

Desigualdades associadas à não realização de mamografia na zona urbana de Teresina-Piauí-Brasil, 2010-2011

Inequalities associated with lack of mammography in Teresina-Piauí-Brazil, 2010-2011

Rafael Bandeira Lages

Giuliano da Paz Oliveira

Valter Morais Simeão Filho

Felipe Melo Nogueira

João Batista Mendes Teles

Sabas Carlos Vieira

Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Piauí – UFPI.*

* Os quatro primeiros autores são estudantes de medicina; João Batista Mendes Teles é graduado em Estatística pela Universidade Federal do Ceará (UFC) e com especialização em epidemiologia pela UFPI, onde é professor titular; Sabas Carlos Vieira é Doutor pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), professor da UFPI e cirurgião oncológico.

Este trabalho foi desenvolvido no Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Piauí.

Conflitos de interesse: Nenhum.

Correspondência: Sabas Carlos Vieira. Rua Félix Pacheco 2.159, sala 305, Centro/Sul, Teresina, PI CEP 64001-160. E-mail: sabas.vieira@uol.com.br

Resumo

Fundamentos: Estudos demonstram que a realização da mamografia em programas de rastreamento diminui a mortalidade do câncer de mama. Entretanto, há indícios de grande desigualdade no acesso à realização deste exame no Brasil. **Objetivos:** Analisar o percentual de mulheres que não realizaram mamografia segundo variáveis socioeconômicas e demográficas em mulheres de 40 a 69 anos de Teresina-PI. **Métodos:** Estudo transversal realizado em 2010/2011, com amostragem multifásica em cinco etapas, realizando-se entrevista face a face com cada mulher sorteada. Processou-se os dados com programa SPSS 19.0, realizando-se análise uni e multivariada. **Resultados:** Dentre as 433 mulheres que responderam o questionário, a taxa de realização de mamografia foi de 75,3%, sendo que, destas, 17,2% a haviam realizado há mais de dois anos. A não realização de mamografia esteve relacionada com raça parda/negra ($p = 0,030$), ausência de companheiro ($p = 0,041$), menor grau de instrução ($p = 0,010$), menor renda ($p < 0,001$), tabagismo ($p = 0,006$), não possuir plano ou seguro de saúde ($p < 0,001$). O Sistema Único de Saúde (SUS) foi responsável por realizar 56,3% das mamografias. **Conclusão:** 24,7% das mulheres teresinenses nunca haviam realizado mamografia e 37,9% não a haviam realizado nos últimos dois anos. A não realização deste exame foi associada à existência de desigualdades racial e socioeconômica.

Palavras-chave: Neoplasias da mama. Prevenção de câncer de mama. Programas de rastreamento. Mamografia. Desigualdades em saúde. Iniquidade social.

Abstract

Introduction: Randomized studies have shown that screening for breast cancer with mammography reduces the breast cancer mortality. However there are signs of a great inequality in access to mammography in Brazil. **Objectives:** To analyze the percentage of women who did not undergo mammography according to socioeconomic and demographic variables in women aged from 40 to 69 years in Teresina, Piauí State, Brazil. **Methods:** This was a cross-sectional population-based study in women aged 40-69 years in Teresina-Piauí in 2010/2011. The sampling was randomly conducted in five stages. The data were processed by SPSS 19.0 and it was performed univariate and multivariate analysis. **Results:** Among 433 women who answered the questionnaire, 75,3% had a mammography and 17,2% of these women had not a mammography over the last two years. The lack of breast cancer screening was associated with non-white skin color ($p = 0,030$), never being married ($p = 0,041$), low levels of education ($p = 0,010$), low family income ($p < 0,001$), smoking ($p = 0,006$), having no private health insurance ($p < 0,001$). The Unified National Health System (SUS) performed 56,3% of reported mammograms. **Conclusion:** About 24.7% of women in the sample never had a mammography. According to the findings, the lack of breast cancer screening is associated with social and racial inequalities.

Keywords: Breast Neoplasms. Breast Cancer Prevention. Mass Screening. Mammography. Health Inequalities. Social Inequity.

Introdução

O câncer de mama é o mais comum entre as mulheres, representando cerca de 22% dos casos novos de neoplasias no sexo feminino a cada ano. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), as estimativas para 2012 no Brasil são de 52.680 casos novos, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres. Em Teresina (Piauí, Brasil), a taxa bruta de incidência por 100 mil habitantes é estimada em 40,76 e esperam-se 180 casos novos este ano¹. As taxas de mortalidade também são elevadas, aumentando em aproximadamente 20% entre 1995 e 2005 no Brasil².

