

Levantamento de determinantes sociais de saúde relacionados à adesão ao exame mamográfico

Social determinants of health related to adherence to mammography screening

Levantamiento de determinantes sociales de salud relacionados a la adhesión al examen mamográfico

Camila Brasil Moreira^I, Ana Fátima Carvalho Fernandes^I, Régia Christina Moura Barbosa Castro^{II},
Rosy Denyse Pinheiro de Oliveira^I, Ana Karina Bezerra Pinheiro^{II}

^I Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Fortaleza-CE, Brasil.

^{II} Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem. Fortaleza-CE, Brasil.

Como citar este artigo:

Moreira CB, Fernandes AFC, Castro RCMB, Oliveira RDP, Pinheiro AKB. Social determinants of health related to adherence to mammography screening. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(1):97-103.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0623>

Submissão: 19-01-2017

Aprovação: 07-04-2017

RESUMO

Objetivo: identificar determinantes sociais proximais, intermediários e distais relacionados à adesão à mamografia, segundo o modelo de determinantes sociais de saúde, proposto por Dahlgren e Whitehead. **Método:** estudo transversal correlacional, realizado com a aplicação de um questionário de dados sociodemográficos e clínicos e da Champion's Health Belief Model Scale, traduzida e adaptada para o uso no Brasil. Dados analisados por regressão linear múltipla, a partir dos domínios da escala, e usadas, como preditores, as variáveis sociodemográficas e clínicas. **Resultados:** destacou-se a faixa etária de 60-64 anos (55,0%), 22 (55,0%) mulheres possuíam companheiro fixo; e 14 (65,0%) concluíram o ensino superior. O domínio com maior influência na adesão à mamografia foi barreiras percebidas. **Conclusão:** os determinantes sociais de saúde têm relação direta com os níveis de adesão ao exame entre as mulheres, bem como com os benefícios, as suscetibilidades e as barreiras percebidas.

Descritores: Mamografia; Determinantes Sociais da Saúde; Promoção da Saúde; Programas de Rastreamento; Neoplasias da Mama.

ABSTRACT

Objective: To identify proximal, intermediary and individual social determinants related to mammography adherence, according to the Social Determinants of Health model proposed by Dahlgren and Whitehead. **Method:** Correlational cross-sectional study, carried out with a sociodemographic and clinical data questionnaire and the Champion's Health Belief Model Scale, translated and adapted for use in Brazil. Data analyzed by multiple linear regression, from the domains scale, and sociodemographic and clinical variables were used as predictors. **Results:** The age group of 60-64 years (55.0%) was highlighted, 22 (55.0%) women had a stable partner; and 14 (65.0%) completed higher education. The domain with the greatest influence on adherence to mammography was perceived barriers. **Conclusion:** The social determinants of health are directly related to the levels of adherence to the exam among women, as well as the perceived benefits, susceptibilities and barriers.

Descriptors: Mammography; Social Determinants of Health; Health Promotion; Screening Programs; Breast Cancer.

RESUMEN

Objetivo: identificar determinantes sociales proximales, intermediarios y distales relacionados a la adhesión a la mamografía, según el modelo de determinantes sociales de salud, propuesto por Dahlgren y Whitehead. **Método:** estudio transversal correlacionado, realizado con la aplicación de un cuestionario de datos socio demográficos y clínicos y de Champion's Health Belief Model Scale, traducida y adaptada para el uso en Brasil. Datos analizados por regresión lineal múltipla, a partir de los dominios de la escala, y usadas, como predictores, las variables socio demográficas y clínicas. **Resultados:** Se destacó el grupo de edad de 60-64 años (55,0%), 22 (55,0%) mujeres poseían pareja estable; y 14 (65,0%) concluyeron la enseñanza superior. El dominio con mayor influencia en la adhesión a la mamografía fue barreras notadas. **Conclusión:** Los determinantes sociales de salud tiene relación directa con los niveles de adhesión examen entre las mujeres, así como con los beneficios, las susceptibilidades y las barreras notadas.

Descritores: Mamografía; Determinantes Sociales de Salud; Promoción de la Salud; Programas de Rastreo; Neoplasias de Mama.

