

Exame clínico das mamas e mamografia: desigualdades nas regiões Sul e Nordeste do Brasil

Clinical breast examination and mammography: inequalities in Southern and Northeast Brazilian regions

Zaida da Silva Borges¹, Fernando César Wehrmeister¹, Ana Paula Gomes¹, Helen Gonçalves¹

RESUMO: *Objetivo:* Avaliar a prevalência e os fatores associados à realização do exame clínico das mamas (ECM) e da mamografia (MMG) nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, focando em algumas desigualdades sociais. *Métodos:* Estudo transversal, utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, de 2008. Foram avaliadas as prevalências de realização de ECM durante o último ano e de MMG nos últimos dois anos e analisadas conforme variáveis demográficas (idade, cor da pele e estado civil) e socioeconômicas (renda e escolaridade). As razões de prevalência brutas e ajustadas foram obtidas através de regressão de Poisson. As análises foram estratificadas por região. *Resultados:* Foram avaliadas 27.718 mulheres, entre 40 e 69 anos. Menos da metade das mulheres seguiu a recomendação de realização anual de ECM em ambas as regiões. A prevalência de realização de MMG nos últimos 2 anos foi de 58,6 e 45,5% para a região Sul e a Nordeste, respectivamente. Mais de um quarto das mulheres avaliadas de ambas as regiões nunca realizaram MMG (26,5% no Sul e 40,6% no Nordeste). Nunca ter realizado ambos os exames foi quase duas vezes mais prevalente na região Nordeste (29,7%) do que na região Sul (15,9%). O risco para a não realização de ambos os exames foi maior em mulheres com idades entre 60 e 69 anos, não brancas, com menor escolaridade e com menor renda familiar. *Conclusão:* Importantes desigualdades foram observadas entre as regiões Sul e Nordeste para o ECM e a MMG. Políticas públicas de saúde devem priorizar grupos mais vulneráveis para reduzi-las.

Palavras-chave: Desigualdades em saúde. Mamografia. Neoplasias da mama. Saúde da mulher. Neoplasias. Programas de rastreamento.

¹Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas – Pelotas (RS), Brasil.

Autor correspondente: Helen Gonçalves. Rua Marechal Deodoro, 1160, 3º andar, CEP: 96220-220, Pelotas, RS, Brasil. E-mail: hdgs.epi@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** nenhuma.

ABSTRACT: Objective: To evaluate the prevalence and associated factors of doing clinical breast examinations (CBE) and mammogram (MMG) in the Southern and Northeast Brazilian regions, focusing on some social inequalities. **Methods:** This is a cross-sectional study using data from the 2008 National Household Sampling Survey (PNAD). We evaluated the prevalence of CBE during the last year and of the MMG in the last two years, which were analyzed based on demographic (age, skin color, and marital status) and socioeconomic (income and schooling) variables. Gross and adjusted prevalence ratios were obtained using Poisson regression models. All analyses were stratified by region. **Results:** The sample comprised 27,718 women aged 40 to 69 years. Less than a half of the women followed the recommendation of annual CBE performance in both the regions. The MMG prevalence during the last two years was 58.6 and 45.5% for the Southern and Northeast regions, respectively. More than a quarter of the women had never had a MMG (26.5% in the Southern and 40.6% in the Northeast regions). Not having performed both examinations was almost two times higher in the Northeast region (29.7%) when compared with the Southern (15.9%). The risk for not having performed both examinations was greater among nonwhite women, aged 60 to 69 years, with lower schooling level and family income. **Conclusion:** Important inequalities were seen between the Southern and Northeast regions for CBE and MMG. Health public policies should prioritize the most vulnerable groups to reduce these inequalities.

Keywords: Health inequalities. Mammogram. Breast neoplasms. Women's health. Neoplasms. Mass screening.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde estima que no mundo haverá, em 2030, 27 milhões de casos incidentes de todos os tipos de câncer, 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas vivendo anualmente com essa doença¹. O câncer de mama é a neoplasia com maior incidência e taxa de mortalidade entre mulheres no Brasil (exceção para a região Norte), e o segundo no mundo². O problema do câncer de mama ganhou espaço nas agendas políticas e técnicas em saúde, possibilitando que as recomendações para a identificação de novos casos e prevenção se atualizem conforme a magnitude e o impacto da doença na população^{1,3,4}.

