


ARTIGO DE REVISÃO

Fatores envolvidos na não realização dos exames de rastreamento para o câncer de mama

Factors involved in the non-performance of breast cancer screening tests

Tanielly Paula Sousa¹ , Janaína Valadares Guimarães¹ , Flaviana Vieira¹ , Ana Karina Marques Salge¹ ,
Nathalia Melo Costa¹ 

RESUMO

O objetivo foi analisar as evidências disponíveis na literatura sobre os fatores envolvidos na não realização dos exames de rastreamento para o câncer de mama. A coleta de dados foi realizada nas bases de dados LILACS, MEDLINE e Scopus. A estratégia de busca foi: (tw:("breast cancer screening")) AND (tw:("Health Knowledge, Attitudes, Practice")) AND (tw:(mammography)) OR (tw:(ultrasonography)) OR (tw:("clinical breast exam")). A amostra final constituiu-se de 10 artigos. Os fatores que demonstraram serem associados a não realização dos exames de rastreamento do câncer de mama foram: internos - medos, crenças/cultura, atitudes de vergonha/pudor, conhecimento sobre o câncer de mama e externos - serviços, profissionais de saúde, fatores sociopolíticos, organizacionais. Assim, estes fatores demonstram a necessidade de utilização do serviço de forma organizada e universal, com profissionais preparados a acolher e orientar as mulheres, proporcionando o enfrentamento de fatores que inviabilizam a realização do rastreamento do câncer de mama.

Descritores: Neoplasias da Mama; Programas de Rastreamento; Enfermagem.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the evidence available in the literature on the factors involved in the non-performance of breast cancer screening tests. Data collection was performed in the LILACS, MEDLINE and Scopus databases. The search strategy was: (tw:("breast cancer screening")) AND (tw:("Health Knowledge, Attitudes, Practice")) AND (tw:(mammography)) OR (tw:(ultrasonography)) OR (tw:("clinical breast exam")). The final sample consisted of 10 articles. The factors that demonstrated to be associated with the non-performance of breast cancer screening tests were internal: fears, beliefs/culture, attitudes of shame/embarassment, knowledge about breast cancer; and external: health services, health professionals, sociopolitical factors, organizational factors. Thus, these factors demonstrate the need to use the service in an organized and universal way, with professionals prepared to welcome and guide women, coping with the factors that impede the performance of breast cancer screenings.

Descriptors: Breast Neoplasms; Mass Screening; Nursing.

¹Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás – Goiânia (GO), Brasil. E-mails: taniellyps@hotmail.com; valadaresjanaina@gmail.com; flavianamori@gmail.com; anasalge@gmail.com; nathy.m.c.27@gmail.com

Como citar este artigo: Sousa TP, Guimarães JV, Vieira F, Salge AKM, Costa NM. Fatores envolvidos na não realização dos exames de rastreamento para o câncer de mama. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2019 [acesso em: _____];21:53508. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v21.53508>.

Recebido em: 14/06/2018. Aceito em: 14/02/2019. Publicado em: 20/09/2019.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o mais frequente em mulheres em todo o mundo, e constitui-se como uma das principais causas de mortalidade, sendo responsável por 15% das mortes femininas por câncer⁽¹⁾.

Algumas estratégias como o diagnóstico precoce e o rastreamento são utilizadas para a detecção precoce do câncer de mama. A primeira é caracterizada por uma abordagem à mulher com sinais e/ou sintomas iniciais da doença, enquanto a segunda estratégia se refere a aplicação de teste ou exame numa população assintomática, aparentemente saudável, visando identificar lesões sugestivas de câncer para identificar a doença em sua fase pré-clínica^(2,3).

Para o rastreamento do câncer de mama, a mamografia (MMG) e o exame clínico das mamas (ECM) são estratégias fundamentais⁽³⁾ que favorecem o processo de detecção precoce do câncer, aumentando assim as chances de tratamento e cura^(2,3).

Atualmente pelo fato do balanço entre possíveis danos e benefícios do ECM ser incerto, temos uma ausência de recomendação favorável ou contrária por parte do Ministério da Saúde⁽⁴⁾. Entretanto, evidências mostram que realização regular do ECM como método de rastreamento poderia ser uma alternativa ou um complemento ao rastreamento com MMG, devido a possibilidade em aumentar a detecção de casos do câncer de mama⁽⁵⁾. Alguns estudos apontam um aumento entre 5 e 7%⁽⁶⁾.

Assim, diretrizes e recomendações de diversas organizações e governos têm indicado o ECM anualmente em mulheres na faixa etária entre 40 a 49 anos, em virtude da baixa sensibilidade da MMG em mulheres nessa faixa etária, resultado de mamas densas⁽⁵⁾.

A MMG é preconizada, em mulheres entre 50 e 69 anos, com realização na periodicidade bienal. Essa recomendação baseia-se em evidências científicas do benefício dessa estratégia na redução da mortalidade nesse grupo e no balanço favorável entre riscos e benefícios, sendo tal balanço desfavorável em outras faixas etárias e periodicidades^(5,7). Além disso, esse exame tem contribuído internacionalmente para detecção inicial do câncer de mama, sendo considerado padrão-ouro para rastreamento da população alvo⁽⁸⁾, e no Brasil, é o único método com recomendação favorável forte ao rastreamento do câncer de mama⁽⁴⁾.

A estratégia de rastreamento pode ser organizada ou oportunística^(5,7). Nos países desenvolvidos ocorre o rastreamento organizado por meio do recrutamento da população-alvo de forma ativa⁽⁹⁾, o que viabiliza a redução na mortalidade por câncer de mama, além do aumento da sobrevida das pacientes⁽¹⁰⁾. Por outro lado, nos países em desenvolvimento a estratégia oportunística do rastreamento do câncer de mama delega às mulheres a responsabilidade de buscar pelo serviço de saúde. Nesses países onde o acesso aos cuidados primários e especializados é limitado, os desafios relacionam-se as dificuldades impostas pelo próprio sistema e somam-se as vulnerabilidades sociais, ainda evidentes nesses

locais, sustentando barreiras que inviabilizam a sua detecção e tratamento precoces^(11,12).

Nos países em desenvolvimento as necessidades de saúde e a baixa posição socioeconômica associam-se ao baixo conhecimento sobre o câncer de mama. Além disso, crenças culturais e religiosas contribuem negativamente, dificultando, a busca da mulher pelo serviço de saúde⁽¹³⁾.

Esta realidade desfavorável tem contribuído para potencialização dos diversos impactos negativos acerca do diagnóstico do câncer de mama. Assim, são diversos os fatores que se relacionam com a não realização dos exames de rastreamento do câncer de mama.

Na literatura atual⁽¹⁴⁻¹⁶⁾, muitos estudos são desenvolvidos abordando o rastreamento do câncer de mama, em sua maioria o tema central baseia-se em perspectivas pessoais da mulher que inviabilizam o rastreamento adequado do câncer, como: crenças, hábitos e conhecimentos inadequados sobre o tema em questão. Este fato evidencia a necessidade de busca e análise aprofundadas da literatura científica para o reconhecimento das especificidades dos diversos fatores, em seus distintos âmbitos, que se mostram como reais obstáculos à realização dos exames de rastreamento preconizados, uma vez que, os fatores que inviabilizam a realização dos exames são multifatoriais⁽¹⁷⁾, e não envolvem somente a mulher, principalmente quando consideramos locais onde o rastreamento é oportunístico. Assim, deve-se considerar que há desigualdades na oferta e utilização dos procedimentos, em alguns locais, sendo crítico o acesso ao diagnóstico⁽¹⁸⁾.

