

EQUIDADE NA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS PREVENTIVOS FEMININOS NO BRASIL: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE AS REGIÕES NO ANO DE 2008¹

Michelle Nepomuceno Souza²

Mônica Viegas Andrade³

Kenya Noronha⁴

RESUMO

O princípio da equidade orienta os sistemas de saúde pública de vários países e no caso do Brasil, por meio do SUS. A existência de iniquidade está correlacionada com a mortalidade da população por doenças com alto grau de cura quando identificadas precocemente, dentre elas, o câncer de mama e do colo do útero. O câncer do colo do útero tem como exame preventivo o papanicolau, indicado para mulheres entre 25 a 64 anos; e o câncer de mama a mamografia e exame clínico das mamas indicados para mulheres entre 35 a 69 anos. Por esse motivo esse trabalho teve como objetivo analisar a equidade na utilização dos serviços preventivos femininos no Brasil no ano de 2008. Os dados da pesquisa foram secundários, advindos da PNAD 2008. Os dados foram analisados através dos Índices e Curvas de Concentração, em que as variáveis de saúde são: realizou exame preventivo do colo do útero, mamografia e exame clínico das mamas nos últimos três anos anteriores a PNAD 2008; a variável socioeconômica da curva é a renda familiar *per capita*. Os Índices de Concentração foram controlados por idade, escolaridade, presença de plano de saúde, se a mulher tem filhos e é PEA. Os resultados apontaram para a existência de iniquidades em favor das mulheres com maior renda para todo o Brasil e regiões. A região Norte e Nordeste possuem mais iniquidade, e a região Sudeste menor iniquidade. As variáveis de controle mostraram que ter plano de saúde e maior escolaridade influenciam na utilização dos serviços preventivos entre as mulheres.

Palavras-chave: Equidade, serviços preventivos de saúde, mamografia, papanicolau, exame clínico das mamas.

¹ Trabajo presentado en el VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en Lima-Perú, del 12 al 15 de agosto de 2014

² Bacharel em Gestão de Serviços de Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais. Atual mestranda em Demografia pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar/UFMG).

³ Professora Adjunto IV da Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG.

⁴ Professora Adjunto da Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG.

1 INTRODUÇÃO

Desde o final do ano de 1940, após a publicação da “Constituição da Organização Mundial da Saúde” (1946) e da “Declaração Universal dos Direitos Humanos” (1948), a saúde passou a ser reconhecida como um direito humano fundamental que não pode ser separado de outros direitos humanos (OMS, 2011a). Esses documentos estabeleceram uma agenda para melhorar o nível médio de saúde da população de forma igualitária e justa. Alguns países adotaram essa ideia logo no princípio, com a formulação de sistemas públicos universais, como o *National Health Service* (NHS), criado em 1946 no Reino Unido (OMS, 2011; Lobato, Giovanella, 2008). No Brasil, o princípio de igualdade em saúde ganhou atenção na Constituição de 1988, que defende em seu artigo 196 que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1998).

Apesar dos princípios igualitários existentes nos sistemas de saúde, estudos empíricos comprovam que as desigualdades na saúde e a distribuição de resultados em saúde são crescentes entre ricos e pobres, privilegiados e marginalizados, e por diversos países e regiões globais (OMS, 2011a). Essas desigualdades sociais nas condições de saúde e na utilização dos serviços expressam oportunidades diferenciadas em função da posição social do indivíduo e caracterizam situações de injustiça social que representam iniquidades (Travassos & Castro, 2008). Portanto, os termos desigualdade e iniquidade são usados como sinônimos, já que não são intercambiáveis - desigualdade refere-se à diferenças entre os indivíduos, enquanto as iniquidades são as diferenças injustas e em grande parte determinadas pelo seu lugar na sociedade e pela capacidade de acesso aos serviços e sistemas que contribuem para a saúde e bem-estar (OMS, 2011a).