No Brasil, as recomendações para a detecção precoce e rastreamento do câncer de mama são elaboradas pelo Ministério da Saúde³. Atualmente, para a detecção precoce, o exame clínico de mamas (ECM) é uma investigação anual recomendada para as mulheres com 40 a 49 anos. Para as com idades entre 50 e 69 anos, o ECM segue como uma recomendação anual, assim como a realização da mamografia (MMG) a cada dois anos. Para mulheres com risco elevado de câncer de mama, a melhor conduta deve ser avaliada pelo médico⁵. As estratégias, simples e de fácil execução, devem ser prioritárias para o rastreamento da doença⁴. A detecção precoce do câncer de mama pode evitar cerca de 30% das mortes devido a essa condição⁶.

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD), de 2003, quase metade das mulheres (49,3%) com idade entre 50 e 69 anos nunca realizou MMG na vida e, aproximadamente, 35% das mulheres com idade a partir de 40 anos nunca realizaram ECM^{7,8}. Em 2008, cerca de 40% das mulheres com idade de 40 anos ou mais realizaram ECM no último ano e 54% das mulheres entre 50 e 69 anos realizaram MMG nos últimos

2 anos, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde^{3,9}. Em relação a esse último exame, quase metade foi efetuado com mulheres na faixa dos 50 a 69 anos de idade⁹. Apesar dos percentuais demonstrarem um aumento na realização dos exames preventivos por mulheres, quando comparados aos dados obtidos pela PNAD em 2003¹⁰, a realidade nacional está longe de atingir a maioria das mulheres que necessitam ser acompanhadas, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Oncológica¹¹.

Estudos de base populacional demonstraram a existência de significativas desigualdades socioeconômicas, raciais e regionais, entre outras diferenças, na realização de exames preventivos^{12,13}. Resumidamente, mostraram que as mulheres mais privilegiadas na realização de exames preventivos são aquelas com maior poder aquisitivo, residentes nas regiões mais ricas do país, com maior escolaridade, que possuem um companheiro e de cor da pele branca. Diante desses dados, a população menos privilegiada socioeconomicamente ainda se mantém como o foco importante para a Política de Saúde até então vigente no país^{10,14}. A sobrevida de um câncer curável, como o de mama, está íntima e positivamente relacionada à renda do país, à oportunidade de oferta e efetividade do rastreamento dessa neoplasia, assim como ao desenvolvimento socioeconômico das regiões do país¹⁵. Portanto, a avaliação das desigualdades entre as regiões do Brasil, no que se refere à realização de exames preventivos — como ECM e MMG —, é um dado relevante às instituições de saúde.

As regiões Sul e Nordeste são reconhecidamente distintas em termos econômicos, sociais e culturais e são, ambas, alvo de análise deste estudo, cujo objetivo é avaliar a prevalência do ECM e MMG e fatores associados à sua realização, em mulheres de 40 a 69 anos, moradoras nesses locais.

MÉTODOS

O presente estudo, com delineamento transversal de base populacional, utilizou dados secundários oriundos da PNAD, realizada no ano de 2008 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁹. Nesse ano foram coletadas informações suplementares sobre as características de saúde dos moradores locais, identificando possíveis desigualdades regionais, incluindo dados sobre a realização de ECM e MMG.

A PNAD é realizada por meio de uma amostra probabilística de domicílios obtida em três estágios: municípios, setores censitários e unidades domiciliares. A amostra é representativa para o Brasil, para grandes regiões, para estados e dez regiões metropolitanas. Em 2008, a pesquisa envolveu 150.591 domicílios, com 391.868 indivíduos entrevistados⁹. Neste estudo, no entanto, foram utilizadas as informações referentes à população feminina, com idades entre 40 e 69 anos, residentes nas regiões Sul e Nordeste do Brasil no referido ano do inquérito em questão.

Os desfechos avaliados foram as prevalências do ECM e da MMG. Para ECM, as respostas à pergunta “Quando foi a última vez que um médico ou enfermeiro fez o exame clínico das mamas da <entrevistada>?” foram categorizadas em um ano ou menos (segue a recomendação), mais de um ano (fez alguém) e nunca fez (nunca fez). O Consenso de 2004³ considera adequado

o rastreio do câncer de mama pelo ECM anual, a partir de 40 anos para as mulheres sem risco e com 35 anos ou mais para as com risco de desenvolver a doença. Para MMG, a pergunta “Quando foi a última vez que <entrevistada> fez uma mamografia?” gerou respostas que foram categorizadas em: dois anos ou menos (segue a recomendação), mais de 2 anos (fez aquém) e nunca realizou (nunca fez); sendo considerado como adequado se realizado em período de 2 anos ou menos a partir de 50 anos de idade.