Estudo apontou três esferas como fatores que são obstáculos ao não rastreamento: o sistema de saúde, a educação/conhecimento e as crenças e atitudes das mulheres⁽¹⁷⁾. Entretanto, este estudo, se propôs a avaliar apenas os ensaios clínicos e não demonstra os fatores associados estatisticamente a não realização dos exames, o que representa uma lacuna na literatura da realidade atual envolvendo os obstáculos ao rastreamento, além de evidenciar a necessidade em englobar outros tipos de estudos.

Diante de todos os argumentos explicitados, é fundamental se conhecer a realidade nacional e internacional relacionada a displicência quanto a realização desses exames, uma vez que, políticas públicas poderiam ser desenvolvidas e intervenções poderiam ser criadas para reduzir o impacto gerado pela não realização dos exames.

Dessa forma, o objetivo do estudo foi analisar as evidências disponíveis na literatura sobre os fatores associados a não realização dos exames de rastreamento para o câncer de mama.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, desenvolvida a partir da análise de bases de dados nacionais e internacionais sobre os fatores envolvidos na não realização dos exames de rastreamento para o câncer de mama. Pensando nas

lacunas existentes na literatura, focamos a revisão em estudos que demonstrem valores estatisticamente significativos para a não realização dos exames. A pesquisa foi realizada em cinco etapas: construção da questão norteadora, busca dos estudos primários nas bases de dados, categorização dos estudos, análise e apresentação dos dados⁽¹⁹⁾.

Para guiar esta revisão integrativa, a estratégia de pesquisa utilizada, foi a técnica PVO, que permite organizar os elementos de forma estrutural agrupados da seguinte maneira: P refere-se à situação problema, participante ou contexto; V é referente às variáveis do estudo; O refere-se ao desfecho ou resultado esperado. Diante disso, formulou-se a questão norteadora considerando P — mulheres em idade de rastreamento; V — fatores associados e O — não realização do rastreamento, desse modo construímos a seguinte questão: “Quais são as evidências científicas sobre os fatores associados a não realização dos exames de rastreamento em mulheres em idade de rastreamento?”.

A coleta de dados foi realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na Medical Literature Analysis and Retrieval System (MEDLINE) e Scopus.

Para localização dos artigos foram selecionados descritores padronizados (Health Knowledge, Attitudes, Practice, mammography e ultrasonography) e não padronizados (“breast cancer screening” e “clinical breast exam”).

A estratégia de busca foi: (tw:(“breast cancer screening”)) AND (tw:(“Health Knowledge, Attitudes, Practice”)) AND (tw:(mammography)) OR (tw:(ultrasonography)) OR (tw:(“clinical breast exam”)).

O levantamento das publicações nas bases de dados ocorreu nos meses de dezembro de 2017 e janeiro de 2018. Nesta fase, com o intuito de identificar os estudos duplicados utilizou-se a ferramenta EndNote Web.

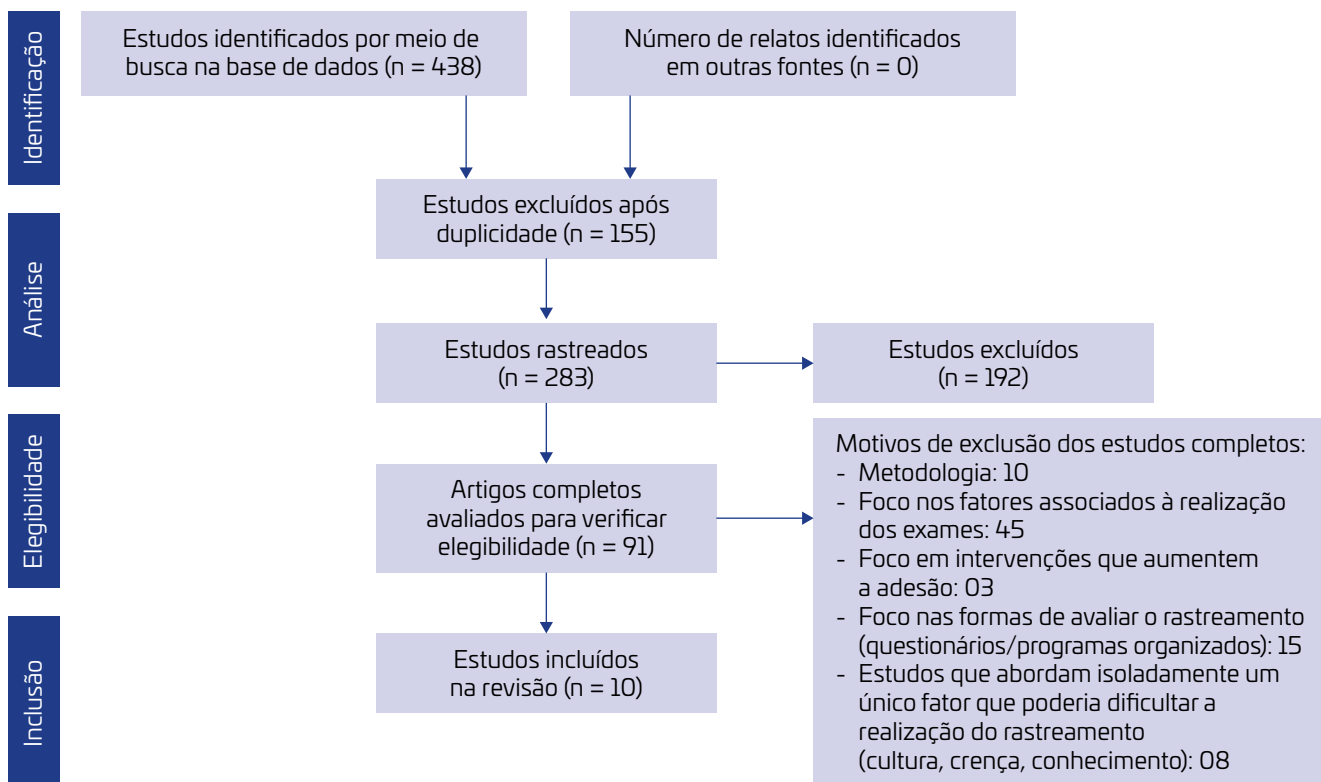
Os critérios de inclusão dos estudos foram: abordar a temática, publicação dos últimos 10 anos, idioma português ou inglês ou espanhol. Como critério de exclusão: estudos do tipo qualitativo, carta editorial, artigos de reflexão, revisões narrativas ou integrativas. Selecionamos a última década por verificarmos que o estudo da temática se intensificou nesse período, assumindo novas e significativas perspectivas no contexto das políticas públicas da Saúde da Mulher.

Os estudos encontrados foram submetidos à leitura cuidadosa dos títulos e resumos, sendo selecionados para a leitura na íntegra os que atendiam os critérios de elegibilidade.

A análise dos estudos foi feita por dois pesquisadores de forma independente, e um terceiro pesquisador foi acionado em casos de divergência.

Para facilitar a identificação dos estudos selecionados utilizou-se um código de sequência alfanumérica (E1, E2, E3...). O processo de seleção está sintetizado na Figura 1, de acordo com o fluxograma PRISMA⁽²⁰⁾.

Figura 1. Seleção dos artigos incluídos na revisão integrativa, 2018.



