

Recebido em 03/2016. Aceito para publicação em 12/2016.

MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO PARA CÂNCER DE MAMA PELO SUS NA REGIÃO METROPOLITANA DO VALE DO PARAÍBA E LITORAL NORTE: TENDÊNCIA E CARACTERÍSTICAS SOCIAIS DE MULHERES SUBMETIDAS AO EXAME, ENTRE 2010 E 2014

BREAST CANCER SCREENING IN THE METROPOLITAN REGION OF PARAIBA VALLEY AND NORTH SHORE: TRENDS AND SOCIAL FEATURES OF WOMEN WHO HAD MAMMOGRAMS IN THE PUBLIC HEALTH SYSTEM (SUS) FROM 2010 TO 2014

Patricia Almeida Silva¹

Paula Vilhena Carnevale Vianna²

Paulo Roxo Barja³

Resumo: *Análises da vulnerabilidade das mulheres para o câncer de mama revelam que, no Brasil, mulheres negras e menos instruídas têm menor acesso à mamografia de rastreamento, exame que permite a detecção precoce do câncer. Desde 2006, o controle do câncer de mama é política prioritária no SUS. Este estudo analisa a série histórica de exames de mamografia de rastreamento realizados pelo SUS no período de 2010 a 2014, na Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte – RMVale, para investigar se houve aumento na oferta do exame e qual a caracterização dessas mulheres quanto à instrução e cor. A partir de dados obtidos do SISMAMA – Sistema de Informação do Câncer de Mama do Ministério da Saúde – realizou-se análise descritiva por meio do programa Origin 7.5 (MicroCal). Observou-se significativo índice de não preenchimento dos campos do formulário que alimentam o SISMAMA. A análise mostrou aumento expressivo na oferta e razão de mamografias de rastreamento, porém os dados disponíveis revelaram persistência de desigualdade de acesso: mulheres de cor negra/parda e com menor instrução apresentaram menor percentual de acesso à mamografia; a tendência de maior grau de malignidade no exame radiológico foi observada em mulheres com menor grau de instrução e cor branca. A regionalização ampliou o acesso à mamografia, porém mulheres em situação de vulnerabilidade devem receber atenção especial da rede de serviços. O preenchimento dos formulários deve ser incentivado.*

Palavras-chave: Mamografia de rastreamento; Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte; determinantes sociais da saúde; câncer de mama; acesso.

Abstract: *Analyses of the vulnerability of women to breast cancer reveal that, in Brazil, less educated black women have less access to mammogram screening, the exam that allows an early detection of cancer. Since 2006, breast cancer control is a priority policy in SUS. This study analyzed the historical series of mammogram screening tests performed by SUS from 2010 to 2014, in the metropolitan region of the Paraíba Valley and the North Shore, to investigate both the trend of test provision and the educational background and color of the women who had the test. A descriptive analysis of the data collected from SISMAMA - Information System on Breast Cancer, from the Ministry of Health – was performed with the program Origin 7.5 (MicroCal). The non-fulfillment rate of the SISMAMA fields was high. The analysis showed a significant increase in test provision and in the rates of screening mammograms, but the persistence of unequal access: black/brown and less instructed women had lower mammogram rates. Malignancy trends were higher in women with a lower level of education and white color. Regionalization has broadened access to mammogram screening, but the healthcare network should draw special care to women in vulnerable condition. The completion of forms must be encouraged.*

Keywords: Mammogram screening; Metropolitan Region of Paraíba Valley and North Shore; social

¹ Mestre em Planejamento Urbano e Regional/Universidade do Vale do Paraíba - UNIVAP, Brasil. E-mail: casadosol.santabranca@yahoo.com.br.

² Docente Programa de Pós Graduação em Planejamento Urbano e Faculdade de Ciências da Saúde/IP&D/Universidade do Vale do Paraíba - UNIVAP, Brasil. E-mail: paulavianna@univap.br.

³ Docente Universidade do Vale do Paraíba - UNIVAP, Brasil. E-mail: barja@univap.br.

determinants of health; breast cancer; access determinants of health; breast cancer; access.

1. INTRODUÇÃO

A incidência e mortalidade por câncer têm aumentado progressivamente no Brasil. Em 2013, mais de 500 mil novos casos foram diagnosticados e a doença foi a segunda causa de morte no país. O segundo tipo mais frequente de câncer é o de mama, predominantemente em mulheres. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), a mortalidade por esse câncer aumentou progressivamente, de 12,51 óbitos/100.000 mulheres, em 2010, para 12,66, em 2013. (BRASIL,2014) Esse quadro nacional se reproduz no Estado de São Paulo (taxa de mortalidade de 14,02 óbitos por 100.000 mulheres, em 2013) e na Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte - RMVale. Segundo relatório do Departamento Regional de Saúde 17 (DRS17), instância regional de coordenação do Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 2013, a neoplasia foi a segunda causa de óbito na região (correspondendo a 17% dos óbitos) e a quinta causa de internação hospitalar, responsável por um total de 4.554 internações (SÃO PAULO, 2015). Segundo a mesma fonte, os óbitos por câncer de mama na população feminina corresponderam a 6% do total, totalizando 184 óbitos, o que representou taxa de mortalidade de 15,53 óbitos por 100.000 mulheres, no ano de 2015, na Região.

Os fatores que predis põem ao câncer de mama estão relacionados a variáveis biológicas (história familiar, idade da menarca e menopausa e história reprodutiva); sociais, relacionados a hábitos, atitudes e costumes (como, por exemplo, tabagismo); bem como a determinantes externos ambientais, sociais e culturais, sendo o maior fator de risco, como ocorre com demais neoplasias, o envelhecimento.