As características demográficas (idade, cor da pele, situação conjugal, nível socioeconômico e escolaridade) foram consideradas como variáveis independentes. A variável idade foi agrupada em três grupos: 40 a 49; 50 a 59; e 60 a 69 anos. Cor da pele — conforme estabelecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e autorreferida pelo entrevistado — foi recategorizada como branca e não branca devido às baixas proporções nas categorias de cor amarela e indígena. A situação conjugal foi dividida em com e sem companheiro e autorreferida pelo entrevistado. O nível socioeconômico foi pesquisado conforme pontuação da Classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP)¹⁶ e dividido em quintis. A escolaridade foi categorizada em anos completos de estudo, a saber: nenhum; de 1 a 4; de 5 a 8; e 9 ou mais.

As análises estatísticas foram realizadas com o programa Stata 12.1 (Statcorp, Texas), com a descrição e prevalência de ECM e MMG estratificadas pelas regiões Sul e Nordeste. Foram efetuadas análises bivariadas utilizando χ^2 de Pearson e de tendência linear (quando oportuno) entre as exposições e desfechos. As razões de prevalência brutas e ajustadas foram obtidas através de regressão de Poisson. A análise ajustada, para cada região (Sul e Nordeste) e para cada desfecho (não realização de ECM, de MMG e de ambos), separadamente, foi realizada considerando todas as variáveis independentes ao mesmo tempo no modelo. Por se tratar de amostra complexa, os pesos amostrais e o efeito de delineamento do estudo foram levados em consideração na análise. O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Pelotas, para conhecimento e foi aprovado conforme o parecer número 467.419, de outubro de 2013.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 27.718 mulheres, sendo 10.037 residentes na região Sul e 17.681 na região Nordeste (Tabela 1). Em ambas as regiões, predominaram mulheres com idade entre 40 e 49 anos e cerca de um terço tinham 9 ou mais anos de estudo. Enquanto que 80,5% da amostra na região Sul referiu ter cor da pele branca, 69,2% das mulheres da região Nordeste se denominaram como não brancas. Também foram observadas diferenças em relação a coabitar com um companheiro: no Sul, 55,0% das mulheres viviam com um parceiro e menos da metade das mulheres (48,4%) moradoras da região Nordeste tinha essa mesma característica.

A Tabela 2 apresenta a prevalência de ECM de acordo com as recomendações propostas pelo Ministério da Saúde. Observou-se que menos de um quinto (17,5%) das mulheres da região Sul nunca fizeram ECM contra 32,0% das mulheres residentes na região Nordeste.

Tabela 1. Distribuição da amostra conforme características socioeconômicas e demográficas nas regiões Sul e Nordeste. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008.

Variáveis	Região Sul		Região Nordeste	
	n	%	n	%
Idade (anos)				
40 a 49	4.417	44,0	8.076	45,7
50 a 59	3.483	34,7	5.763	32,6
60 a 69	2.137	21,3	3.842	21,7
Escolaridade (anos)				
Nenhum	872	8,7	4.241	24,1
1 a 4	2.860	28,6	4.586	26,0
5 a 8	2.616	26,2	3.241	18,4
9 ou mais	3.650	36,5	5.556	31,5
Cor da pele				
Branca	8.082	80,5	5.437	30,8
Não branca	1.955	19,5	12.244	69,2
Situação conjugal				
Com companheiro	5.514	54,9	8.556	48,4
Sem companheiro	4.523	45,1	9.125	51,6
Renda <i>per capita</i> (quintis)*				
Q1 (menor)	1.948	20,0	3.450	20,0
Q2	1.959	20,1	3.480	20,2
Q3	1.938	19,9	3.415	19,8
Q4	1.945	20,0	3.461	20,1
Q5 (maior)	1.946	20,0	3.435	19,9
Total	10.037	100,0	17.681	100,0

*Número máximo de valores ignorados: variável renda (301 – região Sul; e 440 – região Nordeste)

Tabela 2. Descrição e prevalência de exame clínico das mamas (nunca fez; fez e está aquém das recomendações; e segue recomendações) por região e razão Sul/Nordeste. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008.

