie M. Health belief model factors in mammography screening: Testing for interactions among subpopulations of Caribbean women. *Ethnicity Dis* 2005;15:444.

Crump SR, Mayberry RM, Taylor BD, Barefield KP, Thomas EP. Factors related to noncompliance with screening mammogram appointments among lowincome African American women. *J Natl Med Assoc* 2000;92:237.

de Nooijer J, Lechner L, de Vries H. A qualitative study on detecting cancer symptoms and seeking medical help: An application of Andersen's model of total patient delay. *Patient Educ Counsel* 2001;42:145.

Fox SA, Roetzheim R, Kington RS. *Barriers to Cancer Prevention in the Older Person*. *Clin Geriatr Med*. 1997;13(1):79-95.

Garbers S, Jessop DJ, Foti H, Uribe Larrea M, Chiasson MA. Barriers to breast cancer screening for low-income Mexican and Dominican women in New York City. *J Urban Health: Bull NY Acad Med* 2003;80:81.

Gebirim, L. H; Quadros, L. G. A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil. 2006.

Gil F, Mendez I, Sirgo A, Llorca G, Blanco I, Corte-Funes H. Perception of breast cancer risk and surveillance behaviours of women with family history of breast cancer: A brief report on a Spanish cohort. *Psycho-Oncology* 2003;12:821.

Glanz K, Resch N, Lerman C, Rimer BK. Black-white differences in factors influencing mammography use among employed female health maintenance organization members. *Ethnicity Health* 1996;1:207.

Grady KE, Lemkau JP, McVay JM, Reisine ST. The importance of physician encouragement in breast cancer screening of older women. *Prev Med.* 1992;21: 766-780.

Harris RP, Fletcher SW, Gonzalez JJ, et al. Mammography and age: are we targeting the wrong women? *Cancer.* 1991;67:2010-2014.

Hay, J. L; McCaul, K. D; Magnan, R. E. Does worry about breast cancer predict screening behaviors? A meta-analysis of the prospective evidence. *Preventive Medicine*, 2006, 42; 401-408.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2002. Censo Demográfico: Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

Kleinman, A; Eisenberg, L. Good, B. Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and crosscultural research. *Annals of Internal Medicine*, (88), 251-258.

Lima-Costa, M. F; Peixoto, S. V; Giatti, L. Tendências de mortalidade entre idosos brasileiros (1980-2000). *Epidemiologia e serviços de saúde* 2004; 13 (4): 217-228.

Magai, C; Considine, N; Neugut, A. I; Hershman, D. L; Common Psychosocial Factors Underlying Breast Cancer Screening and Breast Cancer Treatment Adherence: A Conceptual Review and Synthesis. *JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH* Volume 16, Number 1, 2007

Mandelblatt JS, Yabroff KR, Kerner JF. Equitable access to cancer services: A review of barriers to quality care. *Cancer.* 1999 Dec 1;86(11):2378-90

McPhee, S. J; Schroeder, S. A. Promoting Preventive Care? Changing Reimbursement is Not Enough. *AJPH*, July, 1987, Vol. 77. n. 7.

Miller, A. B. An Epidemiological Perspective on Cancer Screening. *Clinical Biochemistry*. Volume 28, Issue 1 , February 1995, Pages 41-48.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Controle do câncer de mama - Documento de Consenso. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2004.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004 (b).

Ministério da Saúde. Portal do Instituto Nacional do Câncer. URL: <http://www.inca.gov.br>. Acessado em: 15/10/2006.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2007. 94p.

Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2006 – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF; 2007.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 112 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

Novaes, C. O. Mattos, I. E. Prevalência e fatores associados a não utilização de mamografia em mulheres idosas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(8):105-115, ago, 2009.

Ostbye, T., Greenberg, G.N., Taylor Jr., D.H., Lee, A.M. Screening mammography and Pap tests among older American women 1996–2000: results from the Health and Retirement Study (HRS) and Asset and Health Dynamics Among the Oldest Old (AHEAD). *Ann. Fam. Med.* 1, 2003, 209–217.

Phillips K, Morrison K, Andersen R, Aday L. Understanding the context of healthcare utilization: assessing environmental and provider-related variables in the behavioral model of utilization. *Health Serv Res* 1998; 33:571-96.

Pinheiro, R. S. Torres, T.G.Z. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11 (4): 999-1010, 2006.

Richardson, J. L; Marks, G; Solis, J. M; Collins, L. M; Birba, L; Hisserich, J. C; Frequency and adequacy of breast cancer screening among elderly Hispanic women. *Prev Med*. 1987 Nov;16(6):761-74.

Ryn, M. V. Burke, J. The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients. *Social Science & Medicine* 50: 813-828, 2000.

Sadler, G. R; Ryujin, L. T; Ko, C. M. & Nguyen, E. Korean women: breast cancer knowledge, attitudes and behaviors. *BMC Public Health* 2001, 1:7

Salazar, M. K; de Moor, C. Na evaluation of mammography beliefs using a decision model. *Health Education Quartely*, 22(1):110-126, 1996.

Sharp, P. C; Michielutte, R; Freimanis, R; Cunningham, L; Spangler, J; Burnette, V. Reported Pain Following Mammography Screening. *Arch Intern Med*. 2003;163:833-836.

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.

Tessaro I, Eng E, Smith J. Breast cancer screening in older African American women: Qualitative research findings. *Am J Health Promotion* 1994; 8:286.

Thuler LCS, Mendonça GA. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(11): 656-60.

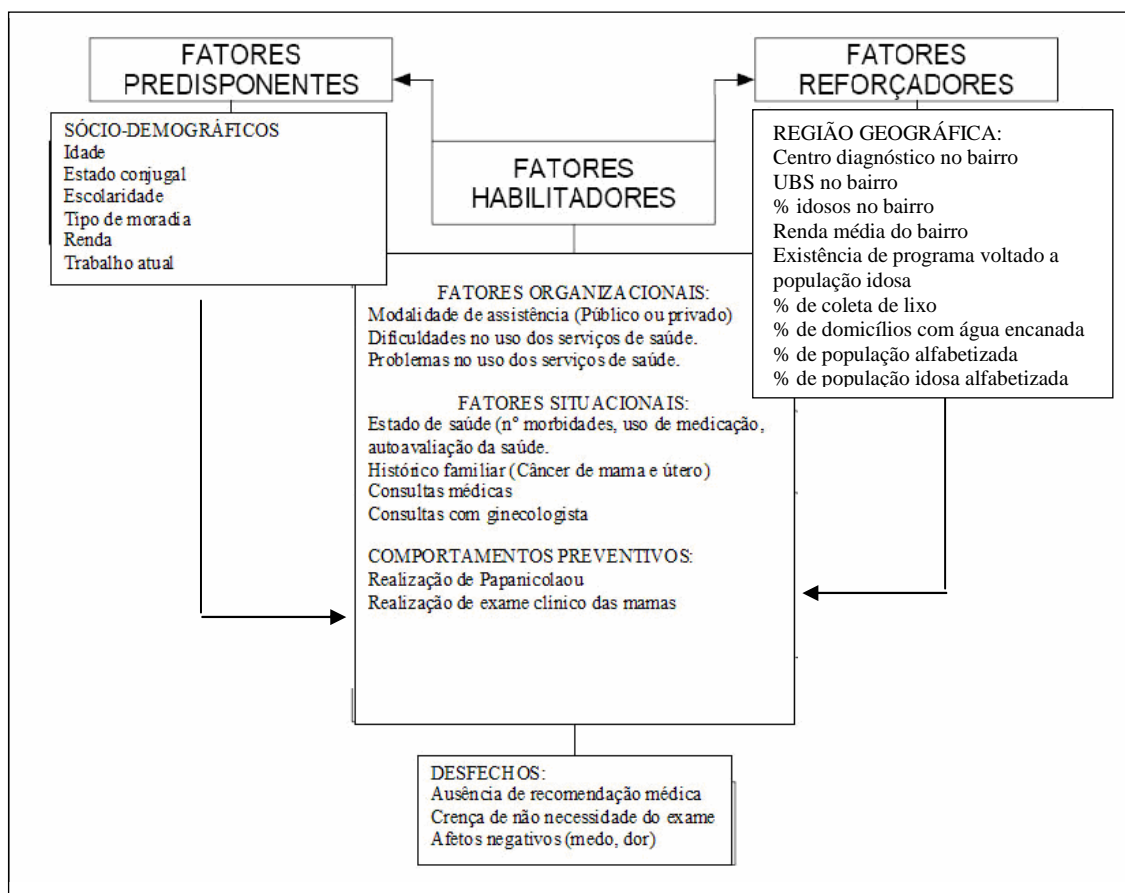
Uchoa, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(3):849-853, mai-jun, 2003

Walsh, J. McPhee, S. A systems modelo f clinical preventive care: na analisys of factors influencing patient and physician. *Health Educ Q*, 1992; 19: 157-75.