AUTOR CORRESPONDENTE

Camila Brasil Moreira

E-mail: camilabrasil@alu.ufc.br

INTRODUÇÃO

O Brasil tem experimentado relevantes transformações, reflexos da história social, econômica e cultural de composição das diversas regiões, estados e municípios, em um cenário de desigualdades que perpassam séculos e persistem até a atualidade. Nessa perspectiva, o século XX avoca particular importância, uma vez que sofre a influência do crescimento do mercado internacional, em que se instalam formas capitalistas de produção, trabalho e consumo; com base nessa dinâmica, o processo de industrialização e urbanização se desenvolve de forma mais acelerada, desencadeando intensas e contrastantes modificações na evolução das condições de saúde da população, bem como no surgimento das desigualdades em saúde⁽¹⁾.

O conhecimento acerca das desigualdades em saúde permite estabelecer possíveis mecanismos relacionados ao processo saúde-doença e identificar oportunidades de intervenções preventivas com alto potencial de efetividade⁽²⁾. As desigualdades na ocorrência de câncer são relevantes e devem ser preocupação dos epidemiologistas neste momento histórico, uma vez que essa doença constitui um problema de saúde pública, cujas discrepâncias tendem a aumentar devido ao processo de globalização atual⁽³⁾.

O câncer de mama é um tipo de neoplasia que apresenta fatores de risco associados diretamente às características biológicas e comportamentais dos indivíduos, bem como às condições sociais, ambientais, políticas e econômicas que os rodeiam⁽⁴⁾. A adesão aos métodos de detecção precoce dessa doença, como a mamografia, também está relacionada a múltiplos fatores, como sociais, econômicos e culturais; aos relacionados aos sistemas de saúde, serviços e profissionais; os referentes à doença, com o medo do diagnóstico e as próprias crenças da pessoa⁽⁴⁾. Desse modo, tais aspectos podem influenciar de maneira positiva ou negativa na adesão ou não ao exame diagnóstico.

Ao reconhecer o interesse de estudiosos da área sobre o levantamento dos motivos da adesão e não adesão à mamografia⁽⁵⁾, por se tratar de uma estratégia comprovadamente eficaz na redução da morbimortalidade do câncer de mama⁽⁶⁾, o presente estudo objetivou identificar determinantes sociais proximais, intermediários e distais relacionados à adesão à mamografia, à luz do modelo de determinantes sociais de saúde (DSS), proposto por Dahlgren e Whitehead⁽⁷⁾.

MÉTODO

Aspectos éticos

Considerando os aspectos éticos, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará, via Plataforma Brasil. Foram respeitadas as normas e diretrizes da pesquisa com seres humanos, por meio da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de estudo transversal correlacional, realizado em uma comunidade católica na cidade de Fortaleza-CE, Brasil, ativa socialmente, em que se faz elo entre espiritualidade e assuntos diversos da sociedade, no período de dezembro de 2015.

População ou amostra (critérios de inclusão e exclusão)

Amostra composta por 40 mulheres frequentadoras dessa comunidade; tendo como parâmetro o protocolo de recomendação de rastreamento mamográfico no Brasil⁽⁸⁾, foram considerados critérios de inclusão: mulheres entre 50 e 69 anos, não ter realizado mamografia nos últimos 24 meses, sem história pessoal nem familiar de câncer de mama ou de ovário. Os critérios de exclusão foram: mulheres com diagnóstico interrogado de câncer de mama ou de ovário, ou com diagnóstico confirmado de deficiência cognitiva que a impedissem de responder a entrevista.

Protocolo do estudo

A coleta de dados se deu através de dois instrumentos por meio de entrevista dirigida. O primeiro foi um questionário, que foi previamente testado, contendo os DSS, elaborado pela própria autora, segundo os pressupostos de Dahlgren e Whitehead⁽⁷⁾. Para o presente estudo, consideraram-se determinantes individuais: idade, raça, menarca precoce, menopausa tardia e história familiar e pessoal de câncer; determinantes proximais: estado civil, número de filhos e uso de terapia de reposição hormonal (componentes do estilo de vida das pessoas); determinantes intermediários: ocupação e renda (componente das condições de vida e de trabalho), escolaridade (componente da educação) e procedência (componente da habitação). As variáveis demográficas e socioeconômicas coletadas seguiram a classificação da Associação Nacional de Empresas de Pesquisa⁽⁹⁾.