A incidência e a mortalidade do câncer de mama tendem a crescer progressivamente a partir dos 40 anos: na população feminina abaixo dos quarenta anos ocorrem menos de 20 óbitos a cada 100 mil mulheres, enquanto na faixa etária a partir dos 60 anos o risco duplica. (BRASIL, 2014). Essa estatística, associada a estudos internacionais e à recomendação da World Health Organization - WHO (traduzido para Organização Mundial de Saúde - OMS), baseada em revisão sistemática de literatura e recentemente reforçada (WHO, 2014), fundamenta a faixa etária priorizada pelo Ministério da Saúde para a realização de exames de rastreamento. As Portarias nº1253/2013 e nº126/2014 definem a faixa etária de 50 a 69 anos como prioritária para a realização de exames de rastreamento (ou seja, em mulheres sem sinal ou sintomas da doença), com periodicidade bianual. Essa recomendação se baseia em estudos populacionais, que demonstram correlação entre a realização da mamografia de rastreamento e redução significativa da mortalidade populacional por esse câncer.

O diagnóstico e o tratamento precoce estão diretamente relacionados à redução da mortalidade de mulheres por câncer de mama. Segundo Lima (2012), o acesso aos exames de rastreamento é influenciado pela capacidade tecnológica do sistema de saúde e pela capacidade de oferta dessas tecnologias de rastreamento (mamografias)

para a população. As faixas etárias recomendadas para o rastreamento variam entre os países. Enquanto no Canadá, por exemplo, a recomendação é a mesma da OMS, nos Estados Unidos, a Sociedade Americana de Câncer recomenda que mulheres a partir dos 40 anos tenham a escolha de realizar ou não o exame, e devem fazê-lo a partir dos 44 anos, com frequência bianual. A Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) recomenda a realização do exame, anualmente, para mulheres acima de 40 anos. Em todas as orientações, mulheres com outros fatores de risco (como caso de câncer na família) devem ser consideradas individualmente.

A oferta de exames de mamografia é avaliada por meio da razão do número de exames de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos (população alvo), em relação à população total de mulheres na mesma faixa etária. A OMS propõe o alcance de 70% dessa população, uma vez que em países em que a razão é superior a 0,70 a mortalidade, por esse câncer, em mulheres entre 50 anos ou mais é comprovadamente reduzida. O Brasil propõe o alcance progressivo dessa meta, com diferentes razões pactuadas em cada Estado e município. As metas devem ser estabelecidas de acordo com a série histórica e associadas ao planejamento de ações e garantia de recursos, tanto para a maior oferta do exame quanto para a organização de rede de atenção especializada, caso seja necessário maior investigação diagnóstica e posterior tratamento. O desenho das redes de atenção em oncologia (que incluem, mas não se limitam à mamografia) é realizado na escala regional. A meta estabelecida para o Estado de São Paulo, em 2013, alcançou 35% da população alvo, ou a razão de 0,35. No Estado de São Paulo, em particular, a existência de um sistema privado de saúde estruturado, que atende a cerca de 40% da população, dificulta a avaliação do indicador, pois os dados desse componente do sistema de saúde não estão disponíveis para análise.

As progressivas regulamentações do SUS buscam aumentar o acesso à mamografia, dado que as desigualdades sócio espaciais do país se refletem na acessibilidade ao exame: parcela significativa da população alvo nunca realizou um exame de mamografia e uma das causas para tal é a condição social dessas mulheres. Análise da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD, 2003), realizada pela Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde, revelou a disparidade na proporção de realização de mamografias de rastreamento em mulheres sem instrução (24,3%), em comparação a mulheres com 15 ou mais anos de instrução (68,1%) (CNDSS, 2008). O mesmo relatório apresenta três inquéritos nacionais que encontraram associação entre menor acesso ao exame e menor escolaridade e nível socioeconômico. Essas variáveis foram analisadas como variáveis independentes, e apresentaram associação de gradiente. Oliveira (2008), em análise comparativa da PNAD 2003 e 2008, encontrou, além da renda e da escolaridade, a localização distante do equipamento como fator de risco para a não realização do exame. Assim, segundo os autores citados, o aumento da mortalidade de mulheres com câncer de mama, no Brasil, possui um componente social, que dificultaria o acesso dessas mulheres aos

exames, retardando o diagnóstico, com influência no prognóstico. Além do aumento da oferta de exames, a equidade deve ser considerada no desenho e planejamento da linha de cuidado do Câncer de Mama.

Nas regiões de saúde da RMVale, segundo dados informados pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, a razão média de mamografias de rastreamento foi de 0,36, no período avaliado pelo presente artigo (2010-2014), com aumento progressivo (0,27 em 2010; 0,44 em 2014). (SÃO PAULO, 2015).

O presente trabalho tem por objetivos: i) analisar a frequência de exames de mamografia de rastreamento e a proporção de indício de malignidade encontrado nos exames, na RMVale, no período de 2010 a 2014), verificando se os exames estão sendo oferecidos a mulheres dentro da faixa etária preconizada (de 50 a 69 anos); ii) caracterizar (por meio das variáveis escolaridade, faixa etária e cor/raça) as mulheres que realizaram exames de mamografia de rastreamento pelo SUS, no período de 2010 a 2014; iii), avaliar a correlação entre baixa escolaridade e cor negra e indício de malignidade na mamografia de rastreamento.