A detecção precoce visando um melhor prognóstico tem sido o objetivo de diversos programas de saúde pública. Existem evidências de que a realização de mamografia apresenta eficácia em cerca de 23% na redução da mortalidade por câncer de mama entre mulheres com 50 a 69 anos. Entre 40 e 49 anos, porém, o uso de mamografias para rastreamento é controverso, uma vez que nesse grupo a incidência de câncer de mama é menor e tal exame apresenta menor sensibilidade, resultando em maior número de falsos positivos³.

Em vários países desenvolvidos, como Austrália, Canadá, Dinamarca, Islândia, Finlândia, Itália, Holanda, Reino Unido, Espanha e Suécia, existe programa de rastreamento de mama há mais de 10 anos, sendo a mamografia o principal ou único exame utilizado^{4,5}. Em nosso país, apesar de existir desde 2003 o programa de rastreamento do câncer de mama do Ministério da Saúde (MS), a regra ainda é o diagnóstico do tumor em suas fases mais avançadas^{6,7}. Segundo o MS, a recomendação é que mulheres de 50 a 69 anos realizem a mamografia pelo menos a cada dois anos, enquanto as de 40 a 49 anos devem ser submetidas ao exame clínico anual das mamas. Para aquelas com história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau, a recomendação no Brasil é de realizar anualmente os exames clínico e mamográfico a partir dos 35 anos⁷. O autoexame deixou de ser recomendado,

nos últimos anos, como procedimento efetivo para rastreamento de câncer de mama⁸.

A Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), por sua vez, recomenda a realização da mamografia anualmente a partir dos 40 anos de idade em mulheres assintomáticas, após 35 anos nas de alto risco, e após os 25 anos naquelas com predisposição genética².

Considerando-se, portanto, as altas taxas de incidência e mortalidade do câncer de mama no Brasil e a necessidade de sua detecção precoce^{1,2}, faz-se necessário avaliar as práticas preventivas para esta doença. Com este intuito, o presente estudo objetivou analisar o percentual de mulheres que não realizaram mamografia segundo variáveis socioeconômicas e demográficas em mulheres de 40 a 69 anos de Teresina-PI. Espera-se, assim, contribuir para que gestores públicos possam implementar estratégias que orientem os serviços na perspectiva de universalidade e equidade na atenção da saúde da mulher.

Métodos

No período de 2010 a 2011 foi realizado um estudo transversal na população de mulheres entre 40 e 69 anos de idade residentes no município de Teresina, o qual, segundo estimativas do MS/SE/Datasus, apresentava 106.602 indivíduos pertencentes a este grupo no referido período⁹. Considerando-se dados do Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis realizado pelo Ministério da Saúde¹⁰, que avaliou 16 cidades brasileiras (não incluindo Teresina) e constatou percentual de realização de mamografia entre 46,9% e 52,3% em outras cidades do Nordeste do país, supomos uma prevalência de não realização da mamografia em torno de 50% e, com nível de confiança de 95% e erro de 5%, definimos o tamanho da amostra de 384 mulheres.

A amostragem realizada foi multifásica em cinco etapas. Inicialmente, os bairros foram agrupados em cinco regiões administrativas do IBGE, que, em média, acumulam

23 bairros. O primeiro estágio consistiu em sortear 20% dos bairros em cada região administrativa, correspondendo a 23 bairros de Teresina. A seleção do bairro de cada região obedeceu à proporcionalidade do número de domicílios existentes nos bairros da região.

No segundo estágio, dentro do bairro selecionado, foram sorteados 10% dos setores censitários do bairro. Caso o bairro sorteado no primeiro estágio tivesse menos de dez setores, era sorteado um setor dos existentes. A seleção do setor dentro do bairro também foi proporcional ao número de domicílios existentes em cada setor censitário.

O terceiro estágio foi a escolha da quadra dentro do setor. As quadras foram enumeradas para efeito da seleção e, então, sorteadas cinco quadras. Onde existia menos de cinco quadras foram pesquisadas todas as quadras existentes. Caso a quadra sorteada fosse não residencial, foi realizado um novo sorteio.

O quarto estágio contemplou a escolha casual do domicílio residencial. Esta escolha obedeceu a uma amostragem sistemática, cujo intervalo de sistematização (k) foi o quociente do número de domicílios existentes no bairro pelo número de domicílios existentes no setor. Caso o local sorteado fosse um domicílio não residencial ou coletivo foi escolhido, de modo alternado, o domicílio imediatamente anterior ou posterior. Sorteou-se uma das esquinas da quadra para o início da sistematização. A partir da esquina sorteada, o início casual do intervalo foi o número sorteado entre 1 (correspondente ao domicílio da esquina sorteada) e k .