Para avaliação da adesão ao exame mamográfico, foi utilizado outro instrumento, desenvolvido por Victoria Champion⁽¹⁰⁾ e traduzido e adaptado para o português⁽¹¹⁾, a *Champion's Health Belief Model Scale* (CHBMS), que tem sido utilizada em vários estudos que visam levantar os comportamentos perante a detecção do câncer de mama. A escala consiste em um instrumento de 18 itens do tipo *Likert*, útil para identificar os fatores que são associados com as crenças das mulheres sobre comportamentos de rastreio do câncer de mama, verificando a suscetibilidade, os benefícios e as barreiras percebidas em relação à mamografia.

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram organizados e analisados estatisticamente pelo programa SPSS versão 21.0, considerando frequência absoluta e relativa. As estatísticas descritivas foram utilizadas para analisar os DSS e as médias dos domínios da adesão ao exame mamográfico. O teste t e a análise de variância (ANOVA) foram conduzidos para avaliar o nível de adesão à mamografia, de acordo com os DSS. A análise de regressão múltipla foi utilizada para testar quais variáveis tiveram efeitos significativos sobre a adesão à mamografia. O nível de significância utilizado foi de 5%.

RESULTADOS

Quanto à faixa etária, observou-se que esta variou de 57 a 69 anos, houve predominância de mulheres com idade entre 60 e 64 anos (55%). Ressalta-se a presença de cinco (12,5%) pessoas com idade abaixo de 60 anos. Em relação ao estado civil, 22 (55%) encontravam-se casadas ou em união estável, 9 (22,5%) solteiras e 9 (22,5%) eram viúvas, de acordo com a Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e econômicas das participantes do estudo, Fortaleza, Ceará, Brasil, dezembro, 2015

Características da amostra (N = 40)	n	%	Média ± DP	Mínimo/Máximo
Faixa etária (anos)			63,25 ± 3,76	57/69
55-59	5	12,5		
60-64	22	55,0		
65-69	13	32,5		
Estado civil				
Solteira	9	22,5		
Casada/união estável	22	55,0		
Viúva	9	22,5		
Escolaridade (anos)			14,92 ± 2,07	13/17
≤ 14	26	65,0		
≥ 15	14	35,0		
Ocupação atual				
Empregada	10	25,0		
Desempregada/aposentada	30	75,0		
Raça				
Branca	35	87,5		
Parda	5	12,5		
Renda familiar (SM*)			6.187,50 ± 4.172,07	1.000,00/ 15.000,00
Até 3	10	25,0		
4-6	5	12,5		
> 6	25	62,5		
Procedência				
Capital	35	87,5		
Interior	5	12,5		

Nota: * SM- salário mínimo (R\$ 788,00)

A escolaridade foi apresentada em anos de estudo; um total de 26 (65%) tinham até 14 anos de estudo e 14 (35%) referiram 15 anos ou mais de estudo.

Quanto à profissão, interrogou-se no que concerne à situação atual de ocupação; 10 (25%) referiram que estavam empregadas e 30 (75%) encontravam-se desempregadas e/ou eram aposentadas.

Em relação à religião, todas as mulheres entrevistadas se denominaram católicas. Quando questionadas acerca da raça, 35 (87,5%) se declararam branca e 5 (12,5%) pardas, não havendo negra, amarela nem indígena.

No tocante à renda familiar, 25 (62,5%) mulheres relataram possuir renda maior que 6 salários mínimos, 5 (12,5%) recebiam entre 3 e 5 salários mínimos, e 10 (25%), renda menor ou igual a 3 salários mínimos.

Em relação aos dados clínicos, conforme Tabela 2, referente à história familiar de câncer, 32 (80%) relataram que possuíam parentes diagnosticados com neoplasia, sendo 10 (25%) câncer de mama, 5 (12,5%) de próstata, 5 (12,5%) de estômago, 4 (10%) de útero, 4 (10%) de intestino e 4 (10%) de pulmão. No que concerne à história pessoal de câncer, 4 (10%) mulheres já tinham sido diagnosticadas e tratadas de câncer de intestino.