Nota-se que as ações das políticas e da gestão dos serviços, estão diretamente interligados ao acesso e utilização equitativos dos serviços de saúde pela população, por esse motivo desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no início da década de 1990, pós Constituição de 1988, as políticas de saúde seguem as diretrizes de equidade, integralidade e universalização da assistência à saúde, sem que haja preconceito ou privilégios de qualquer espécie (Noronha, Lima, Machado, 2008).

Em relação à saúde da mulher, tema desse trabalho, o primeiro programa a adotar ideais igualitários foi o Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher (PAISM), criado em 1983, no auge das discussões da criação do SUS pelos sanitaristas (Brasil, 1985). Atualmente a Saúde da Mulher é guiada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), de 2004, construída a partir da proposição do SUS e respeitando as suas diretrizes (Brasil, 2004a). Os serviços preventivos femininos, trabalhados nesse estudo, estão presentes em dois programas de controle específicos para a saúde da mulher, que foram afirmados como prioridade na Política Nacional de Atenção Oncológica em 2005, e no Pacto pela Saúde, em 2006: o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e o Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (INCA, 2011a).

De acordo com o INCA (2011b) o rastreamento do câncer de mama diminui a mortalidade em cerca de 35% nas mulheres entre 50 e 69 anos. Quanto maior for o percentual de mulheres na faixa de 50 a 69 anos que realizam a mamografia periodicamente, maior será o impacto na diminuição da mortalidade. O câncer de colo do útero apresenta um dos mais altos potenciais de cura, chegando a 100%, quando diagnosticado e tratado em estágios iniciais ou em fases precursoras (Brasil, 2004b). Assim, para diminuir a mortalidade por esses tipos de câncer, é necessário que haja detecção precoce da doença, e para isso o acesso e a utilização dos serviços preventivos devem ser equitativos.

Nesse sentido, esse trabalho pretende mensurar a equidade na utilização dos serviços preventivos femininos no Brasil, através das Curvas e Índices de Concentração, para fornecer subsídios para a formulação de políticas de saúde voltadas para a redução das iniquidades em saúde nessa área, uma vez que estudos relacionados à equidade e serviços preventivos ainda são escassos no Brasil, com poucos achados na literatura.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a equidade na utilização dos serviços preventivos femininos no Brasil no ano de 2008.

2.2 Objetivos Específicos

- Desagregar a análise da equidade na utilização dos serviços preventivos femininos por região (Sudeste, Norte, Nordeste, Sul e Centro-Oeste);
- Verificar se a utilização dos serviços preventivos femininos está associada à escolaridade, faixa etária, se possui filhos, se é chefe de família, se participa da População Economicamente Ativa (PEA), e se possui plano de saúde.

3 REFERENCIAL HISTÓRICO E TEÓRICO

3.1 A História da Saúde da Mulher no Brasil

No Brasil, a preocupação com a saúde da mulher está presente nas políticas públicas desde a década de 1920 com a reforma sanitária de Carlos Chagas, sendo restrito nesse período, os cuidados materno-infantil (Brasil, 2004a; Nagahama, Santiago, 2005). O primeiro órgão governamental voltado exclusivamente para esse cuidado foi o Departamento Nacional da Criança (DNCR), criado em 1940 (Nagahama, Santiago, 2005). Estes autores sugerem ainda que somente na década de 70, após o Brasil firmar compromisso com o Plano Decenal de Saúde para as Américas - produto da III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas (REMS) realizado no Chile em 1972, que recomendava ações efetivas em relação à saúde materno-infantil e ao bem estar da família - o Ministério da Saúde (MS) (órgão criado em 1953) criou dois programas: o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI) em 1971 e o Programa de Prevenção de Gravidez de Alto Risco (PPGAR) em 1978.

Apenas em 1984, o MS criou um programa com foco exclusivo na saúde da mulher, o PAISM. O programa foi formulado após a preocupação do governo em haver uma “explosão demográfica” e a luta feminista em prol dos direitos sexuais e reprodutivos (Brasil, 2010).