O quinto e último estágio foi a escolha da mulher. A escolha dessa unidade de análise dentro do domicílio foi de acordo com a data mais próxima de aniversário dentre aquelas com idade entre 40 e 69 anos lá residentes. Caso no domicílio não residissem mulheres na faixa etária objeto da pesquisa foi escolhido, alternadamente, o domicílio seguinte à esquerda ou à direita.

A mulher sorteada submeteu-se a uma entrevista face a face realizada por meio

de um questionário estruturado com perguntas fechadas aplicado pelos autores do estudo. Considerou-se não resposta: a recusa, o domicílio desocupado, a ausência da mulher pelo período superior ao prazo de coleta de dados e, caso a mulher sorteada estivesse ausente, em três retornos em horários diferentes.

A variável dependente considerada no presente estudo foi nunca ter realizado mamografia, enquanto as variáveis independentes analisadas foram:

- Socioeconômicas e demográficas: faixa etária, cor/raça (autorreferida), situação conjugal, número de filhos, escolaridade, renda familiar mensal e situação ocupacional. Para o cálculo da renda familiar foram considerados os valores dos salários mínimos vigentes no país por ocasião da realização da pesquisa;
- Hábitos de vida: prática de atividade física regular e situação tabágica: fumante, ex-fumante e não-fumante;
- Comorbidades: hipertensão, diabetes, sobrepeso;
- História familiar e pessoal de câncer de mama; e
- Utilização de serviços de saúde: possuir plano ou seguro de saúde, financiador da mamografia realizada.

Os questionários devidamente preenchidos foram supervisionados e criticados para, em seguida, serem processados no programa SPSS 19.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). A análise foi realizada mediante abordagem estatística descritiva e analítica. Na abordagem descritiva foi feita a distribuição de frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas e médias, com desvio padrão, para variáveis contínuas. Na abordagem analítica foi realizada análise univariada, utilizando-se o teste do Qui-quadrado de Pearson (considerando-se o nível de significância de 5%) e, em seguida, regressão logística multivariada, usando como variável dependente nunca ter realizado mamografia e as demais como independentes. Como medida de associação, utilizou-se a razão de chances (*odds*

ratio, OR) bruta e ajustada para as outras variáveis, considerando-se intervalo de confiança de 95% (IC 95%).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Resultados

Das 460 mulheres sorteadas, a taxa de não resposta à pesquisa foi de 5,9%. Dentre as 433 mulheres que concordaram em responder o questionário, a média de idade foi 51,8 anos, 88,4% tinham filhos (média de filhos = 3,1), 56,1% tinha no máximo ensino fundamental completo, 57,7% possuíam companheiro, 63,3% se autorreferiam de cor parda, 54,3% possuíam renda inferior a dois salários mínimos, 59,8% afirmaram nunca ter fumado, 73,9% eram sedentárias, 64,9% não possuíam nenhum plano ou seguro de saúde, 6,2% apresentavam parente de primeiro grau com história de câncer de mama e 0,7% apresentava histórico pessoal de câncer de mama.

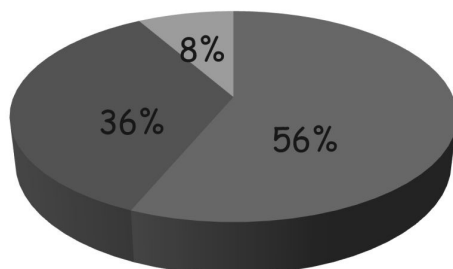
Verificou-se no presente estudo que 107 (24,7%) do total de mulheres entrevistadas nunca realizaram o exame de mamografia. Dentre as 326 (75,3%) que afirmaram já tê-lo realizado, 17,5% o haviam realizado há mais de dois anos e 66,6% no último ano (Tabela 1). Dessa forma, observou-se que 62,1% de todas as entrevistadas realizaram este exame nos últimos dois anos. Dos exames realizados, 56,3% foram financiados pelo SUS, 35,4% por plano ou seguro de saúde e 8,3% pela própria paciente (Gráfico 1).

Na Tabela 2 observa-se que a não realização de mamografia apresentou associação estatisticamente significativa com a faixa de idade, apresentando menores taxas no intervalo entre 50 e 59 anos ($p < 0,001$). Além disso, observou-se associação significativa também entre não realização do exame e: cor parda/negra ($p = 0,030$), ausência de companheiro ($p = 0,041$), fumo ($p = 0,006$), baixo grau de instrução ($p = 0,010$), baixa renda familiar ($p < 0,001$) e ausência de plano ou seguro de saúde ($p < 0,001$).