Weinberger M, Sanders AF, Bearon LB, et al. Physician-related barriers to breast cancer screening in older women. *J Gerontol*. 1992;47(special issue):111-117.

Zappa M, Visioli CB, Ciatto S. Mammography screening in elderly women: efficacy and cost-effectiveness. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2003 Jun;46(3):235-9.

Figura 1 – Estudo EPOCA: Envelhecimento Populacional e Câncer. Variáveis do estudo*. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2006.



*Modelo adaptado do *Systems Model of Clinical Preventive Care* (Walsh & McPhee, 1992)

Tabela 1 – Estudo EPOCA: Envelhecimento Populacional e Câncer. Descrição das características da população de estudo segundo categorias de motivos. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2006.

	S/ recomendação médica		Não acha necessário		Afetos negativos	
	N	%	N	%	N	%
Fatores predisponentes Sócio-demográficos						
Idade						
60 – 69	184	41,0	200	35,3	36	47,4
70 – 79	192	42,8	242	42,7	30	39,5
80 ou mais	73	16,2	125	22,0	10	13,1
Estado conjugal						
Casada	125	27,8	154	27,2	21	27,6
Viúva/divorciada	269	60,0	326	57,5	45	59,2
Solteira	55	12,2	87	15,3	10	13,2
Renda¹						
Ate 1 salário mínimo	211	47,0	243	42,9	30	39,5
1 a 3 salários mínimos	171	38,1	205	36,1	36	47,4
4 ou mais salários	67	14,9	119	21,0	10	13,1
Escolaridade						
Nenhuma	96	21,4	128	22,6	21	27,6
1 a 4 anos	334	74,4	379	66,8	50	65,8
5 ou mais anos	19	4,2	60	10,6	5	6,6
Tipo de moradia						
Própria	296	65,9	388	68,4	47	61,8
Outras	153	34,1	179	31,6	29	38,2
Trabalho atual						
Não	411	91,5	513	90,5	65	85,5
Sim	38	8,5	54	9,5	11	14,5
Fatores habilitadores Organizacionais						
Modalidade de assistência						
Privado	61	13,6	108	19,0	15	19,7
Público	388	86,4	459	81,0	61	80,3

Tabela 1 (continuação) – Estudo EPOCA: Envelhecimento Populacional e Câncer. Descrição das características da população de estudo segundo categorias de motivos. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2006.

	S/ recomendação médica		Não acha necessário		Afetos negativos	
	N	%	N	%	N	%
Dificuldades p/ ir ao serviço de saúde						
Não	324	72,2	453	79,9	62	81,6
Sim	125	27,3	114	20,1	14	18,4
Problemas nos serviços de saúde						
Não	247	55,0	323	57,0	38	50,0
Sim	202	45,0	244	43,0	38	50,0
Fatores habilitadores Situacionais						
Número de morbidades						
Nenhuma	45	10,0	87	15,3	14	18,4
Uma	223	49,7	280	49,4	36	47,4
2 ou mais	181	40,3	200	37,3	26	34,2
Uso de medicação						
Não	63	14,0	131	23,1	17	22,4
Sim	386	86,0	436	76,9	59	77,6
Autoavaliação da saúde						
Excelente	25	5,6	59	10,4	9	11,8
Boa	183	40,8	231	40,7	31	40,8
Razoável	199	44,3	233	41,1	29	38,2
Ruim	42	9,4	44	7,8	7	9,2
História familiar de câncer de mama						
Não	399	88,9	505	89,1	69	90,8
Sim	50	11,1	62	10,9	7	9,2
História familiar de câncer útero						
Não	413	92,0	529	93,3	68	89,5
Sim	36	8,0	38	6,7	8	10,5

Tabela 1 (continuação) – Estudo EPOCA: Envelhecimento Populacional e Câncer. Descrição das características da população de estudo segundo categorias de motivos. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2006.

Fatores habilitadores Comportamentos preventivos						
	S/ recomendação médica		Não acha necessário		Afetos negativos	
	N	%	N	%	N	%
Consultas médicas no último ano						
Sim	424	94,4	511	90,1	68	89,5
Não	25	5,6	56	9,9	8	10,5
Consulta com Ginecologista						
Sim	396	88,2	369	65,1	29	38,2
Não	53	11,8	198	34,9	47	61,8
Realização de Papanicolaou						
Sim	353	78,6	256	45,1	23	30,3
Não	96	21,4	311	54,9	53	69,7
Realização de exame clínico das mamas						
Sim	237	52,8	132	23,3	11	14,5
Não	212	47,2	435	76,7	65	85,5
Fatores reforçadores						
Nível sócio-econômico do bairro¹						
> 2 salários mínimos	86	19,2	135	23,8	15	19,7
≤ 2 salários mínimos	363	80,8	432	76,2	61	80,3
Bairro com Unidade Básica de Saúde						
Sim	297	66,1	354	62,4	46	60,5
Não	152	33,9	213	37,6	30	39,5
Região com centro diagnóstico						
Sim	39	8,7	73	12,9	9	11,8
Não	410	91,3	494	87,1	67	88,2

Percentual de idosos no bairro

$\geq 8\%$	386	86,0	459	81,0	63	82,9
$< 8\%$	63	14,0	108	19,0	13	17,1

Tabela 2 - Estudo EPOCA: Envelhecimento Populacional e Câncer. Estimativas dos efeitos fixos (coeficientes) e aleatórios (u_0) dos modelos de regressão logística vazios, com as variáveis dos indivíduos (nível 1) e com as variáveis do contexto (nível 2), para as chances de uma mulher declarar “Não ter recebido recomendação médica para fazer mamografia”. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2006.

	Coeficiente	Razão de Chances	p- valor	Var (μ_0)	p-valor Var(μ_0)	Coeficiente	Razão de Chances	p- valor	Var (μ_0)	p-valor Var(μ_0)
M0:Modelo somente intercepto	-0.379	0.685	0.000	0.264	0.010					
M1:Somente variáveis nível 1	-1.550	0.212	0.002	0.191	0.050					
M2:Variáveis nível 1 + Variáveis nível 2	-	-	-	-	-	-1,535	0,215	0,002	0,146	0,090
Idade										
60 – 69 anos	0.000	1.000				0,000	1,000			
70 – 79 anos	0.003	1.003	0.992			-0,009	0,991	0,952		
80 ou mais	-0.042	0.958	0.850			-0,083	0,920	0,696		
Escolaridade										
5 ou mais anos	0.000	1.000				0,000	1,000			
Nenhuma	0.900	2.459	0.004			0,908	2,479	0,010		
1 a 4 anos	0.864	2.372	0.014			0,925	2,521	0,002		
Estado conjugal										
Casada	0.000	1.000				0,000	1,000			
Viúva / divorciada	0.154	1.166	0.362			0,155	1,167	0,362		
Solteira	0.276	1.318	0.266			0,274	1,315	0,266		

	Coeficiente	Razão de Chances	p- valor	Var (μ_0)	p-valor Var(μ_0)	Coeficiente	Razão de Chances	p- valor	Var (μ_0)	p-valor Var(μ_0)
Renda										
4 ou mais salários mínimos	0.000	1.000				0,000	1,000			
1 a 3 salários mínimos	0.067	1.069	0.756			0,078	1,081	0,718		
Ate 1 salário mínimo	0.272	1.312	0.212			0,291	1,337	0,178		
Modalidade de assistência										
Privado	0.000	1.000				0,000	1,000			
SUS	0.269	1.309	0.222			0,284	1,328	0,194		
Dificuldades no uso dos serviços										
Não	0.000	1.000				0,000	1,000			
Sim	0.362	1.436	0.034			0,348	1,416	0,040		
Número de morbidades										
Nenhuma	0.000	1.000				0,000	1,000			
Uma	0.077	1.080	0.772			0,094	1,098	0,718		
Duas ou mais	-0.139	0.870	0.618			-0,117	0,889	0,674		
Uso de medicação										
Não	0.000	1.000				0,000	1,000			
Sim	0.430	1.537	0.048			0,403	1,496	0,062		

	Coeficiente	Razão de Chances	p- valor	Var ($\mu 0$)	p-valor Var($\mu 0$)	Coeficiente	Razão de Chances	p- valor	Var ($\mu 0$)	p-valor Var($\mu 0$)
Autoavaliação da saúde										
Excelente	0.000	1.000				0,000	1,000			
Boa	0.575	1.777	0.052			0,612	1,844	0,038		
Regular	0.483	1.621	0.116			0,530	1,698	0,084		
Ruim	0.583	1.791	0.132			0,606	1,833	0,144		
Historia familiar de câncer de mama										
Não	0.000	1.000				0,000	1,000			
Sim	0.089	1.093	0.696			0,100	1,105	0,652		
Consulta médica no último ano										
Sim	0.000	1.000				0,000	1,000			
Não	-0.187	0.829	0.536			-0,177	0,837	0,556		
Consulta com ginecologista										
Sim	0.000	1.000				0,000	1,000			
Não	-0.610	0.543	0.006			-0,600	0,548	0,006		
Realização de Papanicolaou										
Sim	0.000	1.000				0,000	1,000			
Não	-1.007	0.365	0.000			-1,012	0,363	0,000		

	Coeficiente	RC	p-valor	Var (μ_0)	p-valor Var(μ_0)	Coeficiente	RC	p-valor	Var (μ_0)	p-valor Var(μ_0)
Realização de ECM										
Sim	0.000	1.000				0,000	1,000			
Não	-0.831	0.436	0.000			-0,829	0,436	0,000		
Percentual de idosos no bairro										
$\geq 8\%$	-	-	-			0,000	1,000			
$< 8\%$	-	-	-			-0,471	0,624	0,034		

Tabela 3 – Estudo EPOCA: Envelhecimento Populacional e Câncer. Estimativas dos efeitos fixos (coeficientes) e aleatórios (μ_0) dos modelos de regressão logística vazio e somente com as variáveis dos indivíduos (nível 1), para as chances de uma mulher declarar “Não acha necessário fazer mamografia”. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2006.