Variáveis	Nunca fez			Fez e está aquém das recomendações			Segue recomendações		
	Sul (%)	Nordeste (%)	Razão Sul/Nordeste	Sul (%)	Nordeste (%)	Razão Sul/Nordeste	Sul (%)	Nordeste (%)	Razão Sul/Nordeste
Idade (em anos)									
40 a 49	16,1	30,8	0,52	33,9	32,3	1,05	50,1	36,9	1,36
50 a 59	15,4	29,4	0,52	35,5	34,0	1,04	49,1	36,6	1,34
60 a 69	22,2	38,6	0,58	37,3	33,5	1,11	40,5	28,0	1,45
Cor da pele									
Branca	15,5	27,3	0,57	35,0	33,3	1,05	49,5	39,4	1,26
Não branca	23,9	34,2	0,70	35,8	33,0	1,08	40,3	32,8	1,23
Situação conjugal									
Com companheiro	15,7	33,6	0,47	34,5	31,3	1,10	49,8	35,1	1,42
Sem companheiro	18,9	30,5	0,62	36,0	34,8	1,03	45,1	34,6	1,30
Renda <i>per capita</i> (quintis)									
Q1 (menor)	28,1	48,9	0,57	38,9	30,2	1,29	33,0	21,0	1,57
Q2	24,7	41,0	0,60	37,6	33,3	1,13	37,7	25,6	1,47
Q3	19,9	34,2	0,58	36,4	35,4	1,03	45,7	30,3	1,51
Q4	11,3	27,0	0,42	35,9	35,7	1,01	52,9	37,3	1,42
Q5 (maior)	4,8	9,6	0,50	27,7	31,2	0,89	67,5	59,3	1,14
Escolaridade (anos)									
Nenhum	36,5	56,6	0,64	36,5	25,9	1,41	27,0	17,5	1,54
1 a 4	24,9	39,1	0,64	37,6	34,9	1,08	37,5	26,1	1,44
5 a 8	16,1	23,9	0,67	37,2	39,3	0,95	46,8	36,8	1,27
9 a 11	7,3	12,3	0,59	31,4	33,6	0,93	61,6	54,1	1,14
Total	17,5	32,0	0,55	35,2	33,1	1,06	47,7	34,9	1,37

Além disso, em ambas as regiões as mulheres que nunca fizeram ou fizeram e estão aquém das recomendações para prevenção do câncer de mama tinham entre 60 e 69 anos e possuíam menor renda familiar do que as que seguiram recomendações. O grupo que fez aquém das recomendações foi bastante semelhante nas duas regiões avaliadas. Nessa tabela observa-se que na região Nordeste quem vive com companheiro foi o grupo com maior proporção de nunca ter feito o ECM, assim como os maiores percentuais para quem fez aquém das recomendações foram as com escolaridade e renda maiores.

Menos da metade das mulheres avaliadas e residentes na região Nordeste (45,5%) seguiram as recomendações para a realização de MMG, enquanto que mais da metade (58,6%) das mulheres da região Sul realizaram esses mesmos procedimentos (Tabela 3). Mulheres de 50 a 59 anos, de cor da pele branca, mais ricas e escolarizadas foram as que mais perfilharam as recomendações para MMG. Nunca ter realizado MMG foi relatado por 40,6% das mulheres da região Nordeste contra 26,6% das da região Sul. Comparando as regiões, as mulheres com escolaridade mais alta do Nordeste apresentaram maior prevalência de estar aquém das recomendações do que as do Sul. Aquelas que coabitavam com companheiro seguiam menos as recomendações do que as sem companheiro e as que viviam com companheiro tiveram percentual mais alto de nunca ter feito MMG do que o seu grupo de comparação.

Verifica-se ainda que no grupo de mulheres que nunca realizaram MMG e/ou ECM (Tabela 4) o maior risco para a não realização desses exames em ambas as regiões se encontra entre as mulheres mais pobres e menos escolarizadas.

Avaliando a proporção de mulheres de ambas as regiões que nunca realizaram os exames analisados, encontra-se nas residentes na região Nordeste as maiores prevalências de nunca ter realizado ECM, MMG ou ECM e MMG. A prevalência de nunca ter realizado nenhum dos exames é quase o dobro nas mulheres da região Nordeste (30%) do que na região Sul (16%) (dados não apresentados).

DISCUSSÃO

A PNAD tem analisado periodicamente, desde 1998, importantes indicadores de saúde da população brasileira. A utilização de fontes de dados secundários fornece estimativas precisas e representativas para as macrorregiões brasileiras, gerando informações valiosas para o planejamento de ações em saúde pública, como os dados relativos à saúde da mulher.