Tabela 1 - Tempo decorrido desde a realização da última mamografia entre 326 mulheres que já haviam realizado mamografia em Teresina-PI, 2010-2011.

Table 1 - Time elapsed since the last mammography among 326 women who had undergone mammography in Teresina-PI, 2010-2011.

Tempo decorrido	N	Frequência de realização (%)	Frequência acumulada (%)
Últimos 6 meses	103	31,6	31,6
Há mais de 6 meses e menos de 1 ano	114	35,0	66,6
Há mais de 1 ano e menos de 2 anos	52	16,0	82,5
Há mais de 2 anos	57	17,5	100,0



■ SUS ■ Plano de saúde ■ Particular

Gráfico 1 - Financiador da mamografia entre 326 mulheres que já haviam realizado mamografia em Teresina-Piauí, 2010-2011.

Graphic 1 - Funding of mammography among 326 women who had undergone mammography in Teresina, Piauí, 2010-2011.

Os valores obtidos na análise multivariada, com os respectivos OR brutos/ajustados e intervalos de confiança de 95% também estão na Tabela 2. Verificou-se que a chance de não realizar mamografia entre aquelas que se autorreferiam negras e pardas foi, respectivamente, 3,22 e 3,58 vezes maior que entre brancas. Quanto à situação conjugal, as solteiras apresentaram 2,09 vezes mais chances de não ter realizado o exame do que aquelas com companheiro. Já quanto ao grau de instrução, as chances de as analfabetas não realizarem mamografia é 6,89 vezes maior do que aquelas com ensino superior completo. Renda menor que dois salários mínimos, por sua vez, mostrou 5,97 mais chances do que renda maior que seis salários mínimos, e não possuir plano de saúde 3,19 mais chances do que possuí-lo. Ao ajustar-se o Odds Ratio por todas as variáveis da Tabela 2, observou-se que tais associações se atenuaram ou desapareceram.

Quando as 107 pessoas que não realizaram a mamografia foram indagadas sobre os motivos de nunca terem realizado este exame, as respostas mais obtidas foram de que nenhum médico havia solicitado tal exame anteriormente (55,1%) e de que nunca haviam sentido nada nas mamas (51,4%), conforme está detalhado na Tabela 3.

Discussão

A presente pesquisa permitiu verificar que 24,7% de mulheres entre 40 e 69 anos residentes na zona urbana de Teresina nunca haviam realizado o exame de mamografia e 37,9% não o haviam realizado nos últimos dois anos. Em termos de comparação, a cobertura encontrada é superior à de Campinas (47,9% de não realização nos últimos dois anos), mas inferior, por exemplo, à de Pelotas (31,1% nos últimos dois anos)^{11,12}. Segundo dados obtidos no

Tabela 2 - Prevalência e fatores associados a não realização da mamografia em mulheres com idade entre 40 e 69 anos de Teresina-Piauí, 2010-2011.

Table 2 - Prevalence and factors associated with the non-utilization of mammography in women aged between 40 and 69 years of Teresina, Piauí, 2010-2011.

Variáveis	N	Prevalência de não realização (%)	p*	OR Bruta	IC 95%	OR Ajustado**	IC 95%
Idade (em anos)			<,001				
40-49	193	33,2		3,20	1,83-5,59	3,03	1,12-8,22
50-59	149	13,4		1,00		1,00	
60-69	91	25,3		2,18	1,12-4,25	5,00	0,97-25,81
Raça			,030				
Branca	62	9,7		1,00		1,00	
Amarela	19	26,3		3,33	0,89-12,52	1,72	0,37-7,93
Parda	274	27,7		3,58	1,48-8,66	2,37	0,85-6,62
Negra	78	25,6		3,22	1,20-8,61	2,05	0,54-7,73
Situação conjugal			,041				
Solteira	74	36,5		2,09	1,19-3,65	1,89	0,99-3,65
Viúva	53	18,9		0,84	0,39-1,79	0,69	0,28-1,69
Divorciada	56	28,6		1,45	0,76-2,79	2,01	0,91-4,42
Com companheiro	250	21,6		1,00		1,00	
Tabagismo			,006				
Nunca fumou	259	26,6		0,66	0,36-1,20	0,54	0,16-1,82
Ex-fumante	114	14,9		0,32	0,15-0,67	0,33	0,09-0,79
Fumante	59	35,6		1,00		1,00	
Prática de exercícios físicos			,458				
Sim	113	22,1		0,83	0,49-1,37	0,89	0,36-2,19
Não	320	25,6		1,00		1,00	
Grau de instrução			,010				
Analfabeta	40	40,0		6,89	1,79-26,39	1,65	0,32-8,43
Ensino fundamental incompleto	146	31,5		4,75	1,38-16,35	1,36	0,33-5,53
Ensino fundamental completo	57	19,3		2,47	0,64-9,58	1,14	0,25-5,16
Ensino médio incompleto	31	25,8		3,59	0,86-15,05	0,95	0,15-6,22
Ensino médio completo	106	18,9		2,40	0,67-8,65	0,91	0,22-3,87
Superior incompleto	19	15,8		1,93	0,35-10,72	1,89	0,28-12,91
Superior completo	34	8,8		1,00		1,00	
Renda familiar (salários mínimos)			<,001				
<2	235	32,8		5,97	2,08-17,15	2,33	0,77-7,03
2-4	111	19,8		3,03	0,99-9,29	1,61	0,53-4,89
4-6	34	11,8		1,63	0,38-7,02	0,95	0,21-4,39
>6	53	7,5		1,00		1,00	
Plano de saúde			<,001				
Sim	152	12,5		1,00		1,00	
Não	281	31,3		3,19	1,86-5,49	1,57	0,75-3,27
História familiar de câncer de mama			,441				
Sim	27	18,5		1,00		1,00	
Não	406	25,1		1,48	0,55-3,99	1,51	0,46-4,94