Segundo Osis (1998) o PAISM foi um marco na abordagem da saúde reprodutiva no país uma vez que priorizava a orientação sobre planejamento familiar. Além dessas ações, o programa tinha atividades voltadas para a identificação, diagnóstico, e tratamento das patologias sistêmicas, patologias do aparelho reprodutivo, e prevenção do câncer de colo uterino e de mama (Brasil, 1985). Cabe mencionar que o PAISM foi um dos primeiros programas a incluir em suas diretrizes os conceitos defendidos pelo movimento sanitário no momento de discussão da criação do SUS, como a equidade e a integralidade (Brasil, 2004a).

Com a Constituição de 1988, em que a saúde tornou-se um direito de todos e dever do Estado, e com implantação do SUS em 1990, e a Lei Orgânica da Saúde, as políticas de saúde evoluíram. Dessa forma, a década de 90 evidenciou mudanças nos perfis epidemiológicos e demográficos no Brasil. De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (2002), as causas relacionadas às enfermidades infecciosas e parasitárias e a má nutrição perderam a sua predominância anterior, particularmente nas áreas mais desenvolvidas do centro-sul do país, e foram sendo substituídas pelas doenças não transmissíveis, como problemas circulatórios e respiratórios, as neoplasias e pelas causas externas. Uma das justificativas para esse aumento das doenças não transmissíveis e crônicas é o aumento do percentual de idosos, consequência dos profundos declínios nas taxas de fecundidade, e aumento da expectativa de vida.

Em relação às neoplasias, os cinco tipos que mais afetavam as mulheres na década de 90, e ainda as afetam nos dias atuais, são em ordem decrescente: câncer de mama, câncer de pulmão, câncer do cólon e do reto, câncer do colo do útero e câncer de estômago (INCA,

2011c). Os cânceres de mama e do colo do útero, foco deste trabalho, são especificamente femininos, apesar de haver um baixo índice de câncer de mama nos homens, por isso essas neoplasias ganharam e ainda ganham atenção especial nos programas de saúde da mulher.

No decorrer dos anos após a criação do SUS a política adotada pelo PAISM foi inconstante, ora foi fortemente impulsionada e ora paralisado, e ao longo da década de 90, o Ministério da Saúde rompeu com a ideia de uma política única, um programa único para atender às complexas situações de saúde das mulheres e passou a fracionar a saúde das mulheres em distintos programas (Brasil, 2010).

Nesse sentido, em 1995, o MS percebeu a necessidade de controlar a mortalidade por câncer do colo do útero e criou o projeto “Viva Mulher”, que foi implantado entre janeiro de 1997 e junho de 1998. Esse projeto teve como foco as mulheres entre 35 a 49 anos que nunca haviam feito o exame preventivo ou que estavam sem fazê-lo há mais de três anos, nas localidades de Curitiba, Recife, Distrito Federal, Rio de Janeiro, Belém e Sergipe (Brasil, 2001). O “Viva Mulher” atendeu 124.440 mulheres e ganhou força nacional em 1998, o que fez com que o MS instituísse o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero, com a publicação da Portaria GM/MS nº 3.040/98, de 21 de junho de 1998. O objetivo desse programa foi a “melhoria da qualidade de vida da mulher brasileira pela redução da morbimortalidade por câncer cérvico uterino, através da identificação precoce do câncer pelo teste *Papanicolaou* e tratamento adequado da doença e suas lesões precursoras” (Brasil, 1999). A justificativa para a criação desse programa foi de que este era o único câncer para o qual se dispunha de tecnologia para prevenção, detecção precoce e tratamento curativo (Brasil, 1999). Juntamente com o programa criou-se um sistema de informações para o monitoramento das ações do programa, o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) (INCA, 2011d).

Somente em 2001, o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero passou a ter ênfase no Câncer de mama, tornando-se, portanto, o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. O Programa tinha como objetivo “reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais desses cânceres na mulher brasileira, por meio da oferta de serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais da doença e o tratamento e reabilitação das mulheres” (Brasil, 2001).

Em 2004, o governo lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que ampliou a cobertura aos serviços de promoção e prevenção da saúde, e incluiu à atenção a mulher em situação de violência doméstica e sexual, e, da mulher no climatério (Brasil, 2004a).