Para a apresentação dos resultados foi elaborado um quadro sinóptico, para facilitar a categorização dos dados dos estudos selecionados. O quadro contemplou os seguintes aspectos: autor/título/ano/país/nível de evidência, metodologia e resultados/conclusão, sendo mantida a autenticidade das ideias, conceitos e definições dos autores dos artigos.

A análise do nível de evidência foi baseada nos cinco níveis e nos quatro graus de recomendação de Oxford de 2011⁽²¹⁾, sendo classificados em:

- Revisão sistemática de ensaios clínicos controlados e randomizados;
- Ensaio clínico randomizado ou estudo observacional;
- Estudo de coorte com grupo controle não randomizado/ estudo de seguimento;
- Série de casos, estudos de caso-controle ou estudos historicamente controlados;
- Mecanismos baseados em raciocínios (opinião desprovida de avaliação crítica explícita ou baseada em princípios básicos — estudos fisiológicos ou estudos em animais).

RESULTADOS

A amostra final foi composta de 10 artigos. Por meio da sistematização das informações e análise crítica dos elementos mais relevantes, apresentamos os estudos quantitativos selecionados que apresentaram valores de p significativos, de modo a verificar os fatores associados a não realização dos exames de rastreamento para o câncer de mama. O Quadro 1 apresenta as características dos artigos selecionados nesta revisão.

Uma síntese dos principais fatores envolvidos na não realização dos exames de rastreamento, de acordo com os resultados de cada artigo está exposto no Quadro 2.

DISCUSSÃO

Foram identificados diversos fatores que se relacionaram a não realização dos exames de rastreamento do câncer de mama. Considerou-se como fatores internos aqueles inerentes às mulheres, ou seja, seus medos, crenças/cultura, atitudes de vergonha/pudor, conhecimento acerca do câncer de

Quadro 1. Características dos artigos selecionados na revisão de literatura. Goiânia, 2018.

Autor/Título/Ano/País/ Nível de evidência (NE)	Objetivo	Método	Principais achados
E1. Marmarà D, Marmarà V, Hubbard G. Health beliefs, illness perceptions and determinants of breast screening uptake in Malta: a cross-sectional survey/ 2017/ Malta / Nível 3 ⁽²²⁾ .	1. Descrever o conhecimento, crenças de saúde e percepções de doenças sobre câncer de mama e triagem;	Pesquisa transversal com 404 mulheres maltesas sem histórico pessoal de câncer de mama, com idades entre 50 e 60 anos no momento do primeiro convite para realização do rastreamento. Estas foram convidadas por meio do Programa Nacional de Amostragem Mamária utilizando o método de amostragem aleatória estratificada. As participantes responderam a um questionário com 121 itens, por telefone entre junho-setembro de 2015.	Motivos para nunca ter realizado o rastreamento:
	2. Identificar os principais motivos relacionados à falta de comparecimento ao programa de rastreamento;		- Medo (41,0%) ($p < 0,05$): medo do resultado (20,5%) ($p = 0,017$); medo de realizar um procedimento desconhecido (6,2%) ($p < 0,001$); medo da radiação (3,7%) ($p = 0,001$);
	3. Determinar se as crenças da saúde, as percepções da doença, o conhecimento, os fatores sociodemográficos e o estado de saúde estão associados à aceitação do primeiro convite no programa de rastreamento;		- Vergonha" (8,1%) ($p = 0,009$).
	4. Determinar os preditores significativos para a primeira captura de rastreamento de mama.		

Continua...

Quadro 1. Continuação.

Autor/Título/Ano/País/ Nível de evidência (NE)	Objetivo	Método	Principais achados
E2. Abu-Helalah MA et al. Knowledge, barriers and attitudes towards breast cancer mammography screening in Jordan./ 2015/ Jordânia/ Nível 3 ⁽²³⁾ .	Avaliar o rastreamento de MMG, o conhecimento e as atitudes das mulheres em relação ao câncer de mama e seu rastreamento, de modo a identificar barreiras a este serviço preventivo.	Pesquisa transversal com 507 mulheres entre 40 e 69 anos, em seis cidades na Jordânia.	Fatores envolvidos para a não realização dos exames de rastreamento incluíram: - Baixo risco pessoal de apresentar o câncer de mama ($p < 0,001$). - Acreditar que o rastreamento deveria ser realizado somente na presença de sinais e sintomas ($p < 0,001$).
E3. Munyaradzi D, January J, Maradzika J. Breast cancer screening among women of child-bearing age/ 2014/ Zimbábue/ Nível 3 ⁽²⁴⁾ .	Avaliar os determinantes de comportamentos que dificultam ou promovem a prática do rastreamento do câncer de mama e explorar os fatores predisponentes, facilitadores e reforçadores associados à essa prática.	Pesquisa transversal com 120 mulheres, em idade fértil, atendidas por um serviço ambulatorial de um hospital de grande porte.	Fatores para o não rastreamento do câncer de mama, levando a atraso ou apresentação precoce da condição: - Falta de consciência quanto o rastreamento de câncer de mama ($p = 0,004$) - Desconhecimento de alguém que teve câncer de mama ($p = 0,004$).
E4. Elobaid YE et al. Breast cancer screening awareness, knowledge, and practice among Arab women in the United Arab Emirates: A Cross-Sectional Survey/ 2014/ Emirados Árabes Unidos/ Nível 3 ⁽²⁵⁾ .	Avaliar o conhecimento, atitudes e práticas de rastreamento de câncer de mama entre as mulheres na idade de rastreamento (≥ 40 anos).	Pesquisa transversal com 247 mulheres, utilizando a Medida de Consciência sobre o Câncer de Mama. Seleção aleatória de quatro dos 12 centros comunitários culturais e religiosos da cidade de Al Ain.	Fatores associados a não realização do rastreamento: Falta de recomendação médica ($p = 0,001$), Falta de conhecimento ($p = 0,001$).
E5. Donnelly TT et al. Beliefs and attitudes about breast cancer and screening practices among Arab women living in Qatar: a cross-sectional study./ 2013/ Qatar/ Nível 3 ⁽²⁶⁾ .	Verificar a prática de rastreamento, o conhecimento, crenças e valores culturais em relação ao câncer de mama e o seu rastreamento.	Pesquisa transversal multicêntrica com 1.063 cidadãos do Qatar, com 35 anos ou mais em 2011.	Fatores para não realizar o ECM: - Crença de que o procedimento possa ser doloroso ou desconfortável ($p = 0,001$) - Medo de saber que poderia ter câncer ($p = 0,004$); - Vergonha em relação ao exame ($p < 0,001$). Fatores para não realizar a MMG: - Crença de que o procedimento possa ser doloroso ou desconfortável ($p = 0,033$) - Medo de saber que poderia ter câncer ($p = 0,001$); Medo de fofocas ($p = 0,029$). - Vergonha em relação ao exame ($p < 0,001$)

Continua...

Quadro 1. Continuação.