Modelo	Coeficiente	Razão de Chances (OR)	p-valor	Var (μ_0)	p-valor Var(μ_0)
M0:Modelo somente intercepto	0,072	1,074	0,412	0,263	0,010
M1:Somente variáveis nível 1	0,918	2,504	0,054	0,222	0,024
Idade					
60 – 69 anos	0,000	1,000			
70 – 79 anos	0,185	1,203	0,230		
80 ou mais	0,388	1,474	0,056		
Escolaridade					
5 ou mais anos	0,000	1,000			
1 a 4 anos	-0,856	0,425	0,002		
Nenhuma	-0,918	0,399	0,004		
Estado conjugal					
Casada	0,000	1,000			
Viúva / divorciada	-0,128	1,136	0,430		
Solteira	-0,095	0,909	0,682		
Renda ¹					
4 ou mais salários mínimos	0,000	1,000			
1 a 3 salários mínimos	-0,257	0,773	0,204		
Ate 1 salário mínimo	-0,290	0,748	0,156		
Trabalho					
Sim	0,000	1,000			
Não	0,021	1,021	1,000		
Modalidade de assistência					
Privado	0,000	1,000			
SUS	-0,076	0,927	0,718		

Tabela 3 (continuação) – Estudo EPOCA: Envelhecimento Populacional e Câncer. Estimativas dos efeitos fixos (coeficientes) e aleatórios ($\mu 0$) dos modelos de regressão logística vazio e somente com as variáveis dos indivíduos (nível 1), para as chances de uma mulher declarar “Não acha necessário fazer mamografia”. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2006.

Modelo	Coefficiente	Razão de Chances (OR)	p-valor	Var ($\mu 0$)	p-valor Var($\mu 0$)
Dificuldades no uso dos serviços					
Não	0,000	1,000			
Sim	-0,267	0,765	0,104		
Número de morbidades					
Nenhuma	0,000	1,000			
Uma	0,000	1,000	1,000		
Dois ou mais	0,170	1,185	0,516		
Uso de medicação					
Não	0,000	1,000			
Sim	-0,409	0,664	0,044		
Autoavaliação da saúde					
Excelente	0,000	1,000			
Bom	-0,379	0,684	0,158		
Regular	-0,320	0,726	0,127		
Ruim	-0,451	0,637	0,208		
Consulta médica no último ano					
Sim	0,000	1,000			
Não	0,175	1,191	0,522		
Consulta com ginecologista					
Sim	0,000	1,000			
Não	-0,066	0,936	0,742		
Realização de Papanicolaou					
Sim	0,000	1,000			
Não	0,844	2,326	0,000		
Realização de ECM					
Sim	0,000	1,000			
Não	0,725	1,064	0,000		

¹salário mínimo de referência R\$350,00

Tabela 4 – Estudo EPOCA: Envelhecimento Populacional e Câncer. Estimativas dos efeitos fixos (coeficientes) e aleatórios (u_0) dos modelos de regressão logística vazios e somente com as variáveis dos indivíduos, para as chances de uma mulher declarar “Não fez mamografia por ter afetos negativos em relação ao exame (medo/dor/vergonha)”. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2006.

Modelo	Coeficiente	Razão de Chances (OR)	p-valor
M1: Somente variáveis nível 1	-3,232	0,039	0,000
Idade			
60 – 69 anos	0,000	1,000	
70 – 79 anos	-0,489	0,613	0,073
80 ou mais	-0,891	0,410	0,021
Renda ¹			
4 ou mais salários mínimos	0,000	1,000	
Ate 1 salário mínimo	0,089	1,093	0,819
1 a 3 salários mínimos	0,900	2,015	0,070
Trabalho			
Sim	0,000	1,000	
Não	-0,490	0,612	0,184
Número de morbidades			
Nenhuma	0,000	1,000	
Uma	-0,085	0,918	0,805
Duas ou mais	-0,057	0,944	0,877
Consulta com ginecologista			
Sim	0,000	1,000	
Não	1,392	4,022	0,000
Realização de Papanicolaou			
Sim	0,000	1,000	
Não	0,325	1,385	0,367
Realização de ECM			
Sim	0,000	1,000	
Não	0,495	1,641	0,202

¹salário mínimo de referência R\$350,00

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente ao envelhecimento da população brasileira vemos a crescente dependência dos idosos em relação aos serviços de saúde e a existência de inadequações que requerem uma atualização das políticas e ações no campo social e da saúde, no sentido de minimizar as iniquidades e assegurar a sua qualidade de vida. E uma questão que emerge dessa realidade é o uso de serviços de saúde por pessoas idosas, seus determinantes e as demandas decorrentes.

Para a proposição de intervenções é fundamental assumir que esse segmento da população não constitui um grupo homogêneo. Sendo assim, buscamos primeiramente focar os determinantes de acesso a serviços de saúde por idosos, comparando homens e mulheres em uma perspectiva de gênero. Embora nossas análises tenham sido estratificadas em função do sexo, buscamos principalmente discutir nossos achados utilizando a categoria gênero, enquanto um dispositivo interpretativo conforme definido por Villela e colaboradores (2009).

A descrição da amostra do estudo evidenciou uma população de maioria feminina, com baixo nível socioeconômico e perfil de saúde típico do envelhecimento de modo geral com alta prevalência de morbidade auto-referida e com distribuição etária e de modalidade de serviço de saúde utilizados semelhantes para homens e mulheres, quadro similar ao observado para a população brasileira (IBGE, 2004; Carvalho & Rodriguez-Wong, 2008).

Quando comparados, os perfis de homens e mulheres mostraram-se distintos e consistentes com o descrito em outras regiões do país e do mundo (Costa

& Facchini, 1997; Mendoza-Sassi & Béria; 2003; Parslow et al, 2004; Carpilheira. & Santos, 2006). No grupo feminino, encontramos pior auto-avaliação da saúde, maior proporção de morbidade auto-referida, mais uso de medicação, e maior proporção e frequência (de 4 a 6 vezes por ano) de consultas médicas. Os homens procuraram menos o serviço de saúde para consultas médicas e quase a metade declarou não possuir médico de referência. Além disso, referiram uso de medicação em menor proporção, apesar de terem apresentado maior número de internações.

Merece ser destacado o fato de que os fatores associados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde foram os mesmos para ambos: uso do Sistema Único de Saúde (SUS), relato de obstáculos na busca por assistência e auto-avaliação negativa da própria saúde. A distância foi a principal dificuldade relatada, mas, em seguida, as mulheres mencionam a falta de companhia enquanto os homens citam a falta de recursos financeiros. A falta de companhia como dificuldade para a busca de assistência, remete ao fato de que muitas mulheres não possuem companheiro, vivem sozinhas e carecem de suporte social para enfrentar situações cotidianas de saúde, tarefas domésticas ou atividades sociais (Camarano, 2003).

Os principais problemas vivenciados no serviço foram a demora no atendimento e na obtenção de exames, similar ao descrito por outros autores (Lima-Costa et al; 2002; Assis et al, 2003). Podemos supor que esses problemas tenham origem na forma como se organiza o sistema de saúde brasileiro, considerada precária e defasada, em decorrência da insuficiência dos recursos públicos destinados à saúde, o que torna a oferta limitada e incompleta frente a demanda progressiva e recente decorrente do envelhecimento populacional (Chaimowicz, 1997; Garrido e Menezes, 2002 (WHO, 2003;)).

A constatação de que as mulheres eram as principais usuárias dos serviços de saúde por parte das mulheres, nos levou a definir como segundo foco do estudo as estratégias preventivas adotadas em relação à saúde.