*Qui-quadrado / *chi-square

**Odds ratio ajustado para todas as variáveis da tabela / **Adjusted odds ratio for all variables in the table.

Tabela 3 - Motivos relatados para justificar a não realização da mamografia dentre 107 pacientes que nunca fizeram o referido exame em Teresina-Piauí, 2010-2011.

Table 3 - Reasons to justify non-utilization of mammography among 107 patients who had never performed this exam in Teresina, Piauí, 2010-2011.

Motivo	N	Frequência (%)
Porque nenhum médico pediu este exame antes	59	55,1
Porque nunca senti nada nas mamas	55	51,4
Este exame já foi pedido, porém eu tinha medo de fazê-lo	6	5,6
Era muito difícil de conseguir marcar este exame	14	13,1
Eu não sabia com que idade deveria começar a fazê-lo	10	9,3
Porque acho que deva ser desconfortável	5	4,7
Outro	11	10,3

inquérito realizado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) entre 2002 e 2003, as prevalências de não realização da mamografia nos últimos dois anos em Teresina também se apresentam menores que as observadas nas cidades de Manaus, Belém, Fortaleza, Natal, João Pessoa, Recife, Aracaju, Campo Grande, Distrito Federal, Rio de Janeiro, São Paulo e Curitiba, mas maiores que as observadas em Belo Horizonte, Vitória, Florianópolis e Porto Alegre¹⁰.

Comparando-se com estudos de outros países, a cobertura de mamografia em Teresina é também superior à de Barcelona (onde 40,7% nunca realizaram mamografia e 65,9% não a realizaram no último ano), à da Turquia (onde 56% das pessoas nunca ouviram falar ou leram sobre a mamografia e apenas 25% das mulheres fizeram o exame alguma vez na vida), à do México (onde apenas 14,8% realizaram a mamografia nos últimos dois anos) e à da Austrália (onde 49%, 25%, e 33% das mulheres entre 40-49 anos, 50-59 anos e 69-69 anos, respectivamente, nunca realizaram uma mamografia)¹³⁻¹⁶.

Apesar de apresentar taxas de realização de mamografia nos últimos dois anos superiores a muitas localidades brasileiras e internacionais, a cobertura observada de 62,1% ainda é inferior à meta de 70% estabelecida no documento Healthy People 2010 e muito abaixo da meta de 76,8% estabelecida para 2020^{17,18}. Considerando-se que, no nordeste brasileiro, em geral mais da metade dos mamógrafos encontra-se

na capital, pode-se presumir que, em decorrência desta inadequada distribuição de equipamentos, a cobertura mamográfica no estado do Piauí provavelmente é ainda mais insuficiente que a apresentada por Teresina¹⁹.

Quanto à distribuição em grupos etários, a não realização de mamografia foi significativamente menor no grupo entre 50 e 59 anos (13,4%), corroborando os dados da Pesquisa Nacional de Amostras Domiciliares (PNAD) de 2003, em que as faixas 40-49 e 50-59 anos foram fortemente associadas à realização do exame e de um estudo australiano, em que a não realização de mamografia foi significativamente menor ($p < 0.01$) na faixa entre 50 e 59 anos^{16,20}. Considerando-se que, segundo o Ministério da Saúde, o início do rastreamento mamográfico é recomendado a partir dos 50 anos de idade para mulheres assintomáticas, é realmente esperado que o grupo de 40 a 49 anos apresente uma maior taxa de não realização do que o grupo de 50 a 59 anos⁷.