Nos anos 2000 a mortalidade por câncer tanto no Brasil quanto no mundo foi significativa (OMS, 2011b). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2011b), além do envelhecimento populacional, outros fatores como a transição econômica, a rápida urbanização e o estilo de vida do século XXI, como uso do tabaco, dietas pouco saudáveis,

pouca atividade física e o uso de álcool, são fatores desencadeantes para o câncer. Dessa forma, em 2005, o governo firmou a Política Nacional de Atenção Oncológica na Portaria GM 2439/2005, em que o controle dos cânceres tornou-se componente fundamental a ser previsto nos planos estaduais e municipais de saúde, dentre as neoplasias, o câncer de mama e do colo do útero ganharam destaque no artigo 2º parágrafo VII “Plano de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco do Câncer do Colo do Útero e da Mama: deve fazer parte integrante dos Planos Municipais e Estaduais de Saúde” (INCA, 2012a; Brasil, 2005).

Já em 2006, o Pacto pela Saúde, um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do SUS, cujo o objetivo é promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, detectar precocemente e controlar os cânceres de mama e do colo do útero, foi destacado mais uma vez, pois é um dos objetivos e prioridades dessa reforma (Brasil, 2012). Esse pacto incluiu indicadores e metas a serem atingidos nos estados e municípios no que diz respeito ao aumento do número de mulheres com acesso aos exames de prevenção dessas neoplasias (Brasil, 2012).

Em 2009, após 11 anos da criação do SISCOLO, criou-se o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA), o sistema de informação de controle das ações do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (INCA, 2012b).

Por fim, no ano de 2011, com o lançamento do plano nacional de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, a priorização do controle do câncer do colo do útero e de mama foi destaque novamente, já que o fortalecimento dos programas de controle dessas neoplasias foi um dos eixos de discussão (Brasil, 2011a).

Atualmente os programas da saúde da mulher se diferem em nível federal, estadual e municipal, mas todos devem seguir à PNAISM. Sobre o controle dos cânceres de mama e do colo do útero, o programa a nível federal antes único Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, foi dividido em dois: Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama.

3.2 Equidade em Saúde no Brasil

O princípio da equidade no acesso e na utilização dos serviços de saúde orienta os sistemas de saúde pública de vários países e no caso do Brasil, por meio do SUS. O termo equidade não possui um conceito único, de acordo com Silva e Filho (2009), os enfoques sob equidade revelam inconsistências terminológicas e conceituais, cuja explicação pode envolver diversas teorias e desdobramentos metodológicos e conceituais, que dependem do referencial adotado. Na revisão bibliográfica realizada pelos autores, a maioria dos conceitos encontrados fazem referência à justiça, igualdade e diferença social. Em relação aos conceitos de acesso e utilização, o termo utilização é usualmente tratado como sinônimo de acesso aos serviços de saúde e esse corresponde a todos os contatos com os profissionais de saúde envolvidos na

realização de procedimentos preventivos, diagnósticos, terapêuticos ou de reabilitação (Travassos & Castro, 2008).

Whitehead (1992) afirma que a equidade possui uma dimensão moral e ética e que para ser considerada na forma de justiça, algo evitável, deve analisar toda a sociedade. Equidade em saúde é um valor ético, inerentemente normativo, com base no princípio da justiça distributiva e em consonância com os princípios dos Direitos Humanos (ISEqH, 2011).

O termo equidade propriamente dito, no Brasil, só aparece na Constituição de 1988 no artigo 195, quando se refere à origem dos recursos da seguridade social, e é utilizada como sinônimo por alguns autores ao se retratarem do artigo 7º, parágrafo IV, da lei de número 8.080 de 1990, no qual se lê que as ações do SUS obedeceriam ao princípio de “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer” (Medici, 2011; Brasil, 1990).