2. METODOLOGIA

Para avaliar as características das mulheres que realizaram exames de mamografia na RMVale, utilizou-se o método de análise estatística descritiva de dados. O banco de dados utilizado foi obtido do Sistema de Informação DATASUS – SISMAMA, disponibilizado para pesquisa pelo Departamento Regional de Saúde 17 do Estado de São Paulo. O período escolhido para pesquisa foram os anos de 2010 a 2014; essa escolha se deu por ter sido esse o período inicial do registro de dados no SISMAMA da Região de Saúde da RMVale, embora a linha de cuidado do câncer de mama tenha sido regulamentada na criação do Pacto pela Saúde, em 2006. A Rede Regional de Atenção à Saúde em Oncologia foi desenhada na RMVale, no ano de 2015.

Para a análise das características da amostra, foram utilizadas as variáveis faixa etária, cor/raça, escolaridade e indício de malignidade (BI-RADS®). As variáveis encontradas no SISMAMA foram reclassificadas em categorias analíticas. A variável faixa etária foi agrupada em três categorias: abaixo de 50 anos (agrega 9 categorias do banco original: até 10 anos, de 10 a 14 anos e intervalos de cinco anos até os 49 anos), 50 a 69 anos (população alvo; inclui 4 categorias do banco original) e 70 anos ou mais; a variável cor/raça foi agrupada em três categorias: branca, parda, negra; a escolaridade foi igualmente composta por três categorias: analfabeto, fundamental/médio e superior.

O resultado dos exames é padronizado em um sistema classificatório denominado BI-RADS® (acrônimo de Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS®) que representa o estágio da doença e varia de 0 a 6, sendo 0 inconclusivo e 6 biópsia prévia com malignidade comprovada. A classificação Bi-RADS® foi definida pelo Colégio Americano de Radiologia (EUA) e traduzida pelo Colégio Brasileiro de Radiologia. Esse

sistema padroniza o laudo mamográfico e orienta a conduta clínica (INCA, 2014) (Quadro 1). O laudo de mamografia foi analisado para cada uma das categorias BI-RADS® e para o agrupamento exame sem alteração/indício de malignidade (BI-RADS® 0 a 3) e exame com alteração/indício de malignidade. (BI-RADS® 4 a 5).

Quadro 1. Categoria BI-RADS® no laudo mamográfico e recomendações de conduta.

BI-RADS®	Interpretação	Risco de câncer	Recomendação
0	Inconclusivo	-	Avaliação adicional por imagem ou comparação com exames anteriores
1	Sem achados	0,05%	Rotina de rastreamento
2	Achados benignos	0,05%	Rotina de rastreamento
3	Achados provavelmente benignos	Até 2%	Inicialmente repetir em 6 meses (eventualmente biópsia)
4 (A,B,C)	Achados suspeitos de malignidade	> 20%	Biópsia
5	Achados altamente sugestivos de malignidade.	> 75%	Biópsia
6	Biópsia prévia com malignidade comprovada.	100%	-

Fonte: INCA/2014.

Foi efetuada análise estatística descritiva, com a produção de gráficos associados. O banco de dados foi processado por meio do programa Excel® e os gráficos estatísticos produzidos a partir do programa Origin 7.5 (MicroCal). Os dados foram avaliados, estatisticamente, em termos de valor absoluto e, também, em porcentagem, inicialmente agrupados ao longo de todo o período (para caracterização geral da população) e, em seguida, ano a ano, para observação de tendências, conforme será detalhado na discussão dos resultados.

3. RESULTADOS

Foram encontrados 372.771 registros no período analisado. Desse total, 11 foram excluídos, por serem do sexo masculino, restando 372.703 registros para análise (Tabela 1). Os dados mostram aumento expressivo da frequência absoluta de exames realizados (de 59.920, em 2010, para 84.457, em 2014, um aumento de 29,05%),

conforme aponta o relatório regional (SÃO PAULO, 2016), que se reflete no aumento da razão de mamografias por mulheres (de 0,27 para 0,44, aumento de 38,6%).

Tabela 1. Número de exames de mamografia de rastreamento realizadas em mulheres pelo SUS, na RMVale, total e frequência relativa (fr), por ano. 2010 a 2014.

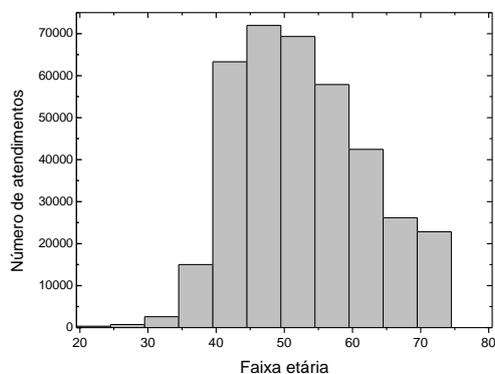
Ano	Exames de mamografia de rastreamento	
	n	fr
2010	59.920	0,16
2011	72.396	0,19
2012	81.437	0,22
2013	74.493	0,20
2014	84.457	0,23
TOTAL	372.703	1,00

Os campos 'escolaridade' e 'raça' apresentaram alto índice de não preenchimento, respectivamente, indefinida em 66% dos casos, e não informada em 61% dos casos. O campo idade apresentou índice de preenchimento de 99,99%.

Análise da variável idade/faixa etária

O campo faixa etária apresentou bom índice de preenchimento, totalizando 372.672 registros (99,99%). As mulheres que realizaram o exame de mamografia de rastreamento na RMVale, no período analisado, tinham de 20 a 79 anos, com média de idade de 53 anos, conforme demonstra histograma abaixo (Figura 1).

Figura 1. Histograma de faixas etárias de mulheres que realizaram exames de mamografia na RMVale, pelo SUS, entre 2010 a 2014.