Embora a prevalência de realização de MMG e ECM tenha aumentado em relação à estimativa obtida pela PNAD em 2003¹⁰, o presente estudo evidenciou que os grupos mais vulneráveis seguem carecendo de maior atenção por parte dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, de ações públicas direcionadas a eles. No período compreendido entre 2003 e 2008 houve um declínio na desigualdade na realização dos exames preventivos¹⁰, muito embora, conforme se observa nos resultados demonstrados, as mulheres que não seguem as recomendações — nunca fizeram ou que estão aquém do recomendado — são novamente aquelas que apresentam características relevantes também para

Tabela 3. Descrição e prevalência de Mamografia (nunca fez; fez e está aquém das recomendações; e segue recomendações) por região e razão Sul/Nordeste. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008.

Variáveis	Nunca fez			Fez e está aquém das recomendações			Segue recomendações		
	Sul (%)	Nordeste (%)	Razão Sul/Nordeste	Sul (%)	Nordeste (%)	Razão Sul/Nordeste	Sul (%)	Nordeste (%)	Razão Sul/Nordeste
Idade (em anos)									
40 a 49	28,8	42,2	0,68	12,1	12,1	1,00	59,1	45,8	1,29
50 a 59	21,6	35,7	0,61	16,2	14,9	1,09	62,2	49,4	1,26
60 a 69	30,1	44,7	0,67	18,2	16,4	1,11	51,7	38,9	1,33
Cor da pele									
Branca	24,5	35,5	0,69	14,7	13,8	1,07	60,7	50,7	1,20
Não branca	35,0	42,9	0,82	15,2	13,9	1,09	49,8	43,2	1,15
Situação conjugal									
Com companheiro	26,0	42,9	0,61	13,7	12,4	1,10	60,4	44,7	1,35
Sem companheiro	27,4	38,5	0,71	16,2	15,3	1,06	56,4	46,3	1,22
Renda <i>per capita</i> (quintis)									
Q1 (menor)	43,4	59,9	0,72	16,9	12,6	1,34	39,7	27,4	1,45
Q2	35,3	51,8	0,68	14,6	14,4	1,01	50,1	33,8	1,48
Q3	28,6	43,1	0,66	15,0	15,2	0,99	56,4	41,7	1,35
Q4	19,1	35,6	0,54	16,6	16,1	1,03	64,3	48,3	1,33
Q5 (maior)	7,9	13,7	0,58	11,7	11,2	1,04	80,4	75,1	1,07
Escolaridade (anos)									
Nenhum	48,1	65,2	0,74	17,6	11,8	1,49	34,4	23,0	1,50
1 a 4	36,2	48,7	0,74	16,9	15,4	1,10	46,9	35,9	1,31
5 a 8	25,7	33,7	0,76	15,6	16,8	0,93	58,8	49,5	1,19
9 a 11	14,6	19,4	0,75	12,0	12,6	0,95	73,4	68,1	1,08
Total	26,6	40,6	0,66	14,8	13,9	1,06	58,6	45,5	1,29

Tabela 4. Razão de prevalência para nunca fez mamografia, exame clínico das mamas ou ambos os exames. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008.