Apesar de não haver uma menção explícita à equidade em saúde na Constituição e na lei 8.080, as ações do SUS no decorrer dos anos são realizadas implicitamente em prol da equidade, principalmente com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 2005, que ainda que buscassem a igualdade, por ter acesso público e universal, atenderam, prioritariamente, às necessidades dos mais pobres (Medici, 2011; Senna, 2002). De acordo com Sisson (2007), o PSF assumiu a inclusão de grandes grupos populacionais que se encontram fora do acesso a um mínimo de garantias sociais, sendo um dos marcos da aproximação da equidade da política de saúde. Essa discussão em torno ao PSF e a equidade remete a afirmação de Whitehead (1992) em que o objetivo das políticas de equidade não é eliminar todas as diferenças de saúde para que todos tenham o mesmo nível e qualidade de saúde mas sim, a de reduzir ou eliminar fatores evitáveis e injustos. Para a autora as políticas de equidade estão, portanto preocupadas com a igualdade de oportunidades para a melhoria da saúde, tentando reduzir os diferenciais ao menor nível possível.

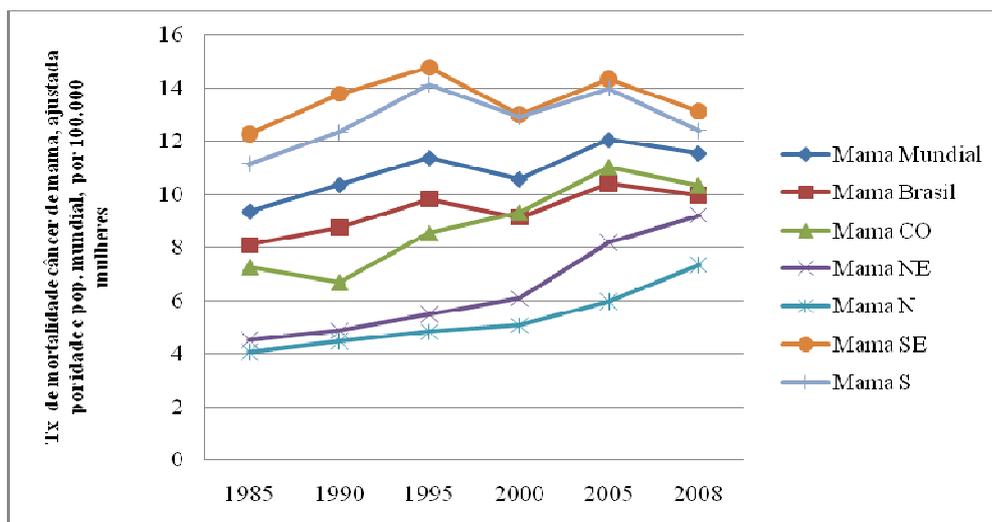
Essa relação do PSF, atenção primária, e a equidade também pôde ser percebida quando em 2002, após o fortalecimento e a qualificação da rede de atenção primária, bem como a ampliação de centros de referência, intensificou-se os projetos de assistência à saúde da mulher, em que priorizou-se o atendimento às mulheres que nunca realizaram exames preventivos de controle de câncer de útero e mama (Brasil, 2011b).

De acordo com a OMS (2007), os cânceres de mama e do colo do útero quando detectados no estágio inicial tem grande potencial de cura. A Organização supõe que programas de detecção precoce do câncer, diminuem 60% da mortalidade por câncer do colo do útero e em 30% para o câncer de mama. Indicadores de alguns programas detecção precoce do câncer mostraram que a incidência do câncer do colo do útero foi reduzida em torno de 80% onde o rastreamento citológico foi implantado com qualidade, cobertura, tratamento e seguimento das mulheres; e que a mortalidade por câncer de mama vem diminuindo em países que

implantaram programas efetivos de rastreamento do câncer de mama, com cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado (OMS,2007).