A análise demonstra que 52,5% das mulheres que realizaram exames de

mamografia pelo SUS na RMVale se encontram na faixa etária de 50 a 69 anos (população alvo); 41,3% tinham menos de 50 anos e 6,1%, 70 anos ou mais (Tabela 2). A soma das faixas etárias não preconizadas é alta, chegando a 47,4% do total dos exames.

Tabela 2. Número exames de mamografia realizados na RMVale, pelo SUS, por faixa etária . 2010 a 2014. n=372.672 registros.

Faixa etária (anos)	2010	2011	2012	2013	2014	Total	%
<50	26.087	30.482	34.035	29.866	33.597	154.067	41,3
50 a 69	30.369	37.535	42.426	39.833	45.628	195.791	52,5
≥70	3.446	4.373	4.974	4.793	5.228	22.814	6,1
Total	59.902	72.390	81.435	74.492	84.453	372.672	100,0

Observa-se que há uma correlação entre faixa etária e resultado mamográfico com índice de malignidade (BI-RADS® 4 a 7) ou sem índice de malignidade (BI-RADS® 1 a 3) (Figura 2). A faixa etária média das mulheres com classificação BI-RADS® sem índice de malignidade foi de 40 a 50 anos (Figura 2; histogramas 1, 2 e 3), enquanto as mulheres mais velhas apresentam maior frequência de laudos com índice de malignidade (Figura 3; histogramas 4 a 7). Observa-se uma tendência gradativa, ou seja, quanto maior a idade, maior o grau de malignidade no laudo mamográfico. Essa correlação foi verificada por intermédio da análise do coeficiente de correlação de Pearson, que mostra correlação fortemente positiva ($r \sim 0,798$) da idade em função do valor de BI-RADS®) e pode ser observada na Figura 04, que apresenta o melhor ajuste linear para a correlação apontada.

Figura 2. Histogramas de faixa etaria por classificação BI-RADS® 1, 2 e 3, para mulheres que realizaram exames de mamografia na RMVale pelo SUS entre 2010 a 2014.

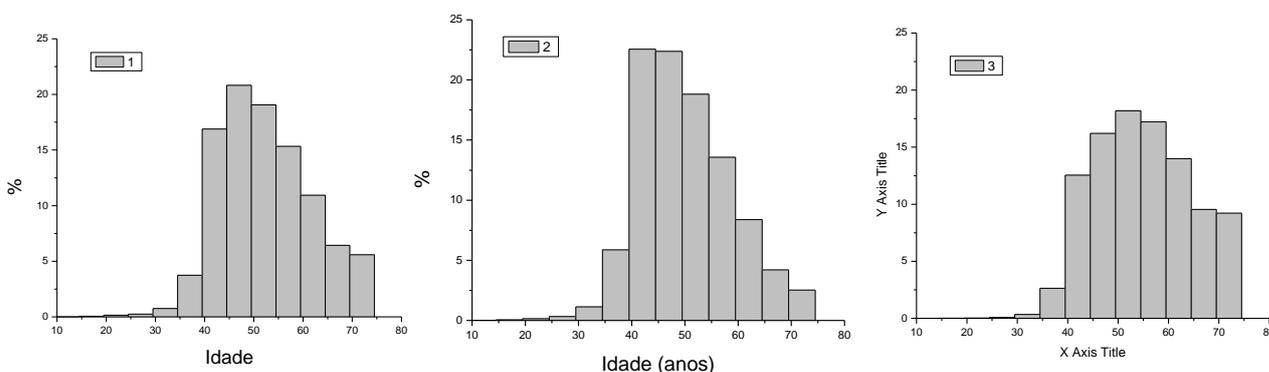


Figura 3. Histogramas de faixa etária por classificação BI-RADS® com índice de malignidade (4,5, 6 e 7) para mulheres que realizaram exames de mamografia na RMVale pelo SUS entre 2010 a 2014.

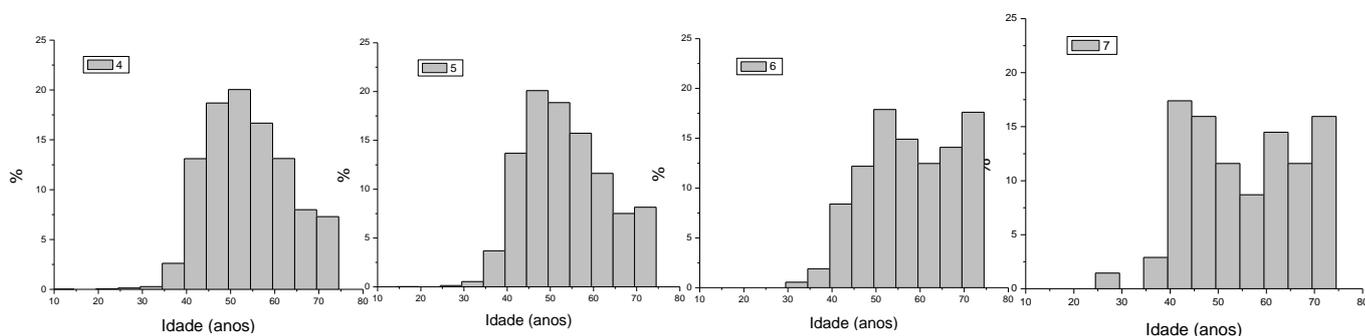
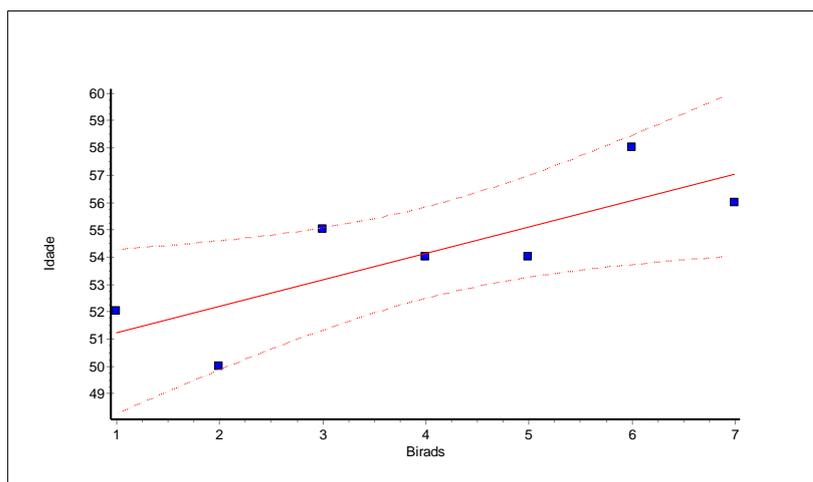