Variáveis	Nunca fez					
	MMG		ECM		ECM e MMG	
	Sul RP (IC95%)	Nordeste RP (IC95%)	Sul RP (IC95%)	Nordeste RP (IC95%)	Sul RP (IC95%)	Nordeste RP (IC95%)
Idade (em anos)	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001
40 a 49	1	1	1	1	1	1
50 a 59	0,72 (0,66 – 0,79)	0,79 (0,75 – 0,84)	0,89 (0,79 – 1,00)	0,87 (0,82 – 0,93)	0,85 (0,75 – 0,96)	0,85 (0,80 – 0,91)
60 a 69	0,94 (0,85 – 1,04)	0,97 (0,91 – 1,03)	1,15 (1,01 – 1,30)	1,09 (1,01 – 1,17)	1,14 (1,00 – 1,30)	1,09 (1,01 – 1,17)
Cor da pele	p = 0,052	p = 0,635	p = 0,049	p = 0,379	p = 0,037	p = 0,424
Branca	1	1	1	1	1	1
Não branca	1,09 (0,98 – 1,18)	1,01 (0,96 – 1,06)	1,12 (1,00 – 1,25)	1,02 (0,97 – 1,08)	1,11 (1,01 – 1,22)	1,02 (0,97 – 1,06)
Situação conjugal	p = 0,055	p = 0,030	p < 0,001	p = 0,248	p = 0,001	p = 0,097
Com companheiro	1	1	1	1	1	1
Sem companheiro	1,08 (1,00 – 1,17)	0,96 (0,93 – 1,00)	1,19 (1,08 – 1,31)	0,98 (0,93 – 1,02)	1,22 (1,11 – 1,35)	0,97 (0,93 – 1,01)
Renda <i>per capita</i> (quintis)	P < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001
Q5 (maior)	1	1	1	1	1	1
Q4	2,10 (1,75 – 2,55)	2,01 (1,81 – 2,25)	1,95 (1,53 – 2,49)	1,99 (1,75 – 2,76)	1,90 (1,47 – 2,45)	2,08 (1,81 – 2,39)
Q3	2,88 (2,40 – 3,46)	2,28 (2,04 – 2,54)	2,74 (2,17 – 3,46)	2,36 (2,08 – 2,68)	2,72 (2,13 – 3,47)	2,48 (2,17 – 2,84)
Q2	3,35 (2,80 – 4,02)	2,55 (2,29 – 2,84)	3,48 (2,76 – 4,38)	2,61 (2,30 – 2,97)	3,47 (2,73 – 4,41)	2,78 (2,43 – 3,18)
Q1 (menor)	3,88 (3,23 – 4,65)	2,79 (2,50 – 3,11)	3,76 (2,98 – 4,74)	2,96 (2,61 – 3,37)	3,80 (2,99 – 4,84)	3,20 (2,79 – 3,66)
Escolaridade (anos)	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001
9 a 11	1	1	1	1	1	1
5 a 8	1,38 (1,23 – 1,56)	1,44 (1,32 – 1,58)	1,69 (1,44 – 1,98)	1,58 (1,42 – 1,75)	1,71 (1,45 – 2,02)	1,61 (1,43 – 1,80)
1 a 4	1,84 (1,63 – 2,06)	1,99 (1,84 – 2,16)	2,42 (2,07 – 2,82)	2,43 (2,21 – 2,67)	2,44 (2,07 – 2,86)	2,49 (2,25 – 2,75)
Nenhum	2,24 (1,94 – 2,59)	2,64 (2,43 – 2,86)	3,14 (2,61 – 3,77)	3,41 (3,10 – 3,75)	3,22 (2,67 – 3,90)	3,62 (3,27 – 4,00)

MMG: mamografia; ECM: exame clínico das mamas; RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

outros desfechos em saúde, como as com 60 anos ou mais de idade, com cor da pele não branca e que estão no menor quintil de renda. Esses achados são consistentes com o de estudos realizados com amostras menores e em distintas regiões do país^{8,17-19}. Mulheres com maior escolaridade e renda, em geral, têm maior acesso a informações e aos serviços de saúde, resultando na maior prevalência de realização de exames mais próxima às recomendações de prevenção ou tratamento de doenças^{8,17,20}. Comparando-se os dados nacionais da PNAD de 2003 e 2008, houve aumento da proporção de mulheres com 50 a 69 anos que realizaram na vida MMG, respectivamente 54,6 e 71,5%²¹. Ainda com relação à MMG, o estudo apontou que mulheres jovens, que não estão na faixa recomendada para a realização do exame, representam um percentual alto comparado às que deveriam ser alvo do procedimento. Tendo em vista que a recomendação para a realização de MMG envolve mulheres a partir de 50 anos de idade^{3,5}, seriam esperadas prevalências ainda menores em mulheres com menos de 50 anos. Como os dados não permitem identificar mulheres com risco elevado de câncer de mama, há a possibilidade de que entre esse grupo existam mulheres com alguma indicação para a realização de MMG. Em relação à cor da pele, nota-se que há mais desigualdades no Sul do que no Nordeste, especialmente para a não realização de MMG, o que pode demarcar mais fortemente as diferenças de acesso e informações decorrentes das situações desiguais advindas da raça/cor da pele em ambos contextos analisados. Os trabalhos de Amorin et al.¹⁷ e Oliveira et al.¹⁰ também apontam diferenças nesse âmbito e com prejuízo para as não brancas.