Autor/Título/Ano/País/ Nível de evidência (NE)	Objetivo	Método	Principais achados
E6. Khaliq W et al. Breast cancer screening preferences among hospitalized women/ 2013/ Estados Unidos/ Nível 3 ⁽²⁷⁾ .	Explorar a receptividade de mulheres hospitalizadas na realização da MMG ambulatorial.	Pesquisa transversal com 210 mulheres hospitalizadas, com idade entre 50 e 75 anos, internadas no Centro Médico Johns Hopkins Bayview no início de 2012.	Barreiras para não adesão às diretrizes de rastreamento: Dificuldades em lembrar de agendar o exame (p=0,050) Falta de transporte (p=0,040).
E7. Allahverdipour H, Asghari-Jafarabadi M, Emami A. Breast cancer risk perception, benefits of and barriers to mammography adherence among a group of Iranian Women/ 2011/ Estados Unidos/ Nível 3 ⁽²⁸⁾ .	Avaliar associações entre as variáveis do Modelo de Crença da Saúde, estágios de mudança e participação no rastreamento de MMG entre as mulheres iranianas.	Pesquisa transversal com 414 mulheres, entre 40 e 73 anos, recrutadas por amostragem aleatória, em 2007, usando um questionário projetado para medir as cinco construções do modelo de Cientificação da Saúde e os estágios de adoção do rastreamento para MMG.	Barreiras percebidas pelas mulheres para a realização da MMG (na análise de regressão logística): - Dificuldade em lembrar de marcar a MMG” (p=0,003); - Falta de tempo para realizar a MMG (p=0,001).
E8. Shaheen R et al. Barriers and opportunities for early detection of breast cancer in Gaza women / 2011/ EUA / Nível 3 ⁽²⁹⁾ .	1) identificar as barreiras à detecção precoce do câncer de mama; 2) identificar a atitude em relação aos cuidados com a mama; 3) identificar se existe uma diferença nas barreiras e atitudes das mulheres com base no local que residem.	Pesquisa transversal envolvendo dois grupos, sendo o grupo 1 (G1) (n=100) mulheres que viviam na faixa de Gaza e o grupo 2 (G2) (n=55) por mulheres Palestinas de Gaza, mas que viviam fora da Faixa de Gaza a pelo menos um ano.	Fatores associados a não realização da MMG (“determinando diferença significativa nas respostas das mulheres que vivem em Gaza em comparação com aquelas que viviam fora de Gaza”): - Pudor/vergonha de realizar uma MMG (p<0,001); - O rastreamento não é uma prioridade (p=0,002); - Insatisfação com as instalações médicas (equipamento) (p<0,001); - Dor da MMG (p<0,001); - Dificuldade em encontrar instalações médicas (p<0,001).
E9. Lopez ED et al. A Cross-Sectional Study to Compare characteristics of women aged 40 and older from the deep South who are current, overdue, and never screeners/ 2009/ EUA / Nível 3 ⁽³⁰⁾ .	Identificar barreiras e facilitadores para a participação no rastreamento de câncer de mama	Pesquisa transversal com 987 mulheres com 40 anos ou mais, do Mississippi, em 2003. Associado ao Modelo de Utilização de Serviços de Saúde ao estado de rastreamento da MMG, (em dia, atrasadas e nunca realizaram).	Fatores associados ao atraso e/ou não realização do rastreamento associados ao acesso deficiente aos cuidados de saúde: - O pensamento de que a radiação da MMG pode causar câncer de mama (p=0,003) - Achar difícil conseguir fazer a MMG (p<0,001) - Preferir não saber se tem câncer (p<0,001) - Acreditar que nada pode ser feito para evitar o câncer (p<0,001) - Necessidades concorrentes / Ter problemas mais importantes para se preocupar (p<0,001) - Falta de seguro de saúde (p<0,001) - Falta de suporte social para rastreamento (p<0,001) - Falta de informações de saúde (p<0,001) - Falta de check-up anuais (p<0,001)

Continua...

Quadro 1. Continuação.

Autor/Título/Ano/País/ Nível de evidência (NE)	Objetivo	Método	Principais achados
E10. Amorim VMSL et al. Fatores associados a não realização da mamografia e do exame clínico das mamas: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil./ 2008/ Brasil/ Nível 3 ⁽³¹⁾ .	Analisar a prevalência da não realização do exame clínico das mamas e da mamografia segundo variáveis socioeconômicas, demográficas e de comportamentos relacionados à saúde.	Pesquisa transversal com 290 mulheres, com 40 anos ou mais, residentes na cidade de Campinas, São Paulo, Brasil.	Fatores associados a não realização da MMG:
			- Mulheres com 70 anos ou mais (p=0,001);
			- Cor da pele autorreferida preta/parda (p=0,004);
			- Renda familiar <i>per capita</i> ≤5 salários mínimos (p=0,049).
			Fatores associados a não realização do ECM:
			- Cor da pele autorreferida preta/parda (p=0,006);
			- Não ter companheiro (p=0,017);
- Renda familiar <i>per capita</i> ≤5 salários mínimos (p<0,001).			
- Não praticar atividade física (p=0,022).			

MMG: mamografia; ECM: exame clínico das mamas.

mama e dos exames de rastreamento, entre outros. Os fatores externos envolveram os serviços, profissionais de saúde, fatores sociopolíticos, organizacionais, entre outros. É importante enfatizar que as populações de mulheres inseridas em cada estudo exibem realidades distintas. Diante disso, buscou-se reunir os padrões mais abordados na literatura, sendo estes considerados como fatores que influenciam a não realização do rastreamento.

Ainda que o maior número de artigos aborde os fatores internos, ou seja, relacionados à mulher, vale destacar que os fatores externos causam diversas repercussões sociais, com destaque para os países em desenvolvimento. Esses fatores relacionam-se diretamente a uma cobertura populacional baixa, a inviabilização do diagnóstico e tratamento precoces, além da baixa qualidade da MMG, aliada ao número limitado de máquinas em operação. Dessa forma, compreende-se que esses fatores têm um grande impacto sobre as mulheres, em especial as mais vulneráveis a não realização do rastreamento do câncer de mama, representadas por um perfil com baixa renda, com menor instrução e não brancas^(31,32).

Fatores internos

Medo

O medo foi identificado, nos estudos selecionados, como o principal fator que dificulta a realização dos exames de rastreamento^(22,23,26,30) estando presente em vários momentos, como: medo dos resultados, da dor, do procedimento

Quadro 2. Principais fatores envolvidos na não realização dos exames de rastreamento.

Fatores	Referências
Internos	
Medo (resultados, dor, procedimento desconhecido ou radiação)	E2; E5; E9; E1
Crença – Baixo risco pessoal	E8, E9
Vergonha, pudor, constrangimento com profissionais do sexo masculino	E5; E8; E1
Crença religiosa – “nada pode ser feito”	E2; E9
Falta de conhecimento (nunca ouviram falar ou desconhecem como e onde pode ser realizado os exames)	E3; E4
Esquecimento	E6; E7
Externos	
Falta de suporte do ambiente/ família	E2; E9; E10
Custo do teste / questões financeiras / falta Seguro-saúde	E2; E9; E10
Falta de instalações médicas ou instalações inapropriadas	E8; E9
Falta de recomendação médica	E4

desconhecido e da radiação. Desse modo, a orientação verbal ou escrita, bem como o apoio e o acolhimento das mulheres durante o exame, pode ser uma intervenção simples e facilmente alcançável, capaz de auxiliar no alívio da dor durante a MMG⁽³³⁾.

A crença de que a MMG é um procedimento doloroso e o medo da exposição à radiação, sustentam barreiras importantes que aumentam a possibilidade de não adesão a MMG, sendo vista como uma barreira pessoal em uma a cada quatro mulheres⁽³⁴⁾. Acrescido a isso existe a ideia do fatalismo, em que as mulheres relatam o medo da detecção do câncer por acreditarem que a doença está vinculada a uma sentença de morte, especialmente se algum amigo ou familiar encontra-se em tratamento ou morreu em decorrência da doença⁽³⁵⁾.