Figura 4. Ajuste linear para a relação entre a classificação BI-RADS® e a idade, para mulheres que realizaram exames de mamografia na RMVale, pelo SUS, no período de 2010 a 2014.



Análise da variável raça/cor

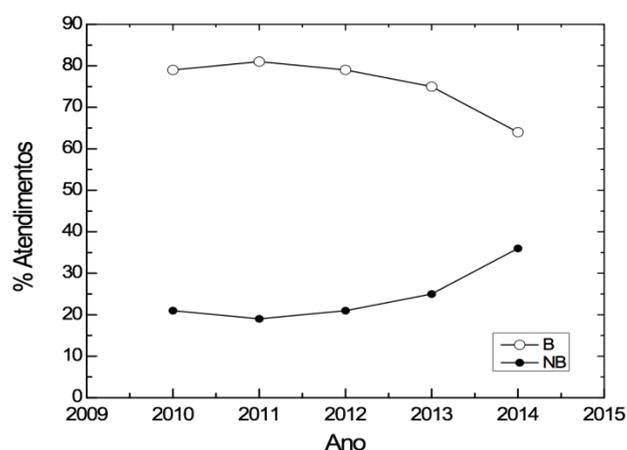
O campo raça/cor não foi preenchido em 227.447 registros. Do restante, 217 eram amarelas e 12, indígenas; registros excluídos por sua baixa incidência. Desse modo, foram considerados para análise 145.028 registros.

Os valores médios do período mostram que 75,7% das mulheres cujo campo cor foi preenchido eram brancas, 22% pardas e 2,3% negras (Tabela 3). Durante o período analisado, a proporção de mulheres brancas que realizaram o exame vem diminuindo, passando de 79% (2010) para 64% (2014); pode-se observar um aumento na proporção de mulheres negras e pardas, respectivamente, incremento de 2% para 3% e de 19% para 33% (Tabela 3 e Figura 5).

Tabela 3. Número de mulheres que realizaram exames de mamografia na RMVale pelo SUS, por raça/cor, valor total (n) e frequência relativa (fr), 2010 a 2014. n=145.028 registros.

Raça	2010		2011		2012		2013		2014		Média %
	n _i	f _r									
Branca	15299	0,79	20453	0,81	27378	0,79	26187	0,76	19948	0,64	75,7
Negra	475	0,02	537	0,02	740	0,02	704	0,02	867	0,03	2,3
Parda	3593	0,19	4335	0,17	6564	0,19	7767	0,22	10181	0,33	22,0
TOTAL	19367	1,00	25325	1,00	34682	1,00	34658	1,00	30996	1,00	100,00

Figura 5. Evolução percentual anual dos atendimentos, entre mulheres brancas e não brancas, que realizaram exames de mamografia na RMVale, pelo SUS, no período de 2010 a 2014.



Observa-se, no período analisado, que a classificação BI-RADS® com indício de malignidade (BI-RADS® 4 a 6, que exigem investigação complementar) manteve-se em frequência relativamente constante, ao redor de 2 a 3% do total de exames. As mulheres negras e pardas, neste estudo, apresentaram proporção discretamente menor de indício de malignidade à mamografia (BI-RADS® 1 a 3): cerca de 2%, comparadas às mulheres brancas (cerca de 3%). (Tabela 4).

Análise da variável escolaridade

Os registros elegíveis para a variável escolaridade totalizaram 128.052, uma vez que, em 66% dos formulários, o campo escolaridade foi preenchido como 'indefinido'. A análise da distribuição de exames de mamografia por nível de escolaridade, no período analisado, mostra que a maior frequência de mulheres que realizaram os exames de mamografia está na faixa de escolaridade que abrange o ensino fundamental e o ensino

médio, categorias que compreendem 94,5% das mulheres. (Tabela 5). Ao observarmos os extremos da tabela, a proporção entre as mulheres que realizaram os exames de rastreamento que possuem ensino superior (3,3%) é superior às analfabetas (2,1%). Essa distribuição se manteve ao longo do período.