O padrão epidemiológico brasileiro aponta as neoplasias como importante causa de morte em idosos, sendo a mama a localização principal para as mulheres, cuja faixa etária mais acometida é a de 70 ou mais anos (Smith et al, 2003; Ministério da Saúde, 2004; Basílio e Mattos, 2008). Como exames preventivos como o Papanicolaou, o exame clínico das mamas e a mamografia, raramente têm, entre a sua população-alvo, mulheres acima de 74 anos, existindo uma lacuna nos estudos que investigam o seu uso (Badgwell et al; 2008). Assim, buscamos contemplar as práticas preventivas em um segundo trabalho, que teve como objetivo principal estimar a prevalência de não utilização de mamografia pela população feminina idosa e os possíveis fatores associados.

Entre as quatro práticas preventivas avaliadas (consulta ao ginecologista, realização de Papanicolaou, de exame clínico das mamas e de mamografia), essa última foi a que apresentou menor proporção de utilização (72,1%). Essa prevalência foi similar às observadas na população americana (Kagay et al, 2006; Ostbye et al; 2003), e nas capitais brasileiras Vitória, Porto Alegre e Belo Horizonte (Szwarcwald et al, 2005), o que poderia ser um indício de que características urbanas e típicas de uma cidade de médio porte colaboram para aumentar a adesão ao exame. Não podemos deixar de lado o fato de que o presente estudo foi realizado em Juiz de Fora, Minas Gerais, um município de população envelhecida (11% segundo o Censo 2000), a qual trata-se de uma cidade pioneira no desenvolvimento de ações e programas em diferentes áreas destinados à população idosa, incluindo campanhas educacionais da comunidade.

Embora a prevalência de mamografia seja elevada entre as mulheres idosas de Juiz de Fora, existe ainda um grande percentual de mulheres que não realizam o exame, o qual corresponde a quase 30% da amostra. Os fatores mais fortemente associados a não utilização de mamografia estão relacionados à ausência de outros atendimentos especializados, que remetem à perda da função reprodutiva, como o exame de Papanicolaou e a não realização de consultas com ginecologista.

Idade mais avançada, baixa escolaridade e a ausência de relação conjugal foram fatores de risco para a não utilização de mamografia. Essa associação deve ser interpretada com o olhar voltado para a nossa cultura e para as funções sociais e biológicas atribuídas as mulheres que, necessariamente, passam pela questão corporal. Ou seja, a mulher dotada de capacidade reprodutiva na maior parte de sua vida, nessa fase do desenvolvimento perde essa função, perde o companheiro e, não raro, deixa de se ocupar de tudo que anteriormente permeava essa relação, para cuidar de um “novo” corpo e de novas demandas que o envelhecimento biológico impõe ao instaurar outras patologias (Bluestein, 2005; Tang et al, 2000).

Considerando que ainda existe uma parcela importante de mulheres idosas que nunca foram submetidas à mamografia, ainda que, de acordo com a própria metodologia de recrutamento para o estudo, tenham acesso aos serviços públicos de saúde e às campanhas informativas, optamos por aprofundar a análise relacionada ao não uso desse exame, investigando as razões declaradas para sua não realização.

São escassos os estudos que contemplam as razões alegadas para a não adesão à mamografia e consideramos esse aspecto de vital importância porque são justamente essas mulheres não aderentes que requerem maior intervenção.

Nossos achados mostraram que a principal razão alegada pelas mulheres para nunca terem se submetido ao exame mamográfico foi o fato de não considerar importante a realização de mamografia, evidenciando pouca percepção de risco, o que é determinante para que essa questão não seja merecedora de atenção para mais da metade das mesmas (51,9%). Esse resultado aponta para a existência de uma lacuna importante nas ações educativas, na medida em que muitas mulheres ainda acreditam que o risco é fruto da presença de sintomas, de relações sexuais, ou ainda da idade reprodutiva. Esse mesmo grupo mostrou-se mais idoso e negligente em relação a realização do exame de Papanicolaou e do exame clínico de mama.

A segunda razão mais citada foi *“Não ter recebido recomendação médica para fazer mamografia”*, o que, de certa forma, não seria uma surpresa, considerando que o Consenso para Controle do Câncer de Mama, preconiza o exame até os 69 anos de idade (Ministério da Saúde, 2004). Entretanto, para autores de diferentes países (Miller, 1995; Richardson et al, 1997; Amodeo et al, 2003; Zappa et al, 2003; Smith et al, 2003), o critério etário já não é considerado como um bom parâmetro, em face da grande variabilidade entre os indivíduos em relação aos processos do envelhecimento, sendo sugerido que se parta de uma avaliação global para pesar os benefícios e malefícios de se adotar a mamografia em determinada paciente.

A decisão médica é um fator determinante para a realização da mamografia (McPhee & Schroeder, 1987). O médico pode atuar como um agente

para desmitificar o exame, informar a mulher dos riscos acerca do câncer de mama, e remover as crenças distorcidas sobre risco e possibilidades frente à doença. Entre os fatores que aumentaram as chances para declarar não haver recebido recomendação médica para a realização de mamografia observamos a baixa escolaridade, o uso regular de medicação, e a auto-avaliação positiva da saúde

Outra razão identificada para nunca ter realizado a mamografia foi denominada como “Afetos Negativos” sendo a menos citada pelas respondentes e, tendo mostrado maior expressão na faixa etária entre 60 e 69 anos, e sendo diretamente relacionada à ausência de consultas ginecológicas. Nessa categoria são relatados sentimentos como medo, dor, vergonha, frente ao exame ou o médico. É oportuno observar a forte associação entre tal alegação e o fato de não ir ao ginecologista, ou seja, as mulheres idosas nem mesmo chegam a consulta médica e, assim sendo, também não se submetem às estratégias preconizadas.

Assumindo que o acesso aos serviços de saúde é determinado estruturalmente (Travassos e Martins, 2004), neste último estudo exploramos possíveis efeitos contextuais, com base nas informações disponíveis no Censo 2000 (IBGE, 2000) e no Datasus (Ministério da Saúde, 2006). Para os desfechos “Ausência de recomendação médica” e “Crença de não necessidade de realização da mamografia” observamos que existe variabilidade explicada por fatores contextuais, externos aos indivíduos. Porém, as variáveis que tínhamos disponíveis não se mostraram sensíveis a essa relação e só foi observada associação estatisticamente significativa entre o desfecho “Ausência de recomendação médica” e residir em bairro envelhecido. Este fato provavelmente resulta da existência de outras características que interagem com esses desfechos, os quais se sobrepõem às que puderam ser analisadas.

Uchoa (2003) afirma que o contexto no qual a pessoa idosa vive interfere na sua percepção da saúde, na definição de doença e de risco e nas estratégias utilizadas na saúde. Esse campo, entretanto, permanece ainda pouco explorado, tanto devido à ausência de dados disponíveis e de boa qualidade, que descrevam esse contexto de forma mais ampla e consolidada, como pela dificuldade de operacionalizar tais análises de forma metodologicamente adequada.

Cabe lembrar que os estudos acerca dessa temática, que envolvem envelhecimento, gênero e acesso a serviços, estão condicionados ao tempo histórico, uma vez que as necessidades de saúde, a organização dos sistemas e políticas e, ainda, os papéis sociais vêm sofrendo transformações ao longo dos anos. Por outro lado, a compreensão dessas questões é dependente da cultura e, por isso, pode mostrar variabilidade entre regiões distintas em algumas situações.

Finalmente, é importante destacar que há necessidade de refletir acerca da organização dos serviços de saúde, da formação dos profissionais, bem como da educação em saúde para a população em nosso país. Foi possível observar no desenvolvimento deste estudo que existem falhas importantes na comunicação em saúde, nas bases de dados públicas disponíveis, no entendimento que a população idosa tem sobre o auto-cuidado e, ainda, na política de controle do câncer de mama vigente. Em síntese, os resultados observados neste estudo parecem sugerir a existência de lacunas entre as definições das políticas públicas referentes à atenção a saúde no país, sua implementação pelos serviços de saúde, e sua contextualização considerando os perfis das populações-alvo para as quais aquelas se destinam.

CONCLUSÕES

Os fatores associados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde foram os mesmos para homens e mulheres: uso do Sistema Único de Saúde (SUS), relato de obstáculos na busca por assistência e auto-avaliação negativa da própria saúde. A distância foi entre a residência e as unidades de saúde a principal dificuldade relatada por homens e mulheres, em relação ao consumo de serviços de saúde. Porém, o principal motivo alegado pelos homens para a reduzida busca de atenção à saúde consiste na precariedade de recursos financeiros para o seu deslocamento, enquanto a falta de companhia foi a principal razão mencionada pelas mulheres idosas. Os principais problemas vivenciados no serviço foram demora no atendimento e na obtenção de exames.