A extrema preocupação das mulheres com o câncer de mama com a ideia de que após o diagnóstico seguir-se a mastectomia ou a morte. Essas perspectivas podem dificultar a eficácia do controle do câncer de mama, visto que são inviabilizadoras da detecção precoce e da adesão de intervenções contra o câncer⁽³⁶⁾. Por outro lado, há estudos que mostram que em alguns grupos de mulheres, como as afro-americanas, a percepção do risco e as crenças culturais, representadas pelo medo de detecção do câncer, dos médicos e do tratamento, são fontes de motivação que favoreceram a realização do rastreamento⁽³⁷⁾.

Diante do exposto, é perceptível o papel fundamental de todos os envolvidos no rastreamento. As mulheres demonstram-se preocupadas com a falta de orientação quanto ao contexto que envolve a realização da MMG e ainda se queixam de dificuldades em estabelecer uma comunicação aberta com os técnicos que realizam os exames. Dessa forma, constrói-se uma situação em que a mulher tem seus medos e preocupações potencializadas durante o procedimento, incentivando-as a não aderir-los. Além de todo o cenário apresentado, algumas mulheres ainda são submetidas a situação de atraso de entrega dos resultados dos exames realizados, fato que potencializa sentimentos negativos, como a angústia⁽³⁵⁾.

Esta realidade requer o desenvolvimento de estratégias de intervenção. Os programas de educação em saúde devem incluir aplicações para desenvolver crenças de saúde adequadas e reduzir o medo. Examinar esses resultados com estudos experimentais pode ser uma estratégia útil⁽¹⁶⁾.

Vergonha/pudor

Destaque ainda pode ser dado para o pudor ou vergonha^(22,26,29) em expor o corpo na realização dos exames, principalmente se a avaliação é realizada por um indivíduo do sexo masculino. Estudo mostrou que o atraso das mulheres em receber exames de acompanhamento oportunos decorre de sua experiência passada e do conhecimento quanto a natureza íntima e de exposição dos procedimentos, sendo não apenas doloroso e invasivo, mas também embaraçoso. Assim, outro

fato preocupante é que essa identificação da MMG como um exame que provoque constrangimento pessoal é encontrado entre as mulheres sem diferenciação de idade ou que já possuem filhos, mas, apesar de considerarem os exames uma experiência embaraçosa, as mesmas reconhecem como a comunicação quanto aos benefícios dos exames poderiam ajudá-las a superar seus medos e constrangimentos⁽³⁵⁾. Além disso, mulheres que percebem a MMG como um procedimento embaraçoso são menos propensas a realizarem o rastreamento, mesmo em casos de rastreamento organizado, onde elas receberam convite para realizar o exame⁽³⁸⁾.

Contrapondo estas ideias, estudo demonstrou que o sexo do profissional não é tão importante quanto outras questões envolvidas no rastreamento, como o tipo de exame, o local de realização e o tempo de viagem até esse local, por conseguinte ter uma médica melhoraria a experiência, mas não afetaria a vontade de uma mulher de participar⁽³⁹⁾.

Dúvidas e receios são comuns durante a realização dos exames de rastreamento do câncer de mama, principalmente quanto à necessidade do técnico posicionar e reposicionar os seios durante o procedimento. As mulheres relatam que a natureza impessoal da abordagem no momento do MMG torna o processo desconfortável, anulando a sua individualidade, especialmente quando é sua primeira experiência. Tais experiências tornam o procedimento menos profissional e faz com que muitas mulheres sejam relutantes em retornar⁽³⁵⁾.

De modo geral, ainda infere-se a importância de considerar a cultura e crença da mulher nessas questões. Mulheres árabes tendem a ser mais conservadoras e acreditam que o toque em seu corpo é desnecessário e embaraçoso, sendo de fato um tabu. Assim, o medo do constrangimento desencoraja ainda mais uma mulher assintomática que não percebe a necessidade de realização do rastreamento para manutenção de sua saúde. Pequenos ajustes práticos, como garantir privacidade durante os exames, ter profissionais do sexo feminino para realizar o ECM e operar o equipamento de MMG, poderiam auxiliar na incorporação destas mulheres no rastreamento⁽¹⁴⁾.

Além disso, é comum as mulheres atrasarem a MMG devido a dor e o constrangimento, apesar de compreenderem a necessidade do exame. Sobre a dor, as mulheres relatam que estratégias de enfrentamento, incluindo falar com o técnico de MMG ou profissional de saúde sobre o exame ajudam a superar suas preocupações sobre o procedimento. No entanto, as participantes admitiram que despir-se para a MMG era uma fonte de constrangimento pessoal e que atrasar o exame era uma maneira de minimizar a ocorrência destes momentos⁽³⁵⁾.

Conhecimento

Mesmo com a globalização e toda a tecnologia disponível atualmente, a falta de conhecimento acerca da temática em questão ainda é algo evidente. Esta realidade foi demonstrada em um estudo realizado na África do Sul, onde 69% das

participantes nunca tinham ouvido falar de câncer de mama e consequentemente, a maioria das mulheres do estudo (94,7%) nunca realizaram um exame de rastreamento, fato que colabora para a ocorrência de diagnósticos tardios. Além disso, foram mencionadas iniciativas que fogem das recomendações de saúde mundiais, como: 17,3% das mulheres relataram preferir recorrer a curandeiros tradicionais e espirituais como meios de tratamentos de qualquer alteração em seus seios⁽⁴⁰⁾. Em contrapartida, um estudo do Malawi, localizado na África oriental, mostrou que 96% das mulheres estavam interessadas em aprender mais sobre câncer de mama, e elas gostariam que essa informação viesse de um médico (64%) ou de agente comunitário de saúde (40%)⁽³⁹⁾.

A falta do conhecimento é um fator prejudicial dentro do rastreamento, provocando uma série de impactos negativos, como medos equivocados. Mulheres com câncer de mama demonstraram que os dois motivos mais comuns para atrasos na realização dos exames foram o medo do diagnóstico ou tratamento e a incapacidade de reconhecer que os sintomas da mama eram sérios. Entre essas mulheres, aquelas com educação inferior ao ensino médio, com pouco conhecimento quanto ao câncer de mama e aquelas que demoraram mais de três meses a procurar um serviço de saúde, mesmo após o reconhecimento do primeiro sintoma nas mamas, foram as mais prováveis de serem diagnosticadas em estágios avançados da doença⁽⁴¹⁾.

Dessa forma, evidencia-se que mulheres com níveis mais baixos de escolaridade possuem probabilidade reduzida em ter informações adequadas sobre o rastreamento mamográfico⁽²⁴⁾. Além disso, o nível de educação é o único preditor que aumenta a conscientização e a prática do rastreamento do câncer de mama, com uma razão de chances de 1,43 (IC95% 1,12–2,18)⁽⁴²⁾.

Os níveis de conhecimento precário sobre câncer de mama refletem a necessidade de futuros esforços por meio de programas de educação em saúde direcionados às mulheres. Assim, a educação em saúde deve ser canalizada por agências ou organizações amigas das mulheres, como clínicas de pré-natais e pós-natais hospitalares, organizações religiosas, dentre outras⁽⁴³⁾. Existe a necessidade de uma estratégia multifacetada para informar e educar as mulheres, de modo a provocar mudanças de comportamento. Pode ser benéfico fornecer mais informações sobre o câncer de mama, seu tratamento e a importância do rastreamento por meio da educação em saúde na atenção primária ou utilizando métodos alternativos, como os diversos meios de comunicação, por exemplo, revistas, anúncios de TV e rádio, sites on-line e folhetos⁽³³⁾. É importante ressaltar que o padrão ouro para a comunicação sobre o rastreamento do câncer de mama envolve transmitir a informação com o apoio à tomada de decisões, isto é, ajudar as mulheres a entender as vantagens e desvantagens do rastreamento, permitindo que tomem decisões individuais sobre sua participação no rastreamento⁽⁴⁴⁾.