Tabela 4. Número de mulheres que realizaram exame de mamografia de rastreamento pelo SUS, RMVale, por raça/cor e BI-RADS®. Total, frequência relativa e frequência relativa acumulada, 2010 a 2014. n= 145.027

BI-RADS®	Branca			Parda			Negra		
	n _i	f _r	f _{ra}	n _i	f _r	f _{ra}	n _i	f _r	f _{ra}
1	18427	0,17	0,17	578	0,17	0,17	5018	0,15	0,15
2	42687	0,39	0,56	1474	0,44	0,62	12834	0,40	0,55
3	44600	0,41	0,97	1177	0,35	0,97	13861	0,43	0,98
4	2313	0,02	0,99	46	0,01	0,99	353	0,01	0,99
5	1111	0,01	1,00	45	0,01	1,00	350	0,01	1,00
6	93	0,00	1,00	2	0,00	1,00	23	0,00	1,00
TOTAL	109.231	1,00		3.322	1,00		32.439	1,00	

Tabela 5. Número total e frequência relativa (fr) de mulheres que realizaram exames de mamografia na RMVale pelo SUS, por escolaridade. 2010 a 2014. n=128.052.

Escolaridade	2010		2011		2012		2013		2014		Média %
	n _i	f _r	N	f _r							
Analfabeto	424	0,03	637	0,02	764	0,02	583	0,02	313	0,02	2,16
Fundamental e médio	13.776	0,94	28.180	0,95	32.043	0,94	28.021	0,95	19.072	0,95	94,53
Superior	468	0,03	957	0,03	1.196	0,04	919	0,03	700	0,03	3,30
TOTAL	14.668		29.774		34.003		29.523		20.085		100,00

Os valores de BI-RADS® para os três estratos de escolaridade definidos, apontam que, quanto maior o grau de instrução da mulher, maior o percentual de ausência de indício de malignidade. Ou seja, mulheres mais instruídas tendem a apresentar alterações menos graves na mamografia de rastreamento, o que pode ser um indício de acesso mais oportuno ao exame. (Tabela 6).

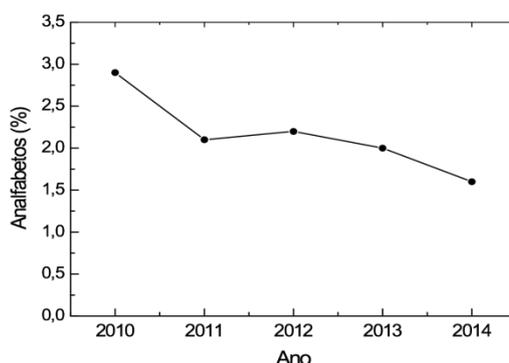
Os estudos dos dados referentes ao nível de escolaridade indicam uma linha de tendência decrescente da categoria 'analfabeta' ao longo do período, com correspondente aumento das demais categorias. Apesar da amostra abranger um

período curto de análise (cinco anos), é possível observar uma tendência moderada de queda das mulheres com baixo nível de escolaridade (Figura 6).

Tabela 6. Número total, frequência relativa (fr) e frequência relativa acumulada de mulheres que realizaram exame de mamografia de rastreamento pelo SUS, RMVale, por escolaridade e BI-RADS®. 2010-2014

Bi-RADS®	Nível de instrução								
	Analfabeto			Fundamental e Médio			Superior		
	n_i	f_r	f_{ra}	n_i	f_r	f_{ra}	n_i	f_r	f_{ra}
0									
1	368	0,14	0,14	17726	0,15	0,15	720	0,17	0,17
2	981	0,36	0,50	51940	0,43	0,58	2098	0,49	0,66
3	1287	0,47	0,97	47532	0,39	0,97	1307	0,31	0,97
4	52	0,02	0,99	1930	0,02	0,99	70	0,02	0,99
5	29	0,01	1,0	1815	0,01	1,0	40	0,01	1,0
6	4	0,00		117	0,00		3	0,00	
TOTAL	2.721	1		121.060	1		4.238	1	

Figura 6. Porcentagem de analfabetos entre a população atendida no período 2010-2014.



4. DISCUSSÃO

A análise dos dados do banco SISMAMA mostra que a RMVale acompanhou o aumento da oferta de mamografias de rastreamento para a população de mulheres, observada no Estado de São Paulo, a partir de 2008, relacionada à inclusão do controle de câncer de mama como prioridade em saúde pública, na agenda do SUS. À priorização política seguiram-se ações para a maior oferta do exame e organização da linha de cuidado às mulheres, bem como monitoramento das ações por meio de indicadores, sendo a razão de mamografias uma meta pactuada obrigatória para a avaliação do desempenho dos municípios na atenção básica. (BRASIL, 2006). Observa-se, dessa maneira, a importância da orientação política e dos instrumentos de gestão para ampliar o acesso à saúde e monitorar a implementação das políticas.

No entanto, observam-se, ainda, questões relativas à efetiva implementação das propostas e à equidade na disponibilização e uso dos serviços. A começar pela qualidade dos dados, uma vez que mais da metade dos campos referentes às variáveis escolaridade e raça não foi preenchida, o que compromete a avaliação do desempenho do sistema. Ressalte-se que as diretrizes dos documentos normativos do SUS (Pacto pela Saúde, Pacto de Gestão) e as próprias diretrizes gerais do SUS reforçam a importância da adequada gestão da informação no sistema, desde a coleta do dado, que envolve o preenchimento dos formulários nos serviços à sua compilação e análise nos níveis centrais (secretaria municipal e de Estado de Saúde) e retorno da informação ao município para tomada de decisão e ação.