No grupo masculino houve menor procura pelo serviço de saúde para consultas médicas, o uso de medicação foi em menor proporção e ocorreu um maior número de internações. O grupo feminino apresentou pior auto-avaliação da saúde, maior proporção de morbidade auto-referida, maior uso de medicação e maior proporção e frequência de consultas médicas.

A prevalência de mamografia nessa população foi de 72.1%, porém quase 30% das mulheres estudadas não a realizaram.

Os fatores mais fortemente associados a não utilização de mamografia se referem a não realização de exame de Papanicolaou e de consultas com ginecologista. Idade avançada (igual ou superior a 70 anos), baixa escolaridade e ausência de relação conjugal também foram fatores de risco para a não utilização de mamografia.

A principal razão para que as mulheres nunca tenham se submetido ao exame mamográfico foi *“Não acha necessário fazer mamografia”* e os fatores que aumentaram as chances desse desfecho foram maior idade, ausência de Papanicolaou e exame clínico de mama. A segunda razão mais citada foi *“Não ter recebido recomendação médica para fazer mamografia”* e os fatores que aumentaram as chances desse desfecho foram baixa escolaridade, uso regular de medicação e auto-avaliação positiva da saúde. A razão menos citada foi por nós denominada como *“Afetos Negativos”* e se mostrou inversamente associada à idade e diretamente associada à ausência de consultas ginecológicas.

Foi verificada a existência de efeitos de contexto em relação aos desfechos *“Não acha necessário fazer mamografia”* e *“Não ter recebido recomendação médica para fazer mamografia”*, porém essas relações devem ser melhor exploradas em estudos futuros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amodeo C, Caglia P, Gandolfo L, Veroux M, Brancato G, Imme A. Breast cancer screening in the elderly. *Tumori*. 2003 Jul-Aug;89(4 Suppl):173-4.

Arber, S., Ginn, J., 1993. Gender and inequalities in health in later life. *Social Science and Medicine* 36 (1), 33±46.

Arber S, Cooper H. Gender differences in health in later life: The new paradox? *Soc Sci Med* 1999;48:61-76.

Assis MMA, Villa TCS, Nascimento, MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Cienc Saúde Coletiva* 2003; 8: 815-23.

Baltes, P. B. The aging mind: potentials and limits. *The Gerontologist*, vol. 2 (1), pp. 23-24, 1993.

Barreto SM, Giatti L, Kalache A. Gender inequalities in health among Brazilian older adults. *Pan Am J Public Health* 2004; 16:110-7.

Barreto, S. M. Kalache, A. Giatti, L. Does health status explain gender dissimilarity in healthcare use among older adults? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(2):347-355, fev, 2006.

Barreto, S. M. Figueiredo, R. C. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. *Rev Saúde Pública* 2009;43(Supl 2):38-47.

Basílio, D.V. Mattos, I.E.. Câncer em mulheres idosas das regiões Sul e Sudeste do Brasil: Evolução da mortalidade no período 1980 – 2005. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(2): 204-14.

Beaglehole, R; Bonita, R; Kjellstron, T. *Epidemiologia Básica*. São Paulo: Santos Livrara Editora e Organização Mundial da Saúde, 1996. p. 88-93.

Birren, J. E. Birren, B. A. (1990). The concepts, models, and history of the Psychology of aging. In: Birren, J. E. K. WarnerShaie (org). *Handbook of Psychology of aging*, 3ª ed. San Diego Academic Press.

Black, M. A. E; Stein, K. F; Loveland-Cherry, C. J. Older Women and Mammography Screening Behavior: Do Possible Selves Contribute? *Health Educ Behav* 2001; 28; 200

Blackman, D.K; Benet, E.M; Miller, D.S. Trends in self reported use mammograms (1989-1997) and Papanicolaou tests (1991-1997) – Behavioral Risk Factor Surveillance System. MMWR Surveill Summ. 1999; 48:1-22.

Boults, C.; Dowd, B.; Mccaffey, B. A.; Boulton, L.; Hernandez, R. Krulewicz, H., 1993. Screening elders for risk of hospital admission. Journal of the American Geriatrics Society, 41:811-817.

Boyle P, Ferlay J.. Cancer incidence and mortality in Europe, 2004. Ann Oncol 2005; 16: 481-8.

Breen, N.; Wagener, D. K; Brown, M. L; Davis, W. W; Ballard-Barbash, R. Progress in cancer screening over a decade: results of cancer screening from the 1987, 1992 and 1998 National Health Interview Surveys. J Nat Cancer Institute, Vol. 93 (22), November, 21, 2001.

Camarano, A. A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? Estudos Avançados, v. 17, n. 49, 2003.

Carpilheira, M. F. Santos, I. S. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. Rev Saúde Pública, 40(3):436-43, 2006.

Caplan, L. S. To screen or not to screen: the issue of breast cancer screening in older women. Public Health Rev. 2001;29(2-4):231-40.

Carvalho, J.A.M; Rodríguez-Wong, L. L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(3):597-605, mar, 2008.

Carvalho, J. A. M. Garcia, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad. Saúde Pública, jun. 2003, vol.19, no.3, p.725-733.

Centers for Disease Control and Prevention. Healthy people 2010. <http://www.healthypeople.gov>.

Chaimowicz, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev Saúde Pública, 31:184-200, 1997.

Coleman EA, Feuer EJ. Breast cancer screening among women from 65 to 74 years of age in 1987-88 and 1991. Ann Intern Med. 1992;117:961-966.

Costa, J. S. D. et al. Cobertura do exame físico de mama: estudo de base populacional em pelotas, RS. Rev. Bras. de Epidemiologia, 2003; 6 (1): 39-48.

Costa, J. S. D; Facchini, L. A. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. Rev Saúde Pública 31(4):360-9, 1997.

DATASUS (Departamento de Informática do SUS), 1996. Informações sobre Mortalidade 1996. <http://www.datasus.gov.br>.

DATASUS (Departamento de Informática do SUS), 2000. Informe epidemiológico do SUS 2000. 9 (1): 23-41.

DATASUS (Departamento de Informação e Informática do SUS). Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 1996-2000 [CD-ROM]. Brasília: Departamento de Informação e Informática do SUS; 2000.

Denton M, Prus S, Walters V. Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. Soc Sci Med. 2004;58(12):2585-600.

Donabedian, A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press, 1973.

Dullum JR, Lewis EC, Mayer JA. Rates and correlates of discomfort associated with mammography. Radiology. 2000;214:547-552.

Edwards, B. K; Brown, M. L; Wingo, P. A. et al. Annual report to the Nation on the status of cancer, 1975-2002, featuring population-based trends in cancer treatment. J Nation Cancer Instit 2005; 97(19):1407-27.

Edwards, N. Jones, D. Uptake of breast cancer screening in older women. Age and Ageing, Vol 29, 131-135, 2000.

Farias, L. O. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. Ciênc Saúde Coletiva, 6:405-16, 2001.

Fernandez E, Schiaffino A, Rajmil L, Badia X, Segura A. Gender inequalities in health and health care services use in Catalonia (Spain). J Epidemiol Community Health 1999; 53:218-22.

FIBGE (Fundação IBGE). Informações estatísticas e geocientíficas (informação online). Disponível em <http://www.ibge.gov.br> acessado em:

Field LR, Wilson TE, Strawderman M, et al. Mammographic screening in women more than 64 years old: A comparison of 1- and 2-year intervals. Am J Roentgenol 1998;170:961-965.

Firmo JOA, Barreto SM, Lima-Costa MF. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:817-27.

Firmo, J. A. O; Uchôa, E; Lima-Costa, M. F. Fatores associados ao conhecimento da condição de hipertenso entre idosos *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(2):512-521, mar- abr, 2004.

Fox SA, Roetzheim R, Kington RS. Barriers to Cancer Prevention in the Older Person. *Clin Geriatr Med*. 1997;13(1):79-95.

Giveon S and Kahan E. Patient adherence to family practitioners' recommendations for breast cancer screening: a historical cohort study. *Family Practice* 2000; 17: 42–45. Oxford University Press 2000 Printed in Great Britain

Goodwin JS, Black SA, Satish S. Ageing versus disease: the opinions of older black, Hispanic, and non-Hispanic white Americans about the causes and treatment of common medical conditions. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47:973-9.

Gornick, M. E; Eggers, P. W; Reilly, T.W; et al. Effects of race and income on mortality and use of services among Medicare beneficiaries. *N Engl J Med* 1996;335:791–9.

Grady KE, Lemkau JP, McVay JM, Reisine ST. The importance of physician encouragement in breast cancer screening of older women. *Prev Med*. 1992;21: 766-780.

Green, C. A. Pope, C. R. Gender, psychosocial factors and the use of medical services: a longitudinal analysis. *Social Science & Medicine* 48:1363-1372, 1999.