Tabela 2 – Caracterização dos dados clínicos das mulheres, Fortaleza, Ceará, Brasil, dezembro, 2015

Características da amostra (N = 40)	n	%
Doença crônica		
Sim	18	45,0
Não	22	55,0
HAS	18	45,0
DM	9	22,5
Histórico familiar		
Sim	32	80,0
Não	8	20,0
Câncer de mama	10	25,0
Câncer de próstata	5	12,5
Câncer de estômago	5	12,5
Câncer de útero	4	10,0
Câncer de intestino	4	10,0
Câncer de pulmão	4	10,0
Histórico pessoal		
Sim	4	10,0
Não	36	90,0
Câncer de intestino	4	10,0
Fator de risco		
Sim	32	80,0
Não	8	20,0
Menarca precoce	4	10,0
Menopausa tardia	4	10,0
TRH	23	57,5
Nuliparidade	9	22,5

Nota: HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica; DM- Diabetes Mellitus; TRH- Terapia de Reposição Hormonal.

Em relação aos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, 32 (80%) mulheres relataram apresentar algum fator; dentre elas, 23 (57,5%) faziam terapia de reposição hormonal e 9 (22,5%) eram nulíparas.

As participantes do estudo foram avaliadas quanto à adesão à mamografia, utilizando o instrumento CHBMS. Os domínios do instrumento foram associados aos DSS, conforme descrito na Tabela 3.

Quando comparados os níveis de adesão com DSS das mulheres, verificou-se que a média total de adesão foi proporcionalmente maior com o aumento da idade, sendo superior na faixa etária de 65 a 69 anos (47,6). Quando analisadas essas médias por domínios, mereceu atenção o domínio benefícios, com grandes diferenças entre os níveis quando comparado com os outros dois domínios.

Ainda quanto aos determinantes individuais, o histórico familiar, a história pessoal, a menarca precoce e menopausa apresentaram relação estatisticamente significativa, principalmente, em relação às barreiras percebidas.

Quando analisados os escores relacionados ao estado civil e ao número de filhos, observou-se diferença considerável entre os valores das mulheres solteiras (19,3) e das casadas/união estável (64,2) e das que possuíam entre um e dois

filhos, despontando maior adesão ao exame pelas que possuíam companheiro e com maior suscetibilidade percebida.

Em relação aos escores das categorias de escolaridade, ocupação, procedência e renda, observaram-se valores semelhantes de adesão. A escolaridade apresentou correlação

significativa ($p=0,02$) entre os níveis de adesão, e a renda com escores totais que variaram entre 23,8 e 75,1, sendo maior a adesão no grupo com renda maior que seis salários.

Para os outros determinantes e domínios, não foi observada associação estatisticamente significativa.

Tabela 3 – Associação dos domínios da adesão e os determinantes sociais de saúde das participantes do estudo, Fortaleza, Ceará, Brasil, dezembro, 2015