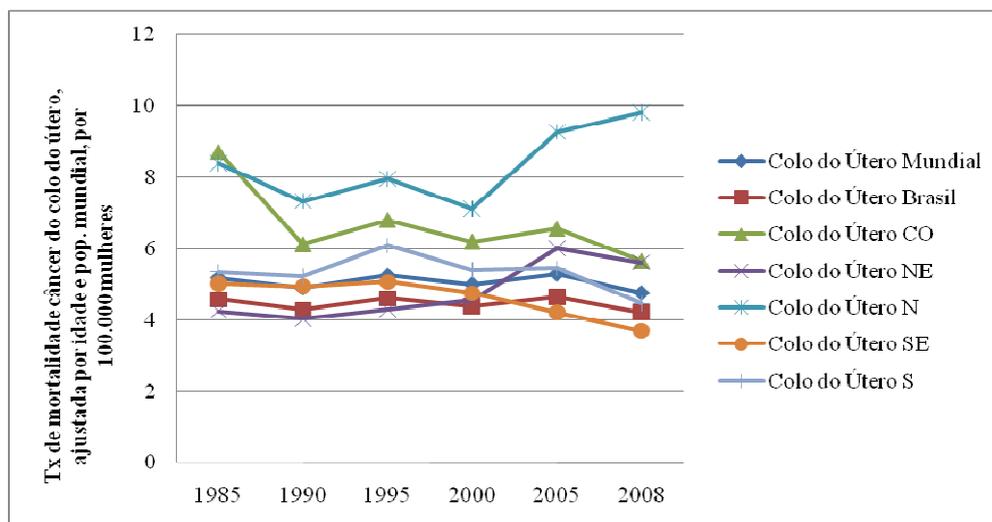
Os Gráficos Gráfico 1 e Gráfico 2 ilustram as taxas de mortalidade por esse cânceres ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira, por 100.000 mulheres, entre 1985 e 2008, para que se possa observar as variações durante as décadas.

Gráfico 1: Taxas de mortalidade por câncer de mama no Brasil e regiões - 1985 e 2008



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do Atlas de Mortalidade por Câncer, INCA, 2011c.

Gráfico 2: Taxas de mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil e regiões - 1985 e 2008.



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do Atlas de Mortalidade por Câncer, INCA, 2011c.

Percebe-se que a taxa aumenta com os anos, de acordo com o INCA (20--), isso se justifica pela melhoria na qualidade das informações sobre mortalidade, o que se constata pela redução da mortalidade por causas mal definidas. Além disso, houve uma mudança no perfil

epidemiológico da população com o aumento da prevalência de doenças não transmissíveis como as neoplasias. A partir dos anos 2000, observa-se o aumento das taxas, porém com declínio a partir de 2005. Uma hipótese para justificar essa queda seria a implantação do PNAISM em 2004, já que a redução da mortalidade devida ao câncer, está associada à detecção precoce da doença por meio da utilização dos serviços preventivos, como a mamografia e exame clínico das mamas e à oferta de tratamento adequado (OMS,2007). De acordo com Silva *et al.* (2010), para alcançar resultados ainda melhores na diminuição dessas taxas deverá haver mais investimento no aumento de cobertura do rastreamento, especialmente entre as populações de maior risco como o caso da região Norte.

Portanto, para que a redução da mortalidade por esses tipos de cânceres continuem, o Brasil deve priorizar o desenvolvimento de prevenção, detecção precoce, rastreamento e tratamento de qualidade para as neoplasias, além de promover o uso racional dos recursos existentes e uma maior equidade no acesso aos serviços de tratamento.

3.3 Evidências Empíricas de Equidade no Brasil

Pesquisas sobre equidade em saúde tiveram seu ápice em 1990, quando vários governos e organizações internacionais colocaram a equidade no topo das agendas de saúde. De 1980 à 2005, as publicações sobre equidade tiveram um crescimento de 260 per cento. Atualmente, essas pesquisas possuem bastante importância, já que várias políticas e programas de saúde desejam reduzir as iniquidades existentes (O'Donnell *et al.*, 2008).

Estudos pioneiros no uso da estimação de Curvas e Índices de Concentração para mensurar equidade em saúde encontraram iniquidades em favor dos grupos de renda mais elevada para diversos países – países europeus, Reino Unido e Estados Unidos - na década de 90 (Wagstaff *et al.*, 1991; van Doorslaer *et al.*, 1997). A literatura internacional atual, ainda apresenta como resultados as iniquidades em saúde, e essas são mais marcantes na utilização de serviços mais especializados, e são em favor dos mais ricos ou aos mais escolarizados (Veurgelers ,YIP, 2003; Lorant *et al.*, 2002; Noronha, Andrade, 2005; Khan, 2011).