Guerra, L. H, Firmo, J. O. A, Uchoa, E, Lima-Costa, M. F. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): factors associated with hospitalization of the elderly. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(6):1345-1356, nov-dez, 2001.

Harris RP, Fletcher SW, Gonzalez JJ, et al. Mammography and age: are we targeting the wrong women? *Cancer*. 1991;67:2010-2014.

Hayflick, L. *How and Why We Age*. New York: Ballantines Books, 1994.

Heilborn, M. L. Gênero, Sexualidade e Saúde". In: *Saúde, Sexualidade e Reprodução - compartilhando Responsabilidades*. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 1997, p. 101-110.

Helmer, C; Barberger-Gateon, P; Letenneur, L Dartigues, J. F. Subjective health and mortality in French elderly women and men. *Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 54: S84-92;1999.

Henderson, B.E.; Pike, M.C.; Bernstein, L. Ross, R.K., 1996. Breast cancer. In: Schottenfeld, D. Fraumeni Jr., J.F. (ed). *Cancer Epidemiology and Prevention*, Oxford University Press Inc. New York, USA.

Hulka BS Wheat JR 1985. Patterns of utilization:the patient perspective. *Medical Care* 23(5):438-460.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2002. Censo Demográfico: Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2000a.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio) Acesso e Utilização de Serviços de Saúde 1998. Rio de Janeiro: IBGE, 2000b.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 – Revisão 2004. Rio de Janeiro, outubro de 2004.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Indicadores Sócio-demográficos e de Saúde no Brasil, Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, número 25. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

Kagay, C. R; Quale, C; Smith-Bindman, R. Screening mammography in the american elderly. *Am. J. Prev. Med*, 2006; 31(2).

Kalache, A.; Veras, R.P.; Ramos, L.R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev. Saúde Pública*, 21:200-10, 1987.

Kannel, W. B. Cardiovascular risk factors in the elderly. *Coronary Artery Disease* 1997;8/9:566-575.

Keemers-Gels ME, Groenendijk RPR, van den Heuvel JHM, et al. Pain experienced by women attending breast cancer screening. *Breast Cancer Res Treat.* 2000; 60:235-240.

Kelsey, J. L. Breast cancer: magnitude of the problem and descriptive epidemiology. *Epidemiol. Rev.*, 1993; 15:7-16.

Kleinman, A; Eisenberg, L. Good, B. Culture, illness and care: clinical lessons from antropologic and crosscultural research. *Annals of Internal Medicine*, 1978; (88), 251-258.

Krumholz HM, Douglas PS, Lauer MS, Pasternak. World Health Organization. Women, ageing and health. Achieving health across the life span. Geneva: World Health Organization; 1998.

Lairson, D. R; Wenyaw, C; Newmark, G. R. Determinants of the demand for breast cancer screening among women veterans in the United States. Social Science and Medicine. Vol 61, Issue 7, October 2005, Pages 1680-1617.

Laslett, P. What is old age? Variation over time and between cultures. International studies in demography: Health and mortality among the elderly, issues for assessment. New York: Oxford University Press, 1996.

Lebrão, M. L. & Duarte, Y. A. O. (org.). SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. 255p.

Lima-Costa MFF, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. Informe Epidemiológico do SUS 2000;9(1):23-41.

Lima-Costa, M. F. F. et al. The Bambuí health and aging study (bhas): private health plan and medical care utilization by older adults Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(1):177-186, jan-fev, 2002.

Lima-Costa, M. Veras, R. P. Saúde pública e envelhecimento. Cad. Saúde Pública, jun. 2003a, vol.19, no.3, p.700-701.

Lima-Costa, M. F. Barreto, S. M. Estudos epidemiológicos e envelhecimento. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2003; 12(4) : 189 - 201.

Lima-Costa, M. F; Barreto, S. M. Giatti, L et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Cad. Saúde Pública, jun. 2003c, vol.19, no.3, p.745-757.

Lima-Costa, M. F; Barreto, S. M. Giatti, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Cad. Saúde Pública, jun. 2003b, vol.19, no.3, p.735-743.

Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JO. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (Projeto Bambuí). Rev Saude Publica. 2004;38(5):637-42.

Lima-Costa MF. A Saúde dos Adultos na Região Metropolitana de Belo Horizonte: um estudo epidemiológico de base populacional. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (NESPE-FIOCRUZ/UFMG), 2004. 132 p.

Lima-Costa, M. F; Peixoto, S. V; Giatti, L. Tendências de mortalidade entre idosos brasileiros (1980-2000). *Epidemiologia e serviços de saúde* 2004; 13 (4): 217-228.

Lima-Costa MF et al. Self-rated health among older adults. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(3):830-839, mai-jun, 2005.

Lima-Costa, M. F; Matos, D. L; Camarano, A. A. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4):941-950, 2006.

Lima-Costa, M. F. Matos, D. L. Prevalência e fatores associados à realização da mamografia na faixa etária de 50-69 anos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios (2003). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(7): 1665-1673, jul, 2007.

Lima-Costa, M. F; Peixoto, S. V; Firmo, J. O. A; Uchoa, E. Validade do diabetes auto-referido e seus determinantes: evidências do projeto Bambuí. *Rev. Saúde Pública* v.41 n.6 São Paulo dez. 2007

Lloyd-Sherlock, P. Ageing, development and social protection: a research agenda. Texto apresentado em UNRISD Meeting on Ageing, Development and Social Protection, Valência, Espanha, 1-4 de abril de 2002.

May, D. S; Kiefe, C. I; Funkhouser, E. Fouad, M. N. Compliance with Mammography Guidelines: Physician Recommendation and Patient Adherence. *Preventive Medicine*. Volume 28, Issue 4, April 1999, Pages 386-394.

McCarthy EP, Burns RB, Freund KM, et al. Mammography use, breast cancer stage at diagnosis, and survival among older women. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:1226-1233.

McPhee, S. J; Schroeder, S. A. Promoting Preventive Care? Changing Reimbursement is Not Enough. *AJPH*, July, 1987, Vol. 77. n. 7.

McPherson, C. P. M. P. H; Swenson, K.K. R. N; Lee, M. W. M. D. The Effects of Mammographic Detection and Comorbidity on the Survival of Older Women with Breast Cancer. *Journal of the American Geriatrics Society*. 50(6):1061-1068, June 2002.

Meister K, Morgan J. Risk factors for breast cancer. New York: American Council on Science and Health; 2000.

Mendonza-Sassi, R. & Béria, J. U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(4):819-832, jul-ago, 2001.

Mendoza-Sassi R & Béria JU. Prevalence of having a regular doctor, associated factors, and the effect on health services utilization: a population-based study in Southern Brazil. *Cad. Saúde Pública*, 19: 1257-1266, 2003.

Mendoza-Sassi, R; Béria, J. U; Barros, A. J. D. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev Saúde Pública*, 37(3):372-8, 2003.

Metzger MH, Goldberg M, Chastang JF, Leclerc A, Zins M. Factors associated with self-reporting of chronic health problems in the French GAZEL cohort. *J Clin Epidemiol*. 2002;55(1):48-59.

Michielutte, R; Sharp, P. C; Foley, K. L; Cunningham, L. E; Spangler, J. G; Paskett, E. D; Case, L. D. Intervention to increase screening mammography among women 65 and older. *Health Education Research: Theory & Practice*, Vol.20 no.2, 2005. Pages 149–162.

Miller, A. B. An Epidemiological Perspective on Cancer Screening. *Clinical Biochemistry*. Volume 28, Issue 1 , February 1995, Pages 41-48

Ministério da Saúde. Secretaria de Informática. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 1994-1996. Brasília:1996.

Ministério da Saúde. Secretaria de Informática. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Movimento de autorizações de Internações Hospitalares, 1993-1995. Brasília:1996.

Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. DATASUS. Informações de saúde. “<http://www.datasus.gov.br>”, 1997. [online]

Ministério da Saúde. Secretaria de Informática. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 1979-1996. Brasília:1998.

Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. DATASUS. Informações de saúde. “<http://www.datasus.gov.br>”, 2000. [online]

Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Controle do câncer de mama - Documento de Consenso. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2004(a).

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004 (b).

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2004 – uma análise da situação de saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

Ministério da Saúde. Portal do Instituto Nacional do Câncer. URL: <http://www.inca.gov.br>. Acessado em: 15/10/2006.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2007. 94p.

Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2006 – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF; 2007.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 112 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

Molina, L; Dalben, I. & De Luca, L. A. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. Rev. Assoc. Med. Bras., abr./jun. 2003, vol.49, no.2, p.185-190.

Nogales, A.M. V. “A mortalidade da população idosa no Brasil”. Em Como Vai? população brasileira. Brasília, Ipea, ano III, nº 3, dez. 1998, pp. 24-32.