Crença – baixo risco pessoal – religião

Justificativas que demonstram a crença de baixo risco pessoal^(22,29,30) em apresentar o câncer de mama são comumente descritas, e envolvem ainda a crença de que a ausência de sinais e sintomas de câncer de mama torna o rastreamento desnecessário ou ainda uma prioridade menor na vida da mulher. A razão mais comum para o alto risco percebido da doença é a crença de que todas as mulheres são suscetíveis à doença.

Estudo realizado com mulheres latinas residentes nos Estados Unidos demonstrou que a crença mais comumente mantida era que “a fé em Deus pode protegê-la do câncer de mama”. Sendo que, possuir três ou mais crenças culturais associaram-se significativamente a uma menor aculturação (processo de mudanças pelo contato com outra cultura), menor nível socioeconômico e menor acesso ao cuidado. Além disso, constatou-se uma maior probabilidade de atraso na realização dos exames nas mulheres que possuíam maior número de crenças culturais⁽⁴⁵⁾.

Assim sendo, sugere-se que qualquer intervenção baseada em cultura deve se concentrar em fornecer conhecimento sobre a possibilidade de tratamento do câncer de mama, seus benefícios na detecção precoce e dissipar informações visando eliminar equívocos⁽²⁹⁾.

Fatores externos

Barreiras organizacionais

Quanto aos fatores externos, identificamos três fatores associados a não realização do rastreamento, sendo: questões financeiras/custo do teste; falta de recomendação médica; e a falta de instalações ou ainda instalações inapropriadas.

Um estudo de coorte demonstrou que mais de 90% das mulheres relatam que não realizaram o ECM durante visitas rotineiras aos centros de saúde de atenção primária e outras clínicas antes de apresentar sintomas mamários. Dessa forma, os serviços clínicos de exame de mama fornecidos por médicos e enfermeiros treinados, embora acessíveis, não são uma característica padrão do sistema de cuidados de saúde primários⁽⁴¹⁾.

A dependência do profissional nesse sentido é um fator de destaque, uma vez que, muitas mulheres podem não realizar o rastreamento porque não possuem uma recomendação de um profissional de saúde. Em um estudo onde somente 6% das mulheres já realizaram um ECM, constatou-se que 96% estavam interessadas em realizar esse exame se o profissional de saúde oferecesse⁽³⁹⁾, ademais outro demonstrou que 80 e 83% das mulheres que relataram ter realizado ECM e MMG, respectivamente, indicam que esses exames foram realizados devido a recomendação de seu médico⁽²⁵⁾.

O profissional apesar de ser elemento fundamental nesse processo depende de estrutura e instalações adequadas do serviço, que permitam a atitude positiva da mulher na realização do exame. As limitações estão centradas nos longos

períodos de espera nas clínicas, desorganização em centros de rastreamento, insatisfação com o pessoal da unidade, dificuldades em reagendar consultas, além da falta de preocupação com o câncer de mama⁽³³⁾.

Diante dessa perspectiva é importante mencionar que a realização dos exames está associado as questões multifatoriais acima descritas, e que os programas de rastreamento organizados do câncer da mama reduziram as desigualdades na saúde, para isso seria necessário o investimento público, visando a melhoria da qualidade do serviço. Os resultados indicam que existem desigualdades sociais no desempenho de práticas preventivas, principalmente a depender da raça/cor e nível de escolaridade⁽³¹⁾, sendo necessário identificar possíveis grupos de risco para promover a implementação de ações específicas⁽⁴⁶⁾. Um programa organizado de rastreamento do câncer de mama refletiria nos serviços de saúde, uma vez que, o diagnóstico precoce reduz os custos do tratamento e as taxas de mortalidade⁽⁴⁷⁾.

Apoio/ suporte

Tanto o grupo de mulheres com exames em atraso, como aquelas que nunca realizaram um exame de rastreamento enfrentam barreiras sistêmicas similares à realização da MMG — essencialmente, a falta de recursos ou a falta de contato e encorajamento dos profissionais de saúde, meios que facilitariam o acesso aos exames⁽³⁰⁾. Mulheres participam significativamente mais do rastreamento, quando avaliadas por seu médico da atenção primária e quando possuem o conhecimento de alguém diagnosticada com câncer de mama, mas, não são sensibilizadas a participar do rastreamento quando a recomendação é feita por parentes ou amigos⁽²²⁾.

Mulheres solteiras, principalmente viúvas, são mais propensas a atrasar ou a não participar do rastreamento em comparação as mulheres casadas^(26,33). Algumas mulheres indicam que seus maridos são positivos, sendo estes uma fonte primária de apoio e conforto para muitas mulheres, assim como no aspecto financeiro. Além disso, as decisões de saúde são em sua maior parte realizadas pela esposa ou casal⁽¹⁵⁾. Desse modo, ser casada possivelmente é um fator de proteção contra barreiras, incluindo contra o constrangimento em relação ao exame. Assim, mulheres solteiras requerem atenção especial para informá-las sobre a importância do rastreamento mamário, que poderia ser abordado por meio de programas bem organizados, com grupos de apoio ao câncer de mama e organizações de autoajuda⁽³³⁾.

Outro estudo mostrou que ter pouco contato com amigos e familiares, por mais de dois a três anos, associa-se a maior probabilidade de não participar do rastreamento mamário⁽⁴⁸⁾. Além disso, o fato de possuir antecedentes familiares conhecidos de câncer de mama proporcionaria mulheres com percepções maiores de susceptibilidade⁽⁴⁹⁾, sendo um fator para a procura do rastreamento.

Assim, de forma geral, destaca-se que o apoio social é uma variável social aceita como associada à saúde humana.

A consciência quanto às implicações da falta de apoio adequado, possivelmente, afetará gradualmente e negativamente a participação das mulheres no rastreamento do câncer de mama⁽¹⁷⁾.

Pesquisas são necessárias para explorar variações socioculturais e econômicas entre as mulheres que podem ser específicas para cada população. Sem uma compreensão adequada da influência desses fatores socioculturais e econômicos na busca da saúde ou em comportamentos de risco à saúde, a eficácia e a sustentabilidade dos programas de intervenção não podem ser alcançadas⁽⁵⁰⁾.

CONCLUSÃO

Nosso estudo demonstra que os fatores relacionados a não adesão às práticas do rastreamento são internos e externos e estão interligados. A falta de conhecimento da mulher leva a crenças e comportamentos inadequados. Enquanto que os serviços de saúde inoportunos e profissionais ineficazes na recomendação e na promoção da educação em saúde representam pontos de partida iniciais para se refletir em mudanças nos modelos de rastreamento atual.

Estes fatores demonstram a necessidade de utilização do serviço de forma organizada e universal e com profissionais preparados a acolher e orientar as mulheres proporcionando o enfrentamento de fatores socioeconômicos, culturais, religiosos que inviabilizam a realização do rastreamento do câncer de mama.

A maior parte dos esforços das autoridades de saúde visam barreiras de rastreamento únicas e pontuais. O entendimento de que as barreiras são multifatoriais e estão além das questões organizacionais auxiliam na implementação de estratégias que reorientem os serviços e os profissionais de saúde na perspectiva da atenção integral à saúde das mulheres, com ênfase nas mais vulneráveis à baixa cobertura de práticas preventivas.