No que concerne às regiões alvo do estudo, verificou-se que as mulheres da região Sul são as que mais referiram realizar ECM e MMG quando comparadas às da região Nordeste. Esse dado também foi observado na PNAD de 2003⁷, a qual demonstra a existência de uma tendência temporal a ser combatida. Tendo em vista que a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde é de 60% para realização de MMG na população alvo²², pode-se perceber que a região Sul esteve próxima a alcançar a meta (59,1%), enquanto que a região Nordeste ainda está distante (49,8%). Estudos que avaliaram iniquidades e desigualdades em saúde nas regiões brasileiras também apontam para indicadores mais desfavoráveis para a região Nordeste do país em comparação à região Sul^{8,23}. Segundo os autores, as diferenças podem ser percebidas, por exemplo, no número de mamógrafos e tratamento disponíveis e na distância percorrida até o local de exame. Regiões mais desenvolvidas economicamente tendem a detectar mais os casos de câncer de mama¹². Regiões com maior taxa de pobreza, como é o caso do nordeste brasileiro, possuem um contingente grande de problemas em saúde em todas as áreas²³. Historicamente, a ausência de investimentos constantes nos serviços de saúde pública e de profissionais capacitados e disponíveis para atender e rastrear doenças como o câncer de mama nessas regiões pode explicar grande parte das diferenças^{24,25}.

O rastreamento oportunístico, portanto, mantém as desigualdades de acesso e de utilização aos exames de rastreamento. Apesar do Ministério da Saúde recomendar a busca ativa na população alvo (que nunca realizaram MMG e das que necessitam realizar)⁴, tais condutas ainda não fazem parte da realidade brasileira como um todo. O que se tem observado é que esse tipo de rastreamento acarreta desigualdades no acesso e na utilização dos exames preventivos, ocasionando também a priorização da MMG ao invés do ECM²¹, conforme

demonstrado. De acordo com Silva e Hortale²¹, os programas de rastreamento organizado poderiam corrigir as desigualdades se os quatro componentes essenciais (técnicos, econômicos, sociais e éticos) fossem assegurados. Cabe ressaltar que os gastos com ações preventivas são menores do que os com o tratamento da doença²⁶, cujos custos direto e indireto estarão atrelados ao estágio do câncer no momento do diagnóstico. Os custos aos sistema de saúde aumentarão se os municípios não possuírem o tratamento preconizado.

Outros motivos associados à não realização de MMG apontados na literatura incluem: a não solicitação médica do exame²⁷⁻³⁰, não conhecer a faixa etária em que o exame deve ser realizado²⁷, obstáculos relativos aos serviços públicos^{27,28}, o medo de realizar o exame^{27,28,30}, à dor, ao desconforto e à ansiedade em relação ao exame^{28,31,32} e à falta de tempo²⁸. Além desses, acredita-se que os aspectos socioculturais podem também influenciar nas práticas de cuidado e nas práticas e modos de perceber as necessidades em saúde e compreensão de como prevenir doenças em ambas as regiões, bem como dos profissionais para com elas¹⁷. Esses aspectos também podem estar bastante relacionados ao fato de que mulheres que vivem com companheiro na região Nordeste serem o grupo com maior proporção de nunca ter feito ECM e de elas seguirem menos às recomendações e corresponderem ao percentual mais alto de nunca ter feito MMG.

Este estudo apresenta uma importante estimativa sobre a realização de exames preventivos em mulheres para as regiões estudadas. Entretanto, é importante pontuar algumas limitações. Em razão da utilização de dados secundários, captados com perguntas específicas sobre o tema, não foi possível fazer novas categorizações para fins comparativos com outros estudos. Por se tratar de um inquérito com entrevista, o viés de memória para discorrer sobre o período do último exame e de informação pode ter influenciado os percentuais para ambos os exames. A impossibilidade de inferir causalidade é outra limitação a ser pontuada, embora a avaliação dos fatores associados, mesmo que não causalmente, constitui importante ferramenta para o planejamento de políticas públicas.

Os resultados do presente estudo, decorrentes da PNAD 2008, podem fornecer subsídios aos gestores para a formulação de políticas públicas visando à ampliação efetiva e eficaz do ECM e da MMG. Esses, portanto, devem considerar nas suas atuações as diferenças demonstradas entre as regiões, como por exemplo, intensificar o rastreamento por MMG na região Nordeste, local onde menos mulheres o realizaram, reforçar esse rastreio para a população alvo em ambas as regiões. Ainda, recomenda-se que novas pesquisas devam ser realizadas com o intuito de melhorar a compreensão de fatores associados a esses exames, fomentando o entendimento e visando dissolver desigualdades sociais associadas à não realização dos exames analisados e promover equidades em saúde.

