

TENDÊNCIA DE DESIGUALDADES NA REALIZAÇÃO DE MAMOGRAFIA NAS CAPITAIS BRASILEIRAS NOS ÚLTIMOS 10 ANOS

ELIZABET SAES-SILVA¹; YOHANA PEREIRA VIEIRA² VANISE DOS SANTOS FERREIRA VIERO²; JULIANA QUADROS SANTOS ROCHA²; MIRELLE DE OLIVEIRA SAES³

¹*Universidade Federal do Rio Grande – betssaes@gmail.com*

²*Universidade Federal do Rio Grande – yohanavieira00@gmail.com*

²*Universidade Federal do Rio Grande – vanisefviero@gmail.com*

²*Universidade Federal do Rio Grande – julianaqrocha2@gmail.com*

³*Universidade Federal do Rio Grande – mirelleosaes@gmail.com*

1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama é um tipo mais comum entre as mulheres no mundo e o mais incidente no Brasil (BRASIL, 2019). Em 2020, havia cerca de 2,3 milhões de diagnósticos e 685 mil mortes em todo o mundo (WHO, 2021). À medida que é detectado e tratado precocemente, as chances de sobrevivência são muito altas (GINSBURG et al., 2020). A mamografia tem sido considerada o método mais eficaz para detecção precoce do câncer de mama (COLEMAN, 2017). Evidências em países com alto nível econômico que realizaram programas de rastreamento do câncer de mama através da mamografia conseguiram uma redução na mortalidade em até cerca de 50% no período de uma década (DIBDEN et al., 2020). Nos países de baixa e média renda não é reportado o mesmo efeito (GINSBURG et al., 2020). No Brasil, mesmo com patamares em cerca de 70% de rastreamento por mamografia, a mortalidade por câncer de mama não reduziu e continua em ascensão (MALTA et al., 2020). Esse resultado pode ter relação com disparidades quanto ao uso deste método, no que se refere a fatores socioeconômicos como menor escolaridade, renda ou não ter seguro ou plano de saúde (AIDALINA E SYED MOHAMED, 2018). Assim, o objetivo deste estudo foi verificar a tendência de desigualdade na realização de mamografia de acordo com posse de plano de saúde e escolaridade a partir de dados do período de 2011 a 2020 do VIGITEL.

2. METODOLOGIA

Este estudo refere-se a uma análise de tendência, com dados provenientes do VIGITEL, anos de 2011 a 2020, das 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal. A pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). Maiores detalhes em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/vigilancia-em-saude-svs/inqueritos-de-saude/vigitel>. O instrumento de coleta de dados utilizado pelo VIGITEL comprehende perguntas sobre características demográficas e socioeconômicas, características do padrão de peso, alimentação e atividade física associadas à ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), frequência de padrões de comportamento e estilo de vida e referência de diagnósticos médicos e de realização de exames. A variável dependente do presente estudo foi o percentual de mulheres (50 a 69 anos) que realizaram exames de mamografia nos últimos dois anos. Para isso, foi empregada as seguintes perguntas: “A Sra. já fez alguma vez mamografia, raio-X das mamas?, com opções de resposta