Alguns autores têm discutido que há um excesso de exames sem indicação, uma vez que, segundo o Ministério da Saúde, apenas 10% das mulheres de 40 a 49 anos deveriam apresentar alterações do exame clínico das mamas que indicassem a realização da mamografia – em nosso estudo, 66,8% das mulheres nesta faixa já realizaram o rastreio²¹. Apesar da recomendação atual da Sociedade Brasileira de Mastologia de que este screening deve ser iniciado a partir dos

40 anos de idade, este é um assunto bastante controverso na literatura^{2,3}. Uma recente análise publicada pela Cochrane Database System Review evidenciou que o rastreamento mamográfico regular obteve uma redução absoluta de risco de 0,05%, tendo como consequência sobrediagnóstico de 30% e excesso de tratamento, questionando se a faixa etária para tal procedimento não deveria ser rigorosamente mais limitada²². Por outro lado, análise dos programas do Reino Unido e da Suécia estimou que, para cada caso sobrediagnosticado, cerca de 2 a 2,5 vidas são salvas pela identificação precoce²³.

Avaliando-se a variável cor de pele, observou-se taxa de não realização de mamografia significativamente menor naquelas que se autorreferiram brancas (apenas 9,7%), sendo que as pardas e negras apresentaram, respectivamente, 3,58 e 3,22 vezes mais chances de não realizarem o exame. Este fato também foi observado em outros estudos, como em um realizado em Campinas, onde a taxa de não realização nos últimos dois anos entre brancas havia sido 45,8% e entre pardas/negras de 71,7%¹¹. Segundo Oliveira et al.¹⁹, porém, existe uma tendência à redução destas desigualdades: a população brasileira que se diz preta ou parda apresentou a maior ampliação de acesso a mamografia, com crescimento de, respectivamente, 32% e 40% entre 2003 e 2008

Observando-se a variável da situação conjugal, encontrou-se uma taxa significativamente maior de não realização (36,5%) dentre aquelas solteiras, as quais tinham 2,09 vezes mais chances de não realização que aquelas com companheiro, o que diverge um pouco da literatura. Em estudo realizado em Campinas, por exemplo, não houve diferença significativa estatisticamente, mas as sem companheiro apresentaram uma taxa maior de não realização¹¹. Em um estudo mexicano, por sua vez, houve diferença significativa, mas nele as solteiras apresentavam maior taxa de realização do exame (23,8% dentre solteiras haviam realizado contra 11,9% dentre casadas). Uma possível causa seria a dificuldade enfrentada por aquelas com companheiro na manutenção

de todas as despesas e cuidados com os filhos e com o domicílio¹⁵.

O fumo esteve fortemente associado com maiores taxas de não realização de mamografia, sendo que as menores taxas foram encontradas entre as ex-fumantes, refletindo provavelmente uma maior preocupação com a própria saúde. Assim, mulheres ex-fumantes mostraram uma chance diminuída de não realização da mamografia (OR = 0,32, IC 95% = 0,15-0,67), o que se manteve mesmo após o ajuste de OR para as outras variáveis da tabela. Ao mesmo tempo, a prática de exercícios físicos, que também poderia denotar essa maior preocupação com a saúde, não mostrou uma associação significativa no presente estudo.

Apesar de as mulheres sem história familiar de câncer de mama apresentarem 1,48 mais chances de não realização de mamografia (25,1% contra 18,5% dentre aquelas com histórico), tal diferença não foi estatisticamente significativa em nosso estudo. Segundo Rutten & Iannotti (2003)²⁴, mulheres aderentes ao rastreamento com história familiar positiva relatam maiores benefícios da mamografia e uma maior percepção da importância da história familiar que aquelas com histórico negativo. Em um estudo norte-americano, a maioria das afro-americanas com história familiar de câncer de mama era aderente às recomendações para mamografia (75%) e exame clínico das mamas (93%), sendo que 41% delas também realizavam excessivamente autoexame das mamas.²⁵

Quanto às variáveis socioeconômicas, as prevalências de não realização da mamografia são decrescentes segundo os níveis de escolaridade adotados, de 40,0% a 8,8%, sendo significativamente menores naquelas com mais elevado grau educacional. Uma mulher analfabeta, por exemplo, apresenta 6,89 vezes mais chances de não realizar a mamografia do que uma com ensino superior completo. Uma relação significativamente muito forte também foi encontrada quanto à renda familiar: 38,5% daquelas com renda familiar menor que dois salários mínimos nunca realizaram uma mamografia, ao passo

que apenas 7,5% daquelas com renda maior que seis salários mínimos nunca a fizeram, o que representa uma chance 5,97 vezes maior de o primeiro grupo não realizar tal exame. Demonstram-se assim as profundas desigualdades socioeconômicas associadas à realização desse exame em nossa cidade, o que é verificado também em todo o Brasil e em vários países do mundo^{10,11,14-17,19,26-28}. A condição social tem influência não só na percepção do risco e nos fatores comportamentais que influenciam a decisão de procurar o serviço, mas também é ponto determinante na acessibilidade à realização do exame¹⁹.