Determinantes sociais de saúde		Domínios			Média
		1º domínio Benefícios (mín./máx.)	2º domínio Suscetibilidade (mín./máx.)	3º domínio Barreiras (mín./máx.)	
Individuais					
Idade	55-59	12,5/33,3	12,5/14,3	12,5/16,1	21,2
	60-64	30,0/48,0	42,5/47,3	32,5/41,9	45,3
	65-69	37,5/62,5	32,5/37,1	32,5/41,9	47,6
	Valor de p	0,64	0,03	0,01	
Raça	Branca	52,0/60,0	62,5/83,3	10,0/74,3	76,5
	Parda	12,5/33,3	12,5/16,7	10,5/16,1	71,0
	Valor de p	0,09	0,06	0,43	
História familiar de câncer	Sim	32,5/61,9	12,5/84,4	12,5/87,5	77,9
	Não	20,0/38,1	20,0/22,9	20,0/22,9	27,9
	Valor de p	0,01	0,02	0,05	
História pessoal de câncer	Sim	10,0	10,0/11,4	10,0/11,4	10,9
	Não	81,0/90,0	12,5/86,1	12,5/86,1	87,4
	Valor de p	0,06	0,23	0,04	
Menarca precoce	Sim	10,0/16,0	12,4/87,5	12,5/86,1	36,5
	Não	81,0/90,0	12,5/86,1	12,5/86,1	87,4
	Valor de p	0,06	0,23	0,04	
Menopausa tardia	Sim	10,0	10,0/11,4	13,9/79,2	33,5
	Não	81,0/90,0	12,5/86,1	12,5/86,1	87,4
	Valor de p	0,06	0,23	0,04	
Proximais					
Estado civil	Solteira	10,0/19,0	22,5/25,7	10,0/13,3	19,3
	Casada/união estável	20,0/38,1	42,5/77,3	12,5/77,3	64,2
	Viúva	22,5/42,9	22,5/25,7	22,5/28,1	32,2
	Valor de p	0,27	0,03	0,94	
Número de filhos	Sem	10,0/44,4	22,5/25,7	12,5/87,5	52,5
	1-2	52,0/60,0	62,5/83,3	10,0/74,3	76,5
	≥ 3	20,0/38,1	20,0/22,9	20,0/22,9	27,9
	Valor de p	0,27	0,03	0,94	
Intermediários					
Escolaridade (anos)	≤ 14	42,0/65,0	65,0/74,3	12,5/80,8	73,3
	≥ 15	19,0/28,6	12,5/64,3	12,5/64,3	72,3
	Valor de p	0,04	0,03	0,02	
Ocupação	Empregada	25,0/62,9	12,5/50,0	25,5/28,6	70,2
	Desempregada/aposentada	52,0/70,0	62,5/83,3	74,0/24,4	77,1
	Valor de p	0,81	0,09	0,07	
Procedência	Capital	10,0/19,0	22,5/25,7	25,5/28,6	23,8
	Interior	52,0/60,0	62,5/83,3	10,0/74,3	75,1
	Valor de p	0,69	0,40	0,44	
Renda (salários mínimos)	Até 3	12,5/20,0	25,0/55,6	10,0/68,0	47,8
	4-6	12,5/33,3	12,5/22,7	12,5/15,6	23,8
	> 6	50,0/80,0	42,5/77,3	42,5/68,0	75,1
	Valor de p	0,02	0,12	0,06	

DISCUSSÃO

As pesquisas acerca dos DSS e sua relação com os fatores de adesão aos métodos de detecção do câncer de mama estão bem difundidas entre a comunidade científica⁽¹²⁾. Contudo, o presente estudo apresenta o ineditismo no fato de ter levantado diversos aspectos dos DSS e suas relações com a adesão à mamografia empregando a CHBMS, escala mundialmente utilizada, porém não disponível para uso no Brasil até o presente momento. Esse dado contribui significativamente para a mudança de perspectivas na avaliação da adesão e sua relação com os DSS.

Características sociais e econômicas determinam condições de vida e de trabalho desiguais, influenciando os comportamentos e estilos de vida das pessoas. As conjunturas do contexto social ensejam desigualdades nas exposições e vulnerabilidades que afetam a saúde da pessoa e constituem fatores de risco para doenças, além de influenciar na prática de exames diagnósticos.

As médias dos escores mais altos estavam relacionadas ao domínio barreiras percebidas e aos determinantes individuais de saúde. Pesquisas apontam que os determinantes sociais de saúde vão desde os considerados individuais, inerentes à própria pessoa e não modificáveis, como idade, fatores genéticos e sexo, até um nível macro, incluindo fatores culturais, ambientais e econômicos que dominam a população como um todo; alguns deles, porém, têm importância em evidência e agem de modo interligado, de maneira que se tornam influência quando combinados a outros fatores e determinam, assim, os comportamentos de saúde das populações⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Neste estudo, como mencionado, as mulheres eram, predominantemente, mães de um a dois filhos, idosas, com idade de 60 a 64 anos, raça branca, tinham baixa escolaridade, eram casadas e não tinham ocupação. Perfil semelhante de mulheres-alvo do rastreamento mamográfico é mostrado com frequência⁽¹⁵⁾.

O fator idade tem sido apontado como determinante na adesão aos métodos de detecção precoce do câncer de mama. No presente estudo, o aumento da adesão foi proporcional ao aumento da idade, achado também evidenciado em outra pesquisa da área⁽¹⁶⁾. Em contrapartida, estudo de revisão que analisou 110 publicações sobre a temática mostrou que mulheres mais jovens têm se mostrado mais adeptas aos métodos de detecção precoce do câncer de mama quando comparadas com as mais velhas⁽¹⁵⁾. Experiência internacional tem sinalizado que o fator idade é proporcionalmente significativo quanto à adesão à mamografia⁽¹²⁾.