Assim, deve-se enfatizar que o rastreamento do câncer de mama é realizado nos casos assintomáticos, sendo necessário uma sensibilização da população e dos profissionais de saúde para que a mulher em faixa etária de risco, em contato com a unidade de saúde, não perca a oportunidade de ter seu pedido de MMG solicitado.

REFERÊNCIAS

1. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2015 [acessado em 7 dez. 2017];65(2):87-108. Disponível em: <https://doi.org/10.3322/caac.21262>.
2. World Health Organization. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes. Module 2. Genebra: World Health Organization; 2007 [acessado em 13 jan. 2018]. 56 p. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>.

3. Takkar N, Kochhar S, Garg P, Pandey AK, Dalal UR, Handa U. Screening methods (clinical breast examination and mammography) to detect breast cancer in women aged 40-49 years. *J Midlife Health* [Internet]. 2017 [acessado em 7 dez. 2017];8(1):2-10. Disponível em: <http://www.jmidlifehealth.org/text.asp?2017/8/1/2/201966>.
4. Migowski A, Silva GA, Dias MBK, Diz MDPE, Sant'Ana DR, Nadanovsky P. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II - Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2018 [acessado em 13 jan. 2018];34(6):e00074817. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00074817>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2015 [acessado em 13 jan. 2018]. 168 p. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_deteccao_precoce_cancer_mama_brasil.pdf.
6. Green BB, Taplin SH. Breast cancer screening controversies. *J Am Board Fam Pract* [Internet]. 2003 [acessado em 12 jan. 2018];16(3):233-41. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.3122/jabfm.16.3.233>.
7. World Health Organization. WHO position paper on mammography screening. Genebra: World Health Organization; 2014 [acessado em 21 jan. 2018]. 78 p. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/137339>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativas 2016: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2016 [acessado em 14 jan. 2018]. 122 p. Disponível em: http://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/edicao/Estimativa_2016.pdf.
9. Teixeira L, editor. Câncer de mama, câncer de colo de útero: conhecimentos, políticas e práticas [Internet]. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2015 [acessado em 7 jan. 2018]. 256 p. Disponível em: <http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/Livro%20Cancer%20de%20mama%20e%20de%20colo%20de%20uterio.pdf>.
10. Myers ER, Moorman P, Gierisch JM, Havrilesky LJ, Grimm LJ, Ghate S, et al. Benefits and harms of breast cancer screening: a systematic review. *JAMA* [Internet]. 2015 [acessado em 21 dez. 2017];314(15):1615-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2015.13183>.
11. Girianelli VR, Gamarra CJ, Silva GA. Os grandes contrastes na mortalidade por câncer do colo uterino e de mama no Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014 [acessado em 21 jan. 2018];48(3):459-67. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n3/pt_0034-8910-rsp-48-3-0459.pdf. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005214>.
12. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures [Internet]. 2018 [acessado em 20 abr. 2018]. Atlanta: American Cancer Society; 2018. Disponível em: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2018/cancer-facts-and-figures-2018.pdf>.
13. Muthoni A, Miller AN. An exploration of rural and urban Kenyan women's knowledge and attitudes regarding breast cancer and breast cancer early detection measures. *Health Care Women Int* [Internet]. 2010 [acessado em 17 dez. 2017];31(9):801-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07399331003628453>.
14. Kwok C, Endrawes G, Lee CF. Cultural beliefs and attitudes about breast cancer and screening practices among Arabic women in Australia. *Cancer Nurs* [Internet]. 2016 [acessado em 13 dez. 2018];39(5):367-74. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/286446048_Cultural_Beliefs_and_Attitudes_About_Breast_Cancer_and_Screening_Practices_Among_Arabic_Women_in_Australia. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000325>
15. Elewonibi B, BeLue R. The influence of socio-cultural factors on breast cancer screening behaviors in Lagos, Nigeria. *Ethn Health* [Internet]. 2019 [acessado em 13 dez. 2018];24(5):544-59. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13557858.2017.1348489>.
16. Kissal A, Vural B, Ersin F, Solmaz T. The effect of women's breast cancer fear and social support perceptions on the process of participating in screening. *Glob Health Promot* [Internet]. 2018 [acessado em 12 dez. 2018];25(3):52-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1757975916677174>.
17. Lourenço TS, Mauad EC, Vieira RAC. Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 [acessado em 13 dez. 2017];66(4):585-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a18.pdf>.
18. Tomazelli JG, Silva GA. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: uma avaliação da oferta e utilização da rede assistencial do Sistema Único de Saúde no período 2010-2012. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2017 [acessado em 13 dez. 2017];26(4):713-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n4/2237-9622-ress-26-04-00713.pdf>. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000400004>
19. Whittemore R, Knaff K. The integrative review: update methodology. *J Adv Nurs* [Internet]. 2005 [acessado em 21 jan. 2018];52(5):546-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>.

20. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* [Internet]. 2009 [acessado em 4 jan. 2019];6(7):e1000097. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.
21. Howick J, Chalmers I, Glasziou P, Greenhalgh T, Heneghan C, Liberati A, et al. The 2011 Oxford CEBM Levels of Evidence. Oxford: Oxford Centre for Evidence Based Medicine; 2011 [acessado em 4 jan. 2019]. Disponível em: <https://www.cebm.net/2016/05/ocbml-levels-of-evidence/>.
22. Marmarà D, Marmarà V, Hubbard G. Health beliefs, illness perceptions and determinants of breast screening uptake in Malta: a cross-sectional survey. *BMC Public Health* [Internet]. 2017 [acessado em 21 dez 2018];17:416. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-017-4324-6>. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4324-6>
23. Abu-Helalah MA, Alshraideh HA, Al-Serhan AA, Kawaleet M, Nesheiwat AI. Knowledge, barriers and attitudes towards breast cancer mammography screening in Jordan. *Asian Pac J Cancer Prev* [Internet]. 2015 [acessado em 15 dez. 2018];16(9):3981-90. Disponível em: http://journal.waocp.org/article_31021_fcfe606b2a50e12806b98696373bfc0f.pdf. <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.9.3981>
24. Munyaradzi D, January J, Maradzika J. Breast cancer screening among women of child-bearing age. *Health Care Women Int* [Internet]. 2014 [acessado em 13 dez. 2018];35(7-9):818-27. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07399332.2014.920843>.
25. Elobaid YE, Aw TC, Grivna M, Nagelkerke N. Breast cancer screening awareness, knowledge, and practice among Arab women in the United Arab Emirates: A Cross-Sectional Survey. Al-Wadei HA. *PLoS One* [Internet]. 2014 [acessado em 17 dez. 2017];9(9):e105783. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4179300/pdf/pone.0105783.pdf>. <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0105783>
26. Donnelly TT, Al Khater AH, Al-Bader SB, Al Kuwari MG, Al-Meer N, Malik M, et al. Beliefs and attitudes about breast cancer and screening practices among Arab women living in Qatar: a cross-sectional study. *BMC Womens Health* [Internet]. 2013 [acessado em 13 dez. 2017];13(1):49. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/13/49>.
27. Khaliq W, Visvanathan K, Landis R, Wright SM. Breast cancer screening preferences among hospitalized women. *J Womens Health (Larchmt)* [Internet]. 2013 [acessado em 12 dez. 2017];22(7):637-42. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/jwh.2012.4083>.
28. Allahverdipour H, Asghari-Jafarabadi M, Emami A. Breast cancer risk perception, benefits of and barriers to mammography adherence among a group of Iranian women. *Women Health* [Internet]. 2011 [acessado em 13 dez. 2017];51(3):204-19. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/03630242.2011.564273>.
29. Shaheen R, Slanetz PJ, Raza S, Rosen MP. Barriers and opportunities for early detection of breast cancer in Gaza women. *Breast* [Internet]. 2011 [acessado em 13 dez. 2017];20(Supl. 2):S30-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.breast.2011.01.010>.
30. Lopez ED, Khoury AJ, Dailey AB, Hall AG, Chisholm LR. Screening mammography: a cross-sectional study to compare characteristics of women aged 40 and older from the deep South who are current, overdue, and never screeners. *Women Health Issues* [Internet]. 2009 [acessado em 13 jan. 2018];19(6):434-45. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2009.07.008>.
31. Amorim VMSL, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados a não realização da mamografia e do exame clínico das mamas: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [acessado em 12 dez. 2017];24(11):2623-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n11/17.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001100017>
32. Vieira RAC, Formenton A, Bertolini SR. Breast cancer screening in Brazil. Barriers related to the health system. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2017 [acessado em 3 dez. 2017];63(5):466-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v63n5/0104-4230-ramb-63-05-0466.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.63.05.466>
33. Újhelyi M, Pukancsik D, Kelemen P, Kovács E, Kenessey I, Bak M, et al. Barriers to organized mammography screening programs in Hungary: A Questionnaire-based study of 3,313 Women. *Anticancer Res* [Internet]. 2018 [acessado em 11 dez. 2017];38(3):1727-34. Disponível em: <https://doi.org/10.21873/anticancer.12408>.
34. Mamdouh HM, El-Mansy H, Kharboush IF, Ismail HM, Tawfik MM, El-Baky MA, et al. Barriers to breast cancer screening among a sample of Egyptian females. *J Family Community Med* [Internet]. 2014 [acessado em 13 dez. 2017];21(2):119-24. Disponível em: <http://www.jfcmonline.com/text.asp?2014/21/2/119/134771>. <http://doi.org/10.4103/2230-8229.134771>
35. Cohen EL, Wilson BR, Vanderpool RC, Collins T. Identifying sociocultural barriers to mammography adherence among Appalachian Kentucky Women. *Health Commun* [Internet]. 2016 [acessado em 21 dez. 2017];31(1):72-82. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4753775/pdf/nihms757700.pdf>. <http://doi.org/10.1080/10410236.2014.936337>