Novaes, H.M.D; Braga, P.E; Schout, D. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD, 2003. Ciência e Saúde Coletiva, 11(4):1023-1035, 2006.

Ostbye, T., Greenberg, G.N., Taylor Jr., D.H., Lee, A.M. Screening mammography and Pap tests among older American women 1996–2000: results from the Health and Retirement Study (HRS) and Asset and Health Dynamics Among the Oldest Old (AHEAD). Ann. Fam. Med. 1, 2003, 209–217.

Otero-Sabogal, R; Stewart, S; Sabogal, F; Brown, B. A. and Pérez-Stable, E. J. Access and Attitudinal Factors Related to Breast and Cervical Cancer Rescreening: Why are Latinas Still Underscreened? *Health Educ Behav* 2003; 30; 337.

Parslow, R; Jorm, A; Christensen, H; Jacomb, P; Rodgers, B. Gender differences in factors affecting use of health services: an analysis of a community study of middle-aged and older australians. *Soc Sci Med*, 59(10):2121-9, 2004.

Parvinen I, Helenius H, Pylkkanen L, Anttila A, Immonen-Raiha P, Kauhava L, Rasanen O, Klemi PJ. Service screening mammography reduces breast cancer mortality among elderly women in Turku. *J Med Screen*. 2006;13(1):34-40.

Parkin DM, Bray FI, Devesa SS. Cancer burden in the year 2000. The global picture. *Eur J Cancer* 2001; 37:S4-S66.

Phillips K, Morrison K, Andersen R, Aday L. Understanding the context of healthcare utilization: assessing environmental and provider-related variables in the behavioral model of utilization. *Health Serv Res* 1998; 33:571-96.

Pinheiro, R. S. Travassos, C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões a cidade do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(3):487-496, jul-set, 1999.

Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. Anuário Estatístico de Juiz de Fora. 2006

Powe BD, Weinrich S: An intervention to decrease cancer fatalism among rural elders. *Oncol Nurs Forum* 26(3):583-588, 1999.

Prus, S.G, Gee, E. Gender Differences in the Influence of Economic, Lifestyle, and Psychosocial Factors on Later-life Health. *Canadian Journal of Public Health*, July – August 2003.

Ramos, L. R. et al. Two-year follow-up study of elderly residents in São Paulo, Brazil: Methodology and preliminary results. *Revista de Saúde Pública*, 32:397-407, 1998.

Ramos, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, jun. 2003, vol.19, no.3, p.793-797.

Reyes-Ortiz, C. A; Freeman, J. L; Pelaez, M; Markides, K. S; Goodwin, J. S. Mammography use among older women of seven Latin American and Caribbean cities. *Preventive Medicine*, 2006; 42, 375-380.

Richardson, J. L; Marks, G; Solis, J. M; Collins, L. M; Birba, L; Hisserich, J. C; Frequency and adequacy of breast cancer screening among elderly Hispanic women. *Prev Med.* 1987 Nov;16(6):761-74.

Rimer BK, Ross E, Cristinzio CS, King E: Older women's participation in breast screening. *Journal of Gerontology* 47:85-91, 1992.

Robinson, J. Age equality in health and social care. IPPR on 28 January 2002, unpublished.

Rodriguez, A; Plasencia Schroeder, D. G. Research note predictive factors of enrollment and adherence in a breast cancer screening program in Barcelona (Spain). *Soc. Sci. Med.* Vol. 40, No. 8, pp. 1155-1160, 1995

Rosenberg, L. U; Magnusson, C; Lindström, E; Wedrén, S; Hall, P; Dickman, P. W. in relation to the risk of different histological subtypes of breast cancer: a case-control study. *Breast Cancer Research.* Vol 8 No 1.

Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Educ Q* 1988; 15: 175–83.

Ross C, Bird C. Sex stratification and health lifestyle: Consequences for men's and women's perceived health. *J Health Soc Behav* 1994;35:161-78.

Rowland, D. A five-nation perspective on the elderly. *Health Affairs*, 11:205-215, 1992.

Sadler, G. R; Ryujin, L. T; Ko, C. M. Nguyen, E. Korean women: breast cancer knowledge, attitudes and behaviors. *BMC Public Health* 2001, 1:7

Sarkisian CA, Rays RD, Mangione CM. Do older adults expect to age successfully? The association between expectations regarding aging and beliefs regarding health care seeking among older adults. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50:1837-43.

Schulz R, Mittelmark M, Kronmal R, Polak J, Hirsch F, German CH, et al. Predictors of perceived health status in elderly men and women. The Cardiovascular Health Study. *J Aging Health.* 1994;6(4):419-47.

Scott, Joan. "Gênero: uma categoria útil de análise histórica". *Educação e Realidade*, v. 16, n. 2, 1990, p. 5-22.

Sharp, P. C; Michielutte,R; Freimanis, R; Cunningham,L; Spangler, J; Burnette, V. Reported Pain Following Mammography Screening. *Arch Intern Med.* 2003;163:833-836

Smith, R. A; Saslow, D; Sawyer, K. A; Burke, W; Costanza, M. E; Evans, W. P; Foster, R. S; Hendrick, E; Eyre, H. J; Sener, S. American Cancer Society Guidelines for Breast Cancer Screening: Update 2003. *CA Cancer J Clin* 2003;53;141-169.

Smith-Bindman. R; Kerlikowske, K; Gebretsadik, T; Newman, J. Is screening mammography effective in elderly women? *The American Journal of Medicine*. Volume 108, Issue 2, February 2000, Pages 112-119.

Soskolne, V; Marie, S; Manor. O. Beliefs, recommendations and intentions are important explanatory factors of mammography screening behavior among Muslim Arab women in Israel. *Health Education Research*. Vol.22 no.5 2007, Pages 665–676.

Suarez L, Roche RA, Nichols D, Simpson DM: Knowledge, behavior, and fears concerning breast and cervical cancer among older low-income Mexican-American women. *Am J Prev Med* 13(2):137-142, 1997.

Szwarcwald, C. L; Leal, M. C; Gouveia, G. C; Souza, W. V. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados de Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant; Recife S (Supl 1): S11-S22, dez;2005*.

Tang, T. S; Solomon, L. J; McCracken, L. M. Cultural Barriers to Mammography, Clinical Breast Exam, and Breast Self-Exam among Chinese-American Women 60 and Older. *Preventive Medicine*, Vol 31 Issue 5, November 2000, Pages 575-583.

Travassos, C; Oliveira, E. X. G; Viacava, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4):975-986, 2006.

Travassos, C; Viacava, F; Pinheiro, R; Brito, A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Pública*, 11(5-6):365-73, 2002.

Travassos, C. Martins, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde. *Cad. Saúde pública*, Rio de Janeiro, 20 Supl. 2. 190-198, 2004.

Tucunduva, L. T. C. M; Sa, V. H. L. C; Koshimura, E. T. Et al. Estudo da atitude e do conhecimento dos médicos não oncologistas em relação às medidas de prevenção e rastreamento do câncer. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, jul./set. 2004, vol.50, no.3, p.257-262.

Veras, R. P. A Survey of the Health of Elderly People in Rio de Janeiro, Brazil. Ph.D. Thesis. London: University of London, 1992.

Veras, R. P.; Caldas, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade . *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, v. 9, n. 2, p. 423-432, abr./jun. 2004.

Veras, R. P.; Parahyba, M. I. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, v. 23, n. 10, p. 2479-2489, out./2007.

Verbrugge L. A health profile of older women with comparisons to older men. *Res Aging* 1984;6:291-322.

Verbrugge LM. The Twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. *J Health Soc Behav.* 1989;30(3):282-304.

Villela, W, Monteiro, S. Vargas, E. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4):997-1006, 2009.

Weinberger M, Sanders AF, Bearon LB, et al. Physician-related barriers to breast cancer screening in older women. *J Gerontol.* 1992;47(special issue):111-117.

World Health Organization. Population ageing: a public health challenge. Geneva: World Health Organization Press Office; 1998. Fact Sheet.

World Health Organization. Background paper for the technical consultation on effective coverage of health systems. Geneva: World Health Organization Press Office; 2001.

World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/ FAO Expert Consultation. Geneva: WHO; 2003. WHO. Technical Report Series n. 916.

Wu SC, Li CY, Ke DS. The agreement between self-reporting and clinical diagnosis for selected medical conditions among the elderly in Taiwan. *Public Health.* 2000;114(2):137-42.

Yancik, R. Ries, L. Cancer in older persons. Magnitude of the problem-how do we apply what we know? *Cancer*, 1994; 74:1995-2033.

Zago, A; Pereira, L. A. A; Braga, A. L. F. et al. Mortalidade por câncer de mama em mulheres na Baixada Santista, 1980 a 1999. *Rev. Saúde Pública*, ago. 2005, vol.39, no.4, p.641-645.