De acordo com o modelo da determinação social da saúde, os determinantes individuais exercem influência sobre seu potencial e as condições de saúde⁽¹⁷⁾. Nessa perspectiva, verificou-se que a experiência da doença, por um familiar ou pessoal, apresentou significância estatística. Pesquisa de base populacional envolvendo mulheres de 40 a 69 anos mostrou que a presença de um familiar ou amigo com câncer de mama aumenta a intenção em praticar o exame mamográfico⁽¹⁸⁾. Ao encontro do resultado obtido, outro estudo revelou que a experiência pessoal de adoecimento por câncer aumenta o nível de adesão aos métodos de detecção da doença⁽¹⁹⁾.

Apesar de a menarca precoce e a menopausa tardia serem consagradas na literatura científica como fator de risco para o câncer de mama⁽²⁰⁾, estudos evidenciaram que esses fatores não

são somente preditores da doença, mas estão diretamente relacionados às práticas precoces de métodos de detecção da doença^(14,21). No presente estudo, mulheres que tiveram menarca precoce ou menopausa tardia apresentaram mais barreiras percebidas para realização da mamografia. Esse resultado é apoiado pela pesquisa que relatou que uma idade precoce da menarca e idade tardia da menopausa, nuliparidade e idade tardia da primeira gravidez têm associação com o aumento das barreiras percebidas para os métodos diagnósticos do câncer de mama⁽²²⁾.

Por serem modificáveis por pessoas, os comportamentos e estilos de vida são tidos como determinantes proximais⁽⁷⁾. Neste estudo, esses determinantes foram obtidos pelo estado civil e número de filhos, em que se observou que mulheres casadas ou em união estável e com entre um e dois filhos apresentavam maior suscetibilidade percebida. Corroborando com esse dado, pesquisadores que estudaram os fatores preditores de barreiras percebidas à mamografia em mulheres coreanas afirmam que o número de filhos e o estado civil afetam de modo estatisticamente significativo os domínios de adesão à mamografia, sendo a suscetibilidade percebida mais elevada em mulheres casadas com um a três filhos⁽²³⁾.

Em relação à escolaridade e renda, determinantes sociais de saúde intermediários, considerados nesta pesquisa, observaram-se valores significativos nos três domínios da escala em associação à escolaridade, sendo as barreiras percebidas mais representativas. Estudos identificaram associação significativa entre o nível de escolaridade e os conhecimentos em saúde à adesão aos métodos de detecção precoce do câncer de mama^(20,24); porém, opondo-se ao estudo ora relatado, pesquisa desenvolvida com 776 mulheres com objetivo de identificar os fatores que influenciam a prática da mamografia baseado na CHBMS identificou que o nível de escolaridade e o conhecimento sobre câncer de mama não têm relação significativa com a adesão ao exame, bem como não têm associação estatisticamente significativa com nenhum domínio da escala⁽²⁵⁾.

Observou-se que, à medida que a renda aumenta, intensifica-se o nível de benefícios percebidos do exame mamográfico. Estudo revelou a mesma correlação entre o domínio benefícios percebidos e renda da mulher, no entanto com significância estatística nos três domínios da escala⁽²⁶⁾.

Embora sem associação considerável, o fato de residir no interior do estado contribui, sutilmente, para menor adesão ao exame mamográfico. Pesquisa mostrou que a procedência da mulher e os domínios da CHBMS estão associados⁽²⁷⁾.

Limitações do estudo

A amostra reduzida, o delineamento transversal e o local de realização do estudo constituem limitação importante, pois não permitem visão geral da adesão de mulheres ao exame mamográfico.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Apesar das limitações do estudo e, portanto, da impossibilidade de generalização de todos os resultados, os achados desta pesquisa podem colaborar para a compreensão de aspectos individuais muitas vezes não percebidos ou não inferidos como importantes pelos profissionais da saúde.