Em pesquisa realizada referente aos parâmetros de avaliação da Linha de Cuidado do Câncer na RMVale, (VIANNA, 2014), encontrou-se a existência de lacunas/falhas em diversos pontos nesse fluxo de informações, desde a coleta do dado no serviço ao retorno da informação para a tomada de ação, resultando em fragilidade no desenho da rede. A mesma pesquisa apontou a importância de ações de Educação Permanente da equipe para o adequado preenchimento dos formulários de atendimento. A frequência de preenchimento do campo raça/cor é um dos indicadores recomendados pela Política Nacional da Saúde da População Negra, pois esse dado é a base para estudos que analisam a influência da variável cor no acesso à rede de saúde, bem como a desfechos clínicos específicos (internação ou óbito por certas patologias). (SOARES, 2012).

A análise dos exames por faixa etária mostrou que uma porcentagem significativa (47,4%) das mulheres que realizaram exame de mamografia de rastreamento pelo SUS, no período analisado, encontra-se fora da faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde espera que apenas uma porcentagem mínima de mulheres situem-se fora da faixa alvo. (BRASIL, 2014).

A OMS, em seu documento "*WHO position paper on mammography screening*", orienta que a faixa etária preconizada para realização de exames de rastreamento seja definida a partir de características da organização do sistema de saúde. Em países com sistema de saúde moderadamente estruturado, porém com limitação financeira, a faixa etária recomendada para a mamografia de rastreamento é de 50 a 69 anos com intervalo bianual. (WHO, 2014) Em países que contam com um sistema de saúde fortemente estruturado, com recursos adequados e rigoroso programa de monitoramento, a recomendação é para a faixa etária de 40 a 49 anos, ressaltando-se que, nesse caso, a decisão será tomada em conjunto, pelo médico e pela paciente; ambos são protagonistas decisórios e os valores da mulher são considerados na tomada de decisão. Em países sem sistema de saúde organizado, a mamografia de rastreamento não é recomendada como estratégia de saúde pública, pelo seu baixo impacto em termos de custo/efetividade e baixa exequibilidade. Observa-se a importância de um sistema universal, pois, quanto mais cedo o diagnóstico, maior a chance de bom prognóstico.

Outro fator que influencia a recomendação de faixa etária é a oferta de tecnologia e a posição dos especialistas. (OLIVEIRA, 2008). No Brasil, há alto consumo de tecnologia médica e a Sociedade Brasileira de Medicina, que utiliza parâmetros de países com alto nível tecnológico, com forte traço cultural voltada à realização de exames, recomenda que a mamografia seja realizada mais precocemente. A oferta de exames, pelo SUS, é feita por organizações privadas, sem fins lucrativos, que recebem por procedimento realizado, e este é outro fator que pode explicar a alta prevalência de mulheres mais jovens ou com idade acima da população alvo realizando o exame.

O Brasil mostra avanços, tendo estruturado programas específicos de rastreamento e, mais recentemente, inserido este rastreamento em uma Linha de Cuidado da Câncer de Mama (SÃO PAULO, 2015). No entanto, ainda apresenta fragilidades no acesso e controle desses exames de rastreamento e, na Região analisada, embora o número de exames de mamografia tenha aumentado, estes não estão atingindo a população de mulheres com maior risco de desenvolver o câncer de mama. Ações para reorientar essa oferta para a população alvo envolvem campos distintos, desde a manutenção de discussões entre o Ministério da Saúde e as sociedades de especialistas, ao monitoramento da produção de exames e controle da qualidade dos resultados e à educação em saúde, dirigida aos serviços e à população em geral.

Embora a análise dos dados relativos à raça/cor aponte para um processo de inclusão, uma vez que, no período analisado, houve aumento da proporção de mulheres não brancas que realizaram o exame de mamografia de rastreamento, esta proporção ainda se encontra em percentual inferior à proporção de mulheres negras na região (24,3% nos dados analisados; 31% na população feminina em geral, conforme informa o censo 2010). Assim à medida que a frequência de exames realizados por mulheres não brancas for se aproximando dessa porcentagem (31%), mais próximo o sistema está de efetivar a equidade.

Os dados revelaram, ainda, um menor indício de malignidade entre as mulheres negras e pardas, se comparadas às mulheres brancas. Segundo a Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde, uma das causas da maior incidência de câncer de mama em mulheres brancas pode estar ligada a determinantes sociais e fatores de risco associados às condições modernas de trabalho nos grandes centros urbanos, bem como à inserção de mulheres negras e pardas no mercado de trabalho. Dados nacionais apontam que a taxa de desemprego da população negra e parda em relação à população branca é de 12,3 (negros), 10,2 (parda) e 8,2 (branco), assim os resultados da presente pesquisa sugerem que se realize pesquisa complementar para avaliar a correlação entre os indícios de malignidade e os determinantes sociais da saúde. Outro fator ainda destacado pela CNDSS é a diminuição do número de filhos, mais acentuado em mulheres brancas, relacionada ao aleitamento materno (que reduz o risco de câncer de mama).

O recorte étnico/racial, nos sistemas de informação do SUS, que informa o quesito cor foi implantado em 1996, com o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Outros sistemas de informação incluíram essa variável mais tarde; somente em 2009 o SISMAMA incorporou o quesito raça/cor no seu formulário. O autor descreve que um valor satisfatório de preenchimento desse campo seria em torno de 90%, em outros sistemas, segundo ainda sua análise, esse indicador não se verifica em sua totalidade. (SOARES, 2012). A análise do banco de dados do SISMAMA referente à RMVale corrobora esse achado, já que somente 34% dos formulários registraram raça/cor. Uma das causas dessa falha é a falta de orientação nos manuais do próprio sistema, bem como a dificuldade de os servidores lidarem com a auto declaração.