Ajustando-se o *Odds Ratio* para todas as variáveis do estudo (Tabela 2), observou-se que as relações entre não realização de mamografia e raça, grau de instrução e renda familiar mostraram-se atenuadas ou inexistentes. Esse fato pode ser justificado ao se considerar que tais variáveis são interrelacionadas¹⁹.

Forte associação também foi observada em relação ao fato de possuir plano ou seguro de saúde. Aquelas que não o possuem realizam muito menos exames de mamografia (3,19 vezes mais chances de não realizá-lo), estando em concordância com diversos estudos^{11,17,20,27}. Tal fato reflete possivelmente a dificuldade que aquelas que não possuem plano ou seguro de saúde apresentam para conseguir realizar o exame pelo SUS. Vale salientar que a cobertura de planos privados de saúde em Teresina é de 15,53% e que, portanto, mais de quatro quintos da população precisa pagar o exame por conta própria (cujo valor varia de 60 a 100 reais na referida cidade) ou tornar-se-ão dependentes de uma pequena quantidade de estabelecimentos públicos disponíveis para a realização do exame de mamografia²⁹. Segundo estudo recente, a região Nordeste do Brasil é uma das que apresenta maior proporção de mulheres que residem longe de um mamógrafo (mais de 50 quilômetros), configurando-se em uma dificuldade adicional para a restrição ao uso do exame¹⁹.

Diante do panorama no qual substancial parcela da população não dispõe de plano ou seguro saúde, justifica-se que a maior

parte das mulheres tenha procurado o serviço público para a realização do exame e que, portanto, o SUS tenha sido o grande financiador dentre as 326 mulheres que já haviam realizado a mamografia em Teresina, sendo responsável por 56,3% dos exames (Figura 1). Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), existem em Teresina-PI dezesseis estabelecimentos com mamógrafos com comando simples e nove com aparelho com estereotaxia, dos quais, respectivamente, apenas quatro e um são públicos³⁰. Sabendo-se que a população feminina de Teresina na faixa etária entre 40 e 69 anos é de aproximadamente 106 mil, percebe-se a incapacidade desta pequena quantidade de estabelecimentos públicos com mamógrafo em suprir as necessidades não só das teresinenses que não possuem plano de saúde, mas também a demanda da população de diversas cidades do interior do Estado onde não existem mamógrafos.⁹

Quando as mulheres que nunca realizaram mamografia foram indagadas sobre o motivo desta atitude, a maioria respondeu que nenhum médico havia pedido este exame antes (55,1%) e/ou que nunca haviam sentido nada nas mamas (51,4%). O preocupante relato de que nenhum médico havia pedido este exame corrobora os dados de outros estudos²⁶ e nos traz uma dúvida: estariam nossos médicos realmente um pouco displicentes quanto ao rastreio do câncer de mama ou essas mulheres não estariam frequentando regularmente os serviços de saúde? Segundo autores, há uma inadequação das medidas preventivas e de rastreio de câncer de mama dos médicos não oncologistas em relação aos consensos adotados³¹. Outros motivos menos citados foram a dificuldade de marcar o exame (13,1%) e a desinformação quanto a não saber a idade em que deveria realizá-lo (9,3%).

Conclusões

O conhecimento de variáveis sociodemográficas no rastreamento de câncer de mama pode identificar grupos populacionais de risco para a pequena realização de

tal prática. Observou-se que cerca de um quarto das mulheres teresinenses nunca realizou mamografia e que apenas 62,1% o havia realizado nos últimos dois anos, estando a não realização deste exame

associada à existência de desigualdades socioeconômicas. O SUS foi o grande financiador da realização deste exame, mas mostrou-se ainda incapaz de suprir as necessidades existentes.