É essencial que os profissionais de enfermagem conheçam os fatores relacionados à adesão mamográfica para que sejam posteriormente planejadas e executadas intervenções efetivas, mediante suas necessidades de maneira direcionada, porém suprimindo todos os fatores que possam contribuir para a qualidade de vida das mulheres nesse contexto.

CONCLUSÃO

Nesta pesquisa, verificou-se que os DSS que interferem para melhor adesão ao exame mamográfico entre as mulheres são: idade (mais velhas), escolaridade (nível educacional

alto), estado civil (casadas), renda (nível econômico alto) e número de filhos (1 a 2), bem como a história familiar e pessoal de câncer de mama, além de menarca precoce e menopausa tardia.

A aplicação da CHBMS permitiu identificar o nível de adesão à mamografia de mulheres, segundo os benefícios, a suscetibilidade e as barreiras percebidas, que, na maioria das vezes, foi elevado.

Sugere-se que novas pesquisas que consigam abranger número maior de DSS, bem como de mulheres em outros contextos, sejam desenvolvidas para obtenção de dados ainda mais consistentes.

REFERÊNCIAS

1. Alves MGD. The promotion of health and the integrated prevention of risk factors for cardiovascular diseases: until when will we be "mopping up the ice"? *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2012[cited 2017 Jan 09];17(1):20-2. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n1/a04v17n1.pdf>
2. Vieira IHI, Casado L, Bergmann A, Thuler LCS. Prevalência de fatores associados ao câncer entre alunos de graduação nas áreas da saúde e ciências biológicas. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2010 [cited 2017 Jan 09];56(2):243-9. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v02/pdf/10_artigo_prevalencia_fatores_associados.pdf
3. Ribeiro ADA, Nardocci AC. Desigualdades socioeconômicas na incidência e mortalidade por câncer: revisão de estudos ecológicos, 1998-2008. *Saúde Soc* [Internet]. 2013[cited 2017 Jan 09];22(3):878-91. Available from: <http://observatorio.fm.usp.br/handle/OPI/6025>
4. Brasil. Instituto Nacional do Câncer. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
5. Matos JC, Pelloso SM, Carvalho MDB. Fatores associados à realização da prevenção secundária do câncer de mama no Município de Maringá, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011[cited 2017 Jan 09];27(5):888-98. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/07.pdf>
6. Borges ZDS, Wehrmeister FC, Gomes AP, Gonçalves H. Clinical breast examination and mammography: inequalities in Southern and Northeast Brazilian regions. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2016[cited 2017 Jan 09];19(1), 1-13. Available from: http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v19n1/en_1980-5497-rbepid-19-01-00001.pdf
7. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for future studies; 1991.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama. Brasília: INCA; 2015.
9. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. 2008.
10. Champion VL. Revised susceptibility, benefits, and barriers scale for mammography screening. *Res Nurs Health* [Internet]. 1999[cited 2017 Jan 09];22(4):341-8. Available from: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199908\)22:4%3C341::AID-NUR8%3E3.0.CO;2-P/epdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1098-240X(199908)22:4%3C341::AID-NUR8%3E3.0.CO;2-P/epdf)
11. Moreira CB. Tradução e adaptação transcultural da *Champion's Health Belief Model Scale* para a língua portuguesa do Brasil [dissertação]. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2016.
12. Shiryazdi SM, Kholasehzadeh G, Neamatzadeh H, Kargar S. Health beliefs and breast cancer screening behaviors among Iranian female health workers. *APJCP* [Internet]. 2013[cited 2017 Jan 09];15(22):9817-22. Available from: <http://europepmc.org/abstract/med/25520111>
13. Martins JD, Andrade JOM, Freitas VS, Araújo TM. Determinantes sociais de saúde e a ocorrência de câncer oral: uma revisão sistemática de literatura. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2014[cited 2017 Jan 09];16(5):786-98. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v16n5/v16n5a13.pdf>
14. Rocha RS, Pinheiro LP, Oriá MOB, Ximenes LB, Pinheiro AKB, PS Aquino. Social determinants of health and quality of life of caregivers of children with cancer. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016[cited 2017 Jan 09];37(3):e57954. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n3/en_0102-6933-rgenf-1983-144720160357954.pdf
15. Lourenço TS, Mauad EC, Vieira RADC. Barriers in the breast cancer screening and the role of nursing: an integrative review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013[cited 2017 Jan 09];66(4):585-91. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a18.pdf>
16. Lopes TCR, Gravena AAF, Agnolo CMD, Rocha-Brischiliari SC, Demitto MO, Carvalho MDB, et al. Prevalência e fatores associados à realização de mamografia e exame citopatológico. *Rev Bras Prom Saúde* [Internet]. 2015[cited 2017 Jan 09];28(3):402-10. Available from:

http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v02/pdf/10_artigo_prevalencia_fatores_associados.pdf