Zappa M, Visioli CB, Ciatto S. Mammography screening in elderly women: efficacy and cost-effectiveness. Crit Rev Oncol Hematol. 2003 Jun;46(3):235-9.

Anexo 1

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você foi convidado para participar da pesquisa: *“Atenção à saúde do idoso: Caracterização dos serviços de detecção precoce das neoplasias de mama, colo do útero e próstata na rede de atenção básica à saúde no sudeste da Zona da Mata de Minas Gerais”*. Este estudo é coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz e tem o apoio do Pólo Interdisciplinar na Área do Envelhecimento / UFJF e do Conselho Municipal do Idoso de Juiz de Fora. Os objetivos deste estudo são: caracterizar os serviços de atenção básica à saúde no sudeste da Zona da Mata Mineira em relação à disponibilidade, estruturação, utilização e satisfação do usuário idoso.

Você foi selecionado por estar participando da Campanha Nacional de Vacinação Contra Gripe, mas sua participação não é obrigatória. Sua participação nesta pesquisa consiste em responder a um questionário no próprio posto de vacinação. A qualquer momento você pode interromper sua participação sem que sofra prejuízo algum. Não existe risco em participar e os benefícios são: a contribuição para a avaliação dos serviços de atenção básica à saúde, favorecendo o desenvolvimento de ações no campo da saúde, e a produção de conhecimentos sobre os idosos de nossa região.

As informações obtidas serão divulgadas apenas em relação à população de modo geral, sendo todo o material cuidadosamente armazenado de modo a assegurar o sigilo sobre seus dados de identificação. Você pode entrar em contato conosco para tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, em qualquer momento que julgar necessário.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Participante da pesquisa

Instituições Responsáveis Pela Pesquisa:

- | | |
|---|--|
| • Pólo Interdisciplinar na Área do Envelhecimento | Telefone: (32) 3215-4694 |
| • Fiocruz/ ENSP | Telefone: (21) 2598-2627 |
| • Comitê de Ética em Pesquisa | Telefone: (21) 2598-2863 |
| Inês Echenique Mattos
Coordenação Geral | Cristiane de Oliveira Novaes
Coordenação Regional |

Anexo 2

DADOS GERAIS

Nome:		1 Idade:		2 Nascimento:	
3 Endereço:			4 Bairro:		5 Telefone:
		6 Altura:		7 Peso:	
8 Estado Civil: (1) Casado (2) Solteiro (3) Divorciado (4) Amasiado (5) Viúvo	9 Escolaridade: (1) Não alfabetizado (2) Alfabetizado (3) Fundamental (4) Médio (5) Superior	10 Sua casa: (1) Alugada (2) Cedida (3) Própria (4) C/ família	11 Fonte de renda: (1) Pensão (2) Aposentadoria (3) Salários (4) Ajuda de amigos (5) Não possui		12 Como é a sua saúde de modo geral? (1) Excelente (2) Boa (3) Razoável (4) Ruim
13 Trabalha atualmente? (1) Sim (2) Não	14 Ocupação?	15 Total da renda familiar? R\$	16 Esteve internado(a) no último ano? (1) Sim (2) Não	17 Se esteve, porquê?	
18 Qual o tipo de serviço de saúde que você utiliza? (1) SUS (2) Plano privado (3) Particular	19 No último ano você foi ao médico? (1) Semanal (2) Mensal (3) 4 a 6x ano (4) 1 a 3x ano (5) Não foi	20 Você tem um médico "geral" ou "especialista" que você consulta sempre? (1) Sim (2) Não	21 Há quanto tempo você consulta com esse médico?	22 Utiliza medicação regularmente? (1) Sim (2) Não Quantos? Valor? R\$	23 Nos últimos 30 dias, quantas vezes/semana você comeu frutas, verduras ou legumes? (1) diariamente (2) 1 a 3 p/semana (3) menos de 3 (4) menos de 1
24 Você convive com fumantes? (1) Sim (2) Não	25 Você fuma? (1) Fumante (2) Ex-fumante (3) Nunca fumou	26 Quantos cigarros você fuma ou fumava por dia?	27 Por quanto tempo você fuma ou fumou pelo menos 1 cigarro por semana? ____ meses ou ____ anos	28 .Nos últimos 30 dias, Você consumiu alguma bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não	
29 Durante os últimos 30 dias, aproximadamente, em quantos dias, por semana ou por mês, você consumiu bebidas alcoólicas? dias/ semana ou dias/ mês.					
30 Você realiza atividades moderadas fazendo suar levemente, como nadar, dançar, pedalar na bicicleta, fazer serviços domésticos leves? (1) Sim (2) Não Se sim, quantas vezes por semana?					
31 Você caminha mais de 10 min todo dia? (1) Sim (2) Não					
32 Quantas horas por dia você fica sentado?					
33 O que dificulta sua ida ao serviço de saúde? (1) Nada (2) Distância (3) Falta de transporte (4) Falta de dinheiro (5) Falta de companhia (6) Falta de tempo (7) Mau atendimento		34 Quando vai ao serviço de saúde, que problemas enfrenta? (1) Demora no atendimento (2) Demora para conseguir exames (3) Falta de profissionais (4) Falta de equipamentos (5) Falta de medicação (6) Mau atendimento		35 Algum médico já lhe disse que você tem ou teve alguma dessas doenças? (1) Alta pressão arterial (10) Enfisema (2) Colesterol alto (11) D. renal crônica (3) Triglicídeos alto (12) Cirrose do fígado (4) Diabetes (13) Hepatite (5) Angina / dores no peito (14) Reumatismo / artrite (6) Infarto (15) Osteoporose (7) AVC / derrame (16) Parkinson (8) Tuberculose (17) Depressão (9) Bronquite (18) Outra. Qual?	

Anexo 2 continuação

36 Algum médico já disse que você tem / teve câncer? (1) Sim (2) Não		40 Qual? (1) Nenhum nos últimos 12 meses (2) Quimioterapia/medicação (3) Cirurgia/biópsia (4) Radioterapia (5) Medicação p/dor, náuseas, alergias		41 Porque não fez tratamento nos últimos 12 meses? (1) Não quis (2) o médico não indicou (3) não tinha quem levasse (4) não tinha como pagar (5) Não tinha plano de saúde (6) não teve disponibilidade (7) o tratamento terminou	
37 Se sim, ano: Idade:					
38 Localização desse câncer?					
39 Foi necessário algum tratamento? (1) Sim (2) Não					
42 Algum parente já teve câncer de mama? (1) mãe (2) avó (3) irmã (4) outro _____ (5) não teve	43 Algum parente já teve câncer de útero? (1) mãe (2) avó (3) irmã (4) outro _____ (5) não teve	44 Algum parente já teve câncer de próstata? (1) pai (2) avó (3) irmão (4) outro _____ (5) não teve	45 Você está aqui por causa da vacinação contra gripe, como soube da campanha?	46 Você lembra de alguma outra campanha de saúde que tenha participado ou ficado sabendo?	
APENAS PARA AS MULHERES					
47 Você já foi a um ginecologista? (1) Sim (2) Não		48 Há quanto tempo? Ano: Idade:		49 Você fez cirurgia p/ retirada do útero? (1) Sim (2) Não	
<i>O teste de Papanicolaou, é um exame preventivo no qual se colhe um material do colo de útero para análise de laboratório.</i>					
51 Você já fez exame preventivo? (1) Sim Ano: (2) Não (3) Nunca fez		53 Em caso de sim, qual o motivo? (1) Vi uma campanha (2) ouvi falar (3) Rotina (4) Apresentava alteração (5) Recomendação médica		54 Em qual serviço você fez? (1) Público (2) Privado	
52 Porque nunca fez preventivo?					
<i>O exame clínico de mama é um exame no qual o médico/enfermeiro apalpa as mamas para procurar alguma alteração.</i>					
56 Você já fez exame de mama? (1) Sim Ano: (2) Não (3) Nunca fez		58 Em caso de sim, qual o motivo? (1) Vi uma campanha (2) ouvi falar (3) Rotina (4) Apresentava alteração (5) Recomendação médica		59 Em qual serviço você fez? (1) Público (2) Privado	
60 Foi necessário tratamento após o exame? (1) Sim. Qual? (2) Não (3) Não pegou o resultado					
57 Porque nunca fez exame clínico das mamas?					
<i>A mamografia é um exame em que as mulheres fazem um raio X comprimindo as mamas para detectar alterações.</i>					
61 Você já fez mamografia? (1) Sim Ano: (2) Não (3) Nunca fez		63 Em caso de sim, qual o motivo? (1) Vi uma campanha (2) ouvi falar (3) Rotina (4) Apresentava alteração (5) Recomendação médica		64 Em qual serviço você fez? (1) Público (2) Privado	
65 Foi necessário tratamento após o exame? (1) Sim. Qual? (2) Não (3) Não pegou o resultado					
62 Porque nunca fez mamografia?					