Referências

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Estimativas 2012: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
2. Sociedade Brasileira de Mastologia. *Recomendações da X Reunião Nacional de Consenso da Sociedade Brasileira de Mastologia, rastreamento do câncer de mama na mulher brasileira*. São Paulo, 28 de novembro de 2008. Disponível em: http://www.sbmastologia.com.br/downloads/reuniao_de_consenso_2008.pdf [Acessado em 20 de abril de 2011].
3. Schopper D, Wolf C. How effective are breast cancer screening programmes by mammography? Review of the current evidence. *Eur J Cancer* 2009; 25: 1916-23.
4. Boulos S, Gadallah M, Neguib S, Essam EA, Youssef A, Costa A et al. Breast screening in the emerging world: High prevalence of breast cancer in Cairo. *Breast* 2005; 14: 340-6.
5. Tice JA, Kerlikowske K. Screening and Prevention of breast cancer in primary care. *Prim Care Clin Office Pract* 2009; 36: 533-58.
6. Thuler LCS, Mendonça GA. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo de útero em mulheres brasileiras. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005; 27(11): 656-60.
7. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Parâmetros para o rastreamento do câncer de mama: recomendações para gestores estaduais e municipais*. Rio de Janeiro: INCA; 2010.
8. Jelinski SE, Maxwell CJ, Onysko J, Bancej CM. The influence of breast self-examination on subsequent mammography participation. *Am J Public Health* 2005; 95(3): 506-11.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censos demográficos e contagem populacional para os anos intercensitários: estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/DATASUS*. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?ibge/cnv/poppi.def> [Acessado em 20 de abril de 2011].
10. Brasil. Ministério da Saúde. *Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2004.
11. Amorim VMSL, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados a não realização de 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.
12. Scowitz ML, Menezes AMB, Gigante DP, Tessaro S. Conduas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. *Rev Saúde Pública* 2005; 39: 340-9.
13. Segura JM, Castells X, Casamitjana M, Macià F, Ferrer F. Utilization of screening mammography as a preventive practice prior to initiating a population-based breast cancer screening program. *J Clin Epidemiol* 2000; 53(6): 595-603.
14. Secginli S, Nahcivan NO. Factors associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish women: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2006; 43(2): 161-71.
15. Couture MC, Nguyen CT, Alvarado BE, Velasquez LD, Zunzunegui MV. Inequalities in breast and cervical cancer screening among urban Mexican women. *Prev Med* 2008; 47(5): 471-6.
16. Siahpush M, Singh GK. Sociodemographic variations in breast cancer screening behavior among Australian women: results from the 1995 National Health Survey. *Prev Med* 2002; 35(2): 174-80.
17. Lima-Costa ME, 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.
18. Centers for Disease Control and Prevention. *Healthy people 2020*. Disponível em <http://www.healthypeople.gov> [Acessado em 30 de abril de 2011].
19. 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.
20. 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.
21. Silva GA. O aumento de acesso à mamografia e os desafios para a política de controle do câncer de mama no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(9): 3665-6.

22. Gotzche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 19(1): Art No CD001877.
23. Duffy SW, Tabar L, Olsen AH, Vitak B, Allgood PC, Chen THH et al. Absolute numbers of lives saved and overdiagnosis in breast cancer screening, from a randomized trial and from the Breast Screening Programme in England. *J Med Screen* 2010; 17: 25-30.
24. Rutten LJJ, Iannotti RJ. Health beliefs, salience of breast cancer family history, and involvement with breast cancer issues: adherence to annual mammography screening recommendations. *Cancer Detect Prev* 2003; 27(5): 353-9.
25. Halbert CH, Kessler L, Wileyto EP, Weathers B, Stopfer J, Domchek S et al. Breast cancer screening behaviors among African American women with a strong family history of breast cancer. *Prev Med* 2006; 43(5): 385-8.
26. Marinho LAB, Cecatti JG, Osis MJD, Gurgel MSC. Conhecimento, atitude e prática da mamografia entre usuárias do serviço público de saúde. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(2): 200-7.
27. González P, Borrayo EA. The role of physician involvement in Latinas' mammography screening adherence. *Womens Health Issues* 2011; 21(2): 165-70.
28. Marchi AA. *Rastreamento do câncer mamário: características de utilização da mamografia em serviços de saúde públicos e privados* [dissertação de mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2004.
29. Ministério da Saúde/Agência Nacional de Saúde - *Sistema de Informações de Beneficiários e IBGE - Base demográfica*. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2009/f16.def> [Acessado em 30 de abril de 2011].
30. CnesWeb – *Cadastro de Estabelecimentos de Saúde*. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/> [Acessado em 30 de abril de 2011].
31. Tucunduva LTCM, Sá VHLC, Koshimura ET, Prudente FVB, Santos AF, Samano EST et al. Estudo da atitude e do conhecimento dos médicos não oncologistas em relação às medidas de prevenção e rastreamento do câncer. *Rev Assoc Med Bras* 2004; 50(3): 257-62.

Recebido em: 20/10/11

Versão final apresentada em: 17/04/12

Aprovado em: 23/05/12