No Brasil, alguns estudos mostram a presença de desigualdades tanto para o estado de saúde como para acesso e utilização de serviços. O estudo de Noronha e Andrade (2002), por exemplo, comparou a equidade do estado de saúde entre as unidades da federação através da construção de Índices e Curvas de Concentração. As autoras concluíram que há desigualdades em favor dos ricos em todas as unidades da federação no que diz respeito à doença crônica, mobilidade física e saúde auto-avaliada exceto nos estados da região nordeste que revelaram desigualdades em favor dos mais pobres.

Estudos que analisam tendências comprovam que as iniquidades em saúde no Brasil existem, porém elas estão diminuindo, assim como apontam as evidências internacionais. Travassos *et al.* (2006), usando o método da regressão multivariada, comprovaram essa diminuição entre

os anos de 1998 e 2003; e Andrade *et al.* (2011a), indicaram esse resultado para os anos de 1998 e 2008, através das Curvas e Índices de Concentração.

No que diz respeito à serviços preventivos, evidências internacionais mostram que existem diferenças entre as mulheres que realizam a mamografia e exames preventivos para câncer do colo do útero. O trabalho de Zapka *et al.* (1994) realizado em Massachusetts, através do método de análise multivariada, mostrou que mulheres com renda mais alta são propensas a realizar mais de uma mamografia. O estudo de Lorant *et al.* (2002) também obteve esse resultado para a Bélgica, porém utilizou-se da metodologia dos índices de concentração. Lorant *et al.* também encontraram iniquidades em favor das mulheres mais ricas na realização de exame preventivo do colo do útero. Em Barcelona, Domínguez-Berjón *et al.* (2003), realizaram um estudo descritivo em que os resultados apontaram para desigualdades na realização de exames do colo do útero, pois a maioria das mulheres que nunca realizaram o exame tinham baixa renda, menor escolaridade e estavam desempregadas.

No Brasil, estudos também indicam a existência de desigualdades na utilização desses serviços. Travassos *et al.* (2002), por exemplo, mostraram que as mulheres de famílias com chefes jovens (até 24 anos), com maior escolaridade e financiadas por eles, apresentam maior chance de uso de serviços preventivos. Isso pode ser justificado pelo fato de talvez o homem tenha maior cobertura por plano de saúde, e, também, por aspectos sociais, tais como o fato de que as mulheres chefes de família tendem a ter maiores responsabilidades no cuidado da família e na gestão dos recursos financeiros. Essas responsabilidades poderiam limitar a capacidade dessas mulheres de consumir serviços de saúde em relação às mulheres que pertencem a famílias chefiadas por homens.

O trabalho de Novaes *et al.* (2006), através da metodologia da regressão logística, mostrou que os fatores preditivos para essa realização de exames do colo do útero são ter filhos, ter consultado o médico no último ano, ter renda elevada, médio a alto grau de escolaridade, ter plano de saúde e morar em zona urbana. Para mamografia mostraram-se fatores preditivos importantes: distribuição etária (40-59 anos), consulta médica no último ano, morar em zona urbana, renda elevada e ter plano de saúde.

Estudo recente de Oliveira *et al.* (2011), mostrou através do modelo de regressão logística multivariada, que a chance de realizar exames de mamografia no Brasil em 2003 e 2008 aumenta com a renda familiar *per capita* e a escolaridade. Outras variáveis que influenciam na utilização do exame são ter plano de saúde e morar na região urbana. Apesar das diferenças existentes, entre o período estudado, as desigualdades diminuíram, ocorrendo um aumento de aproximadamente 12% na realização da mamografia.