36. Ilaboya D, Gibson L, Musoke D. Perceived barriers to early detection of breast cancer in Wakiso District, Uganda using a socioecological approach. *Global Health* [Internet]. 2018 [acessado em 14 jan. 2018];14(1):1-9. Disponível em: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12992-018-0326-0>. <http://doi.org/10.1186/s12992-018-0326-0>
37. Shigematsu H, Nakamura Y, Tanaka K, Shiotani S, Koga C, Kawaguchi H, et al. A case of HER-2-positive advanced inflammatory breast cancer with invasive micropapillary component showing a clinically complete response to concurrent trastuzumab and paclitaxel treatment. *Int J Clin Oncol* [Internet]. 2010 [acessado em 12 jan. 2018];15(6):615-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10147-010-0093-2>.
38. Lim SK, Teo XL, Ng JL, Li FX, Tan SM. A Survey on Singaporean Women's Knowledge, perception and practices of mammogram screening. *Ann Acad Med Singapore* [Internet]. 2015 [acessado em 17 jan. 2018];44(9):317-25. Disponível em: <http://www.annals.edu.sg/pdf/44VolNo9Sep2015/MemberOnly/V44N9p317.pdf>.
39. Kohler RE, Gopal S, Lee CN, Weiner BJ, Reeve BB, Wheeler SB. Breast cancer knowledge, behaviors, and preferences in Malawi: implications for early detection interventions from a discrete choice experiment. *J Global Oncol* [Internet]. 2017 [acessado em 13 jan. 2018];3(5):480-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5646878/pdf/JGO.2016.005371.pdf>. <https://dx.doi.org/10.1200%2FJGO.2016.005371>
40. Ramathuba DU, Ratshirumbi CT, Mashamba TM. Knowledge, attitudes and practices toward breast cancer screening in a rural South African community. *Curatiosis* [Internet]. 2015 [acessado em 17 jan. 2018];38(1):1-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6091642/pdf/CUR-38-1172.pdf>. <http://dx.doi.org/10.4102/curatiosis.v38i1.1172>
41. Joffe M, Ayeni O, Norris SA, McCormack VA, Ruff P, Das I, et al. Barriers to early presentation of breast cancer among women in Soweto, South Africa. *PLoS One* [Internet]. 2018 [acessado em 7 jan. 2018];13(2):e0192071. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192071>.
42. Amoran OE, Toyobo OO. Predictors of breast self-examination as cancer prevention practice among women of reproductive age-group in a rural town in Nigeria. *Niger Med J* [Internet]. 2015 [acessado em 15 dez. 2017];56(3):185-9. Disponível em: <http://www.nigeriamedj.com/text.asp?2015/56/3/185/160362>. <http://doi.org/10.4103/0300-1652.160362>
43. Al-Zalabani AH, Alharbi KD, Fallatah NI, Alqabshawi RI, Al-Zalabani AA, Alghamdi SM. Breast cancer knowledge and screening practice and barriers among women in Madinah, Saudi Arabia. *J Cancer Educ* [Internet]. 2018 [acessado em 21 dez. 2017];33(1):201-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s13187-016-1057-7>.
44. Hersch J, Jansen J, McCaffery K. Decision-making about mammographic screening: pursuing informed choice. *Climacteric* [Internet]. 2018 [acessado em 17 dez. 2017];21(3):209-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13697137.2017.1406912>.
45. Tejada S, Gallardo RI, Ferrans CE, Rauscher GH. Breast cancer delay in Latinas: the role of cultural beliefs and acculturation. *J Behav Med* [Internet]. 2017 [acessado em 21 dez. 2017];40(2):343-51. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5332480/pdf/nihms813597.pdf>. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9789-8>
46. Serral G, Borrell C, Puigpinós i Riera R. Desigualdades socioeconómicas en el control mamográfico en mujeres españolas de 45 a 69 años de edad. *Gac Sanit* [Internet]. 2018 [acessado em 22 jan. 2018];32(1):61-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.010>.
47. Carney P, O'Neill C. Income inequality in uptake of voluntary versus organized breast cancer screening: evidence from the British Household Panel Survey. *BMC Public Health* [Internet]. 2018 [acessado em 25 jan. 2018];18(1):252. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5139-9>.
48. Jensen LF, Pedersen AF, Andersen B, Vedsted P. Social support and non-participation in breast cancer screening: a Danish cohort study. *J Public Health (Oxf)* [Internet]. 2016 [acessado em 14 dez. 2017];38(2):335-42. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv051>.
49. Guilford K, McKinley E, Turner L. Breast cancer knowledge, beliefs, and screening behaviors of College Women: application of the Health Belief Model. *Am J Health Educ* [Internet]. 2017 [acessado em 10 dez. 2017];48(4):256-63. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/19325037.2017.1316694>.
50. Donnelly TT, Khater AA, Kuwari MG, Al-Bader SB, Al-Meer N, Abdulmalik M, et al. Do socioeconomic factors influence breast cancer screening practices among Arab women in Qatar?. *BMJ Open* [Internet]. 2015 [acessado em 13 dez. 2017];5:e005596. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/5/1/e005596.full.pdf>. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005596>