CONCLUSÃO

Importantes desigualdades na realização dos exames preventivos para o câncer de mama foram observadas entre as regiões Sul e Nordeste do Brasil. Políticas públicas de saúde devem priorizar grupos mais vulneráveis para reduzi-las.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. World Cancer Report 2008. Lyon: IARC Press; 2008. Disponível em: <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/> (Acessado em 21 de setembro de 2015).
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Controle do Câncer de mama. Documento de Consenso. Rev Bras Cancerol 2004; 50(2): 77-90.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- Instituto Nacional do Câncer. Outubro rosa. Detecção precoce [home page da internet]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/wcm/outubro-rosa/2014/deteccao-precoce.asp> (Acessado em 21 de setembro de 2015).
- International Union Against Cancer. Evidence-based cancer prevention: strategies for NGOs. Geneve: UICC; 2004. p. 180-193.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Acesso e utilização de serviços de saúde - 2003. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
- Lima-Costa MF, Matos DL. 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 2007; 23(7): 1665-73.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
- Oliveira EXG, Pinheiro RS, Melo ECP, Carvalho MS. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. Ciênc Saúde Coletiva 2011; 16(9): 3649-64.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 2.439 de 08/12/2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- Gebrim LH, Quadros LGA. Rastreamento do câncer de mama no Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet 2006; 28(6): 319-23.
- Szwarcwald CL, Leal MC, Gouveia GC, Souza WV. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. Rev Bras Saúde Matern Infant 2005; 5(Suppl 1): s11-s22.
- Viacava F, Souza Junior PRB, Moreira RS. Estimativas da cobertura de mamografia segundo inquéritos de saúde no Brasil. Rev Saúde Pública 2009; 43(Suppl 2): 117-25.
- Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. Lancet 2011; 377(9781): 1949-61.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas. Critério de classificação econômica Brasil [home page na internet]. ABEP; 2008. Disponível em: www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=07 (Acessado em 21 de setembro de 2015).
- 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 2008; 24(11): 2623-32.
- Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Bassani D, Marchionatti CRE, Bairros FS, Oliveira MLPd, et al. Desigualdades na realização do exame clínico de mama em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública 2007; 23(7): 1603-12.
- Novaes HMD, Braga PE, Schout D. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003. Ciênc Saúde Coletiva 2006; 11(4): 1023-35.
- Marinho LAB, Costa-Gurgel MS, Cecatti JG, Osis MJD. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. Rev Saúde Pública 2003; 37(5): 576-82.
- Silva RCF, Hortale VA. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: quem, como e por quê? Rev Bras de Cancerol 2012; 58(1): 67-71.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.669, de 3 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 – 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

23. Vieira RADC, Mauad EC, Matheus AGZ, Mattos JSC, Haikel Junior RL, Bauad SDP. Rastreamento mamográfico: começo - meio - fim. *Rev Bras de Mastologia* 2010; 20(2): 92-7.
24. Oliveira EXG, Melo ECP, Pinheiro RS, Noronha CP, Carvalho MS. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(2): 317-26.
25. Nunes A, Santos JRS, Barata RB, Vianna SM. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2001.
26. Ribeiro RA, Caleffi M, Polanczyk CA. Custo-efetividade de um programa de rastreamento organizado de câncer de mama no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2013; 29(Suppl 1): s131-45.
27. Lages RB, Oliveira GP, Simeão Filho VM, Nogueira FM, Teles JBM, Vieira SC. Desigualdades associadas à não realização de mamografia na zona urbana de Teresina-Piauí-Brasil, 2010-2011. *Rev Bras Epidemiol* 2012; 15(4): 737-47.
28. Marinho LAB, Cecatti JG, Osis MJD, Costa Gurgel MS. Knowledge, attitude and practice of mammography among women users of public health services. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(2): 200-7.
29. Meissner HI, Breen N, Taubman ML, Vernon SW, Graubard BI. Which women aren't getting mammograms and why? (United States). *Cancer Causes Control* 2007; 18(1): 61-70.
30. Santos GD, Chubaci RYS. O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo (SP, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(5): 2533-40.
31. Elmore JG, Armstrong K, Lehman CD, Fletcher SW. Screening for breast cancer. *JAMA* 2005; 293(10): 1245-56.
32. Freitas Júnior R, Fiori WF, Ramos FJF, Godinho E, Rahal RMS, Oliveira JG. Desconforto e dor durante realização da mamografia. *Rev Assoc Med Bras* 2006; 52(5): 333-6.

Recebido em: 15/11/2014

Versão final apresentada em: 21/09/2015

Aceito em: 18/09/2015