“Sim”, “Não” e “Não sabe”. Para este estudo, as opções de resposta “Não” e “Não sabe” foram agregadas nas análises. Caso a resposta fosse afirmativa, foi questionado “Quanto tempo faz que a Sra. fez mamografia?”, com opções de resposta “Menos de 1 ano”, “Entre 1 e 2 anos”, “Entre 2 e 3 anos”, “Entre 3 e 5 anos”, “5 anos ou mais” e “Não lembra”. Para este estudo, as opções de resposta “Menos de 1 ano”, “Entre 1 e 2 anos” foram agregadas nas análises (BRASIL, 2020). As variáveis independentes foram: Anos (período entre 2011 a 2020), plano de saúde (não e sim) e escolaridade (0-8 anos, 9-11 anos e 12 anos ou mais). Os dados foram analisados pelo pacote estatístico Stata® versão 15, utilizando-se o conjunto de comandos “svy”, que considera os pesos amostrais. No primeiro momento, foram calculadas as prevalências do desfecho de acordo com as variáveis independentes. Após, foi realizada a análise de tendência utilizando a regressão de mínimos quadrados ponderada por variância para estimar a variação anual, em pontos percentuais, nas prevalências. Todas as estimativas variação anual positivas com valor de $p < 0,05$ apontam tendência crescente, tendência decrescente quando a variação anual é negativa, e valores $> 0,05$ sinalizam estabilidade. Além disso, foi calculada a diferença absoluta da variável dependente de acordo com as independentes entre os anos de 2011 e 2020. Foi adotado um nível de significância de 5%. A desigualdade na prevalência de realização de exame de mamografia nos últimos dois anos de acordo com o plano de saúde e a escolaridade foi estimada por meio de medidas complexas de desigualdade, como o Slope Index of Inequality (SII) para a desigualdade absoluta e Concentration Index (CIX) para a desigualdade relativa. O inquérito VIGITEL foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde (CAAE: 65610017.1.0000.0008). A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) neste inquérito foi substituída pelo consentimento verbal, no momento do contato telefônico com os entrevistados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para cada ano de acompanhamento foram avaliados os seguintes quantitativos de mulheres de 50 a 69 anos para a realização do exame de mamografia nos últimos dois anos: 2011 – 9.888; 2012 – 10.282; 2013 - 10.552; 2014 - 10.912; 2015 – 11.463; 2016 – 11.592; 2017 - 11.822; 2018 - 12.042; 2019 - 12.406; 2020 - 12.327, totalizando 113.286 mulheres no período estudado. A prevalência estimada na cobertura da realização de mamografia no Brasil passou de 74,4 em 2011 para 78,0 em 2020, com um aumento de 3,6 p.p. no período de 10 anos (2011-2020), mostrando uma tendência estável da cobertura no país, com variação anual de 0,07 p.p (valor $p < 0,381$). Esse período mostrou que atingimos a cobertura ideal estipulada pelo Ministério da Saúde que era de 70% (MALTA et al.,2020). Em anos anteriores, inquéritos nacionais como Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) mostraram um aumento das taxas passando de 54,6% em 2003 para 71,5% em 2008, enquanto a Pesquisa Nacional de Saúde mostrou um pequeno aumento com prevalência inferior em um período maior de tempo, 54,3% em 2003 para 58,3% em 2019 na mesma faixa etária de mulheres (OLIVEIRA et al.,2011). As prevalências estimadas na cobertura da realização de mamografia no Brasil no período entre 2011 a 2020 de acordo com a categoria de plano de saúde foram 85,7% e 86,4% respectivamente, com diferença absoluta de (0,7 p.p.). As prevalências tiveram uma tendência estável, com variação anual de 0,09 ($p=0,300$). Já as mulheres que não possuíam plano de saúde, as prevalências foram de 63,4% e 71,2%,

respectivamente. Houve um aumento no período estudado entre aquelas que não possuíam plano de saúde (7,8 p.p.) com mudança anual de 0,3 ($p<0,048$), com tendência crescente. Mulheres com plano de saúde tiveram prevalências superiores na realização do exame quando comparadas àquelas que eram usuárias unicamente do Sistema Único de Saúde (SUS) (RAMOS et al.,2018). Além disso, destacam-se outras dificuldades no acesso ao exame como a falta de orientação dos profissionais de saúde sobre a importância e o motivo do exame para as mulheres, falta de capacitação profissional para realizar o devido encaminhamento para realização da mamografia, falta de mamógrafo para realização do exame, dificuldade de obter requisição médica e demora na aquisição dos resultados dos exames (BEZERRA et al.,2018). Quanto à cobertura estimada da realização de mamografia de acordo com a escolaridade, observou-se que entre as mulheres com 0-8 anos de estudo a prevalência passou de 68,2% em 2011 para 72,6% em 2020, enquanto naquelas com 9-11 anos de estudo em 2011 a ocorrência foi de 80,4% e em 2020 80,0%, e entre aquelas com 12 anos ou mais de escolaridade passou de 88,0% em 2011 para 86,6% em 2020. Houve uma tendência decrescente em duas categorias, 9-11 anos (variação anual -0,4 p.p; $p=0,005$) e 12 anos ou mais de escolaridade (variação anual -0,3 p.p; $p=0,026$), enquanto a categoria de 0-8 anos apresentou uma tendência crescente (variação anual de 0,3; $p=0,048$). Estes dados mostram que há uma relação com conhecimento sobre medidas preventivas do câncer de mama, além de uma maior procura por serviços de saúde e ressalta-se também que a escolaridade se associa a renda e maior poder aquisitivo para adquirir plano de saúde, o que pode explicar parte deste resultado (SALVATO E FERREIRA, 2010). Os índices de desigualdade absoluta (SII) e relativa (CIX) de posse de plano de saúde mostram que as desigualdades na realização do exame de mamografia foram maiores em mulheres que possuem plano de saúde, com maior magnitude nos anos iniciais deste estudo, com destaque para a desigualdade absoluta, que foram mais expressivas em 2011, 44,3 p.p (IC95%: 41,5;47,2) e 2012, 39,1 (IC95%: 36,0;42,2) entre mulheres com plano de saúde em comparação com as sem plano de saúde. A desigualdade (por nível de escolaridade) na cobertura do exame de rastreamento é um determinante socioeconômico, que pode afetar a percepção de risco dos fatores comportamentais que afetam a decisão de procurar o serviço de saúde, e também é relevante no que diz respeito ao acesso ao exame de mamografia (OLIVEIRA et al.,2011). Um estudo realizado na Europa, mostra que países que realizaram programas de rastreamento, relataram menor presença de desigualdade socioeconômica no rastreamento de câncer de mama, portanto países com estes programas tendem a ter efeitos corretores sobre os gradientes socioeconômicos na prática de mamografia, o que pode ser o caso do nosso estudo, visto que houve uma diminuição das desigualdades nos últimos 10 anos (PALENCIA et al., 2010). Essa redução pode ser resultado das políticas públicas, como protocolos de atenção básica voltados à saúde da mulher e campanhas do Outubro Rosa (MIGOWSKI, 2021).