17. Garnelo L, Lucas ACDS, Parente RCP, Rocha ESC, Gonçalves MJF. Organization of health care for chronic conditions by family health teams in the Amazon. *Saúde Debate* [Internet]. 2014[cited 2017 Jan 09];38(SPE),158-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0158.pdf>
18. Schneider IJC, Giehl MWC, Boing AF, d'Orsi E. Mammogram screening for breast cancer and associated factors in the South of Brazil: a based-population survey. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014[cited 2017 Jan 09];30(9):1987-97. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v30n9/0102-311X-csp-30-9-1987.pdf>
19. Barreto ASB, Mendes MFM, Thuler LCS. Evaluation of a strategy adopted to expand adherence to breast cancer screening in Brazilian Northeast. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2012[cited 2017 Jan 09];34(1):86-91. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n2/a08v34n2>
20. Ohl ICB, Ohl RIB, Chavaglia SRR, Goldman RE. Public actions for control of breast cancer in Brazil: integrative review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016[cited 2017 Jan 09];69(4):793-803. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/en_0034-7167-reben-69-04-0793.pdf
21. Passos JG, Souza SRP. Analysis of mortality breast cancer in the state of São Paulo from 1999 to 2012 period. *Sci Health* [Internet]. 2015[cited 2017 Jan 09];6(2):100-8. Available from: http://arquivos.cruzeirosuleducacional.edu.br/principal/new/revista_scienceinhealth/17_mai_ago_2015/Science_06_02_100-108.pdf
22. Sharkawy ATE, Hassan MS, El-Sattar A. Effect of nursing educational guidelines on women's awareness, health practices and beliefs regarding prevention and early detection of breast and cervical cancer. *Life Sci J* [Internet]. 2014[cited 2017 Jan 09];11(6):707-24. Available from: http://www.lifesciencesite.com/lj/life1106/108_25574life110614_707_724.pdf
23. Morowatisharifabad MA, Zeidabadinezhad M, Karimizarchi M. Study of mammography practice and its barriers among close relatives of breast cancer patients in Sirjan. *Toloo-e-behdasht* [Internet]. 2015[cited 2017 Jan 09];13(6):127-37. Available from: http://tbj.ssu.ac.ir/browse.php?a_id=1380&slc_lang=en&sid=1&printcase=1&hbnr=1&hmb=1
24. Assis CF, Mamede M. Mammography and its challenges: socio-educational factors associated to late diagnosis of breast cancer. *Ini Cien Cesumar* [Internet]. 2016[cited 2017 Jan 09];18(1):63-72. Available from: <http://dx.doi.org/10.17765/1518-1243.2016v18n1p63-72>
25. Wang WL, Hsu SD, Wang JH, Huang LC, Hsu WL. Survey of breast cancer mammography screening behaviors in Eastern Taiwan based on a health belief model. *Kaohsiung J Med Sci* [Internet]. 2014[cited 2017 Jan 09];30(8):422-7. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1607551X14001041>
26. Fouladi N, Pourfarzi F, Mazaheri E, Asl HA, Rezaie M, Amani F, et al. Beliefs and behaviors of breast cancer screening in women referring to health care centers in northwest Iran according to the champion health belief model scale. *APJCP* [Internet]. 2013[cited 2017 Jan 09];14(11):6857-62. Available from: http://www.koreascience.or.kr/article/ArticleFullRecord.jsp?cn=POCPA9_2013_v14n11_6857
27. Dundar PE, Ozyurt BC, Erdurak K. Sociodemographic determinants of nonattendance in a Population-Based Mammography Screening Program in the city of Manisa, Turkey. *Sci World J* [Internet]. 2012[cited 2017 Jan 09];2012(1):1-15. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/tswj/2012/816903/abs/>