Em relação à escolaridade, segundo a CNDSS, a chance de um indivíduo com até três anos de estudo usar o serviço público de saúde é quatro vezes maior que aquele com 11 ou mais anos de estudo; e a proporção de mulheres que realizaram exames de mamografia alguma vez varia de 24,3% para mulheres sem instrução ou com menos de um ano de estudo, até 68,1% para mulheres com 15 anos ou mais de estudos. No presente estudo, o fato de mulheres com melhor nível de escolaridade apresentarem menor porcentagem de indício de malignidade no exame de rastreamento pode indicar que estas estejam realizando os exames de rastreamento em tempo oportuno no serviço público. Em pesquisa qualitativa que avaliou o acesso de mulheres à Linha de Cuidado ao Câncer de Mama na RMVale, a construção de redes sociais foi um fator que influenciou o acesso oportuno aos serviços (VIANNA, 2014); Há, ainda, que se considerar a probabilidade de mulheres mais instruídas e de maior renda usarem o serviço privado, o que ampliaria, ainda mais, a diferença de acesso ao exame por nível de instrução. Nesse sentido, alertamos para especial atenção à efetivação do princípio da equidade na linha de cuidado do câncer de mama, ressaltando que o acesso e continuidade dos serviços devem ser garantidos, principalmente, aos usuários que apresentarem maior vulnerabilidade, no caso do presente estudo, mulheres menos instruídas.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, verificamos a importância da construção e implementação da política de controle do câncer para o aumento da oferta de exame diagnóstico preventivo de câncer de mama às mulheres. No entanto, a avaliação mais detalhada dessa oferta, em especial no que se refere à caracterização das mulheres que realizaram a mamografia, foi limitada pelo alto índice de não preenchimento dos campos nos formulários de entrada de dados. O preenchimento incompleto prejudica a avaliação e monitoramento da política.

A análise dos dados disponíveis mostrou que, a despeito do aumento da frequência absoluta e da razão de exames de rastreamento do câncer de mama por

mulheres na RMVale, o acesso e a equidade não vêm sendo garantidos às mulheres que apresentam maior vulnerabilidade social, seja em relação à idade (alta proporção de mulheres fora da faixa etária alvo), à cor/raça (menor proporção de mulheres de cor negra e parda) ou ao grau de instrução (menor proporção de mulheres de menor instrução), mantendo-se a desigualdade no acesso aos serviços do SUS. Note-se a tendência ao aumento da oferta de exames para mulheres não brancas, indicando um processo de inclusão, que poderá ser verificado em estudos posteriores, com série histórica mais abrangente.

Segundo Margareth Whitehead, (CNDSS, 2008), um dos traços mais marcantes da saúde no Brasil é a inequidade entre grupos e indivíduos, ou seja, a desigualdade sistêmica, relevante, evitável, injusta e desnecessária. Reduzir a iniquidade implica na implantação de políticas públicas que fortaleçam os programas de monitoramento e a oferta de serviços, bem como na organização e no fortalecimento de Redes de Atenção que integrem a Atenção Básica à Alta Complexidade, e incluam a Educação Permanente em Saúde.

Vale destacar, ainda, a necessidade de uma melhor compreensão da caracterização etária encontrada, uma vez que, praticamente, a metade das mulheres estava fora da faixa etária preconizada, o que diminui o custo-efetividade do uso da mamografia para a redução da mortalidade por câncer e ainda deixa descoberta grande parte de mulheres na faixa de maior risco. Há, portanto, necessidade de investir na linha de cuidado como um todo, desde a oferta de exames à sua regulação e monitoramento, a fim de melhorar a eficiência e efetividade do programa.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional da Atenção Básica**. Série Pactos pela Saúde. Vol. 4. Brasília, 2006.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, INCA, Instituto Nacional do Câncer. **Atlas On-line de mortalidade**, 2014. Disponível em: <<https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>>. Acesso em: 05 fev. 2016

BRASIL. FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **CENSO DEMOGRÁFICO**, 2010.

BRASIL. FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar), 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saudepopulacao_negra.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2016.

COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE, CNDSS. **As Causas Sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Relatório final da Comissão Nacional sobre

Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>. Acesso em: 23 out. 2015.

INCA. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva - Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede Ficha Técnica De Indicadores Relativos Às Ações De Controle Do Câncer De Mam. 2014.

LIMA, L D. de et al . Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde coletiva.** Rio de Janeiro , v. 17, n. 11, p. 2881- 2892, Nov. 2012 . Disponível em: <32012001100005&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100005>. Acesso em: 05 maio 2015.

OLIVEIRA, E,X.G. et al. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(9):3649-3664, 2011, p. 2003-2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a02v16n9.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2016.

SÃO PAULO (Estado) SES_SP, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Matriz de Indicadores. <<http://www.saude.sp.gov.br/links/matriz>>. Acesso em: 01 mar. 2016.

SÃO PAULO. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, Departamento Regional de Saúde – 17. Rede de Atenção a Oncologia, 2015.

SOARES Filho, A.M. O recorte étnico-racial nos sistemas de informações em saúde da Brasil: potencialidades para a tomada de decisão. In. BRASIL, MULLER, Tânia Mara Pedroso (Coordenação) - **Saúde da População Negra.** Coleção Negras e Negros: Pesquisa e Debates. 2ed. 2012. p. 34-61. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_negra.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2016.

VIANNA, P. V.C. et al. Projeto de pesquisa: **Observatório de Saúde da Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte, SP:** articulando a formação profissional e a gestão compartilhada do SUS. Processo Fapesp 2012/51787-8. Entregue a FAPESP em 31 de agosto de 2014.

World Health Organization. Who. **Position paper on mammography screening,** WHO, Switzerland, 2014 Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137339/1/9789241507936_eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 06 fev. 2016.