4. CONCLUSÕES

Em conclusão, mesmo com uma tendência estável da cobertura de rastreamento do exame de mamografia nos últimos dois anos em mulheres de 50 a 69 anos entre os anos de 2011 e 2020 no Brasil e uma diminuição nas desigualdades sociais (escolaridade e posse de plano de saúde) na cobertura deste exame nesse período, observou-se que as prevalências de mamografia

foram mais elevadas entre as mulheres com plano de saúde e com maior escolarização, sendo, portanto, necessário reforçar a importância de implementar ações de educação em saúde, bem como melhorar o acesso a esse exame a todas as mulheres, sobretudo as com marcadores de maior vulnerabilidade.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. INCA. Recomendações do Ministério da Saúde para o rastreamento do câncer de mama [Internet]. 2019. Available from: <https://www.inca.gov.br/noticias/confira-recomendacoes-do-ministerio-da-saude-para-o-rastreamento-do-cancer-de-mama>. WHO. World Health Organization. Breast cancer [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 31]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>.
- Ginsburg, O et al. Breast cancer early detection: A phased approach to implementation. *Cancer*, v.15, n.126, p. 2379–93, 2020.
- Coleman, C. Early Detection and Screening for Breast Cancer. *Semin Oncol Nurs* [Internet], v.33, n.(2), p. 141–55, 2017.
- Dibden, A. et al. Worldwide Review and Meta-Analysis of Cohort Studies Measuring the Effect of Mammography Screening Programmes on Incidence-Based Breast Cancer Mortality. *Cancers (Basel)*. v.15, n.12(4), p.976, 2020.
- Malta, D.C. Inequalities in mammography and Papanicolaou test coverage?: a time-series study. *São Paulo Med Journal*. n.138, p. 475–82, 2020.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. VIGITEL Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [Internet]. 2020 [cited 2021 Nov 24]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf.
- Aidalina, M; Syed Mohamed, A.S.J. The uptake of Mammogram screening in Malaysia and its associated factors: A systematic review. *Med J Malaysia*. v. 73, n.4, p. 202–11, 2018.
- Oliveira, E.X.G. et al. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. *Cien Saude Colet*. v.16, n.9, p. 3649–64, 2011.
- Ramos, A.C.V. et al. Family Health Strategy, private health care, and inequalities in access to mammography in Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2018.
- Bezerra, H.S. et al. Avaliação do acesso em mamografias no Brasil e indicadores socioeconômicos?: um estudo espacial. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018.
- Salvato, M.A., Ferreira, P.C.G. DA. O Impacto da Escolaridade Sobre a Distribuição de Renda. *Estud Econômicos (São Paulo)*, v.40, n.4, p. 753–91, 2010.
- Palencia, L. et al. Socio-economic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: influence of the type of screening program. *Int J Epidemiol*. v.1, n.39, p.757–65, 2010.
- Migowski, A. Sucesso do Outubro Rosa no Brasil?: uma boa notícia para o controle do câncer de mama no país?? *Cad Saúde Pública*. 2021.