Andrade *et al.* (2011b), mensuraram as iniquidades existentes na utilização dos serviços preventivos femininos para o Brasil e Minas Gerais nos anos de 2003 e 2008, através dos índices e curvas de concentração. Os resultados apontaram para iniquidades em favor das

mulheres com maior renda, sem diferenças significativas entre Brasil e MG. Assim como nos outros estudos aqui mostrados, entre o período de 2003 e 2008 as iniquidades diminuíram.

Por fim, podemos perceber a importância desse trabalho, já que os estudos relacionados à equidade e serviços preventivos ainda são escassos no Brasil, com poucos achados na literatura, principalmente na utilização de exame preventivo do colo do útero, por desagregação regional e com o método de análise dos índices e curvas de concentração. Como demonstrado por Macinko e Starfield:

As pesquisas sobre equidade em saúde servem para esclarecer a gênese e as características das desigualdades em saúde, com a finalidade de identificar fatores passíveis de decisões políticas e ações programáticas para reduzir ou eliminar as desigualdades (2002, p.19).

4 METODOLOGIA

Esse estudo é quantitativo, que utiliza dos dados do inquérito populacional “Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio” (PNAD) de 2008 como fonte de dados. O método de análise de equidade foi feito através dos índices e curvas de concentração.

4.1 Base de Dados

Para esse trabalho utilizou-se de uma base de dados secundária, a PNAD, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2008. Essa pesquisa abrange todo território nacional do país. Foram pesquisados 391.868 pessoas, 150.591 unidades domiciliares (IBGE, 2008). O ano de 2008 foi escolhido por ser o que contém o suplemento especial sobre saúde mais recente.

A PNAD investiga anualmente, de forma permanente, características gerais da população, de educação, trabalho, rendimento e habitação e outras, com periodicidade variável, de acordo com as necessidades de informação para o País, como as características sobre migração, fecundidade, nupcialidade, saúde, segurança alimentar, entre outros temas. O levantamento dessas estatísticas constitui, ao longo dos 42 anos de realização da pesquisa, um importante instrumento para formulação, validação e avaliação de políticas orientadas para o desenvolvimento socioeconômico e a melhoria das condições de vida no Brasil (IBGE, 2009, internet).

A PNAD permite a desagregação por Grandes Regiões, Unidades da Federação e região metropolitana. Porém, para que haja calibração na estratificação é necessário utilizar os pesos amostrais na construção de indicadores e estimação de parâmetros (Silva, Pessoa, Lila, 2002).

4.2 Recorte Amostral

Definiu-se como unidade de análise as regiões brasileiras (Sudeste, Norte, Nordeste, Sul e Centro-Oeste). Os dados foram mantidos para mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos quando se tratar de exame do colo do útero e 35 e 69 anos ao se tratar de exame clínico das mamas e mamografia.

De acordo com o INCA (2012c) o método de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e às que já tiveram atividade sexual. Como não é possível detectar as mulheres que já tiveram relações sexuais optou-se por manter a faixa etária de 25 a 64 anos quando se tratar de exame do colo do útero.

A recomendação de rastreamento do câncer de mama segue a seguinte lógica: para as mulheres de 50 a 69 anos a realização de mamografia deve ocorrer a cada dois anos e do exame clínico das mamas anualmente; para as mulheres de 40 a 49 anos, a recomendação é o exame clínico anual e a mamografia diagnóstica; para as mulheres com risco elevado de câncer de mama, a rotina de exames deve se iniciar aos 35 anos, com exame clínico das mamas e mamografia anuais em caso de resultado alterado (INCA, 2012d). Como a PNAD não permite desagregar por este nível de complexidade, optou-se por incluir mulheres entre 35 e 69 anos ao se tratar de exame clínico das mamas e mamografia.

4.3 Métodos de Análise dos Dados

4.3.1 Estatística Descritiva

Com a finalidade de conhecer melhor os dados antes de uma análise mais profunda, realizou-se uma descrição dos dados a serem trabalhados, que se resumiu na tabulação de frequências e média das variáveis trabalhadas, para o Brasil e regiões. As diferenças das médias entre as regiões com o Brasil foram avaliadas através do teste *t-student*, com aceitação de p-valor menor do que 5%.

4.3.2 Curvas e Índices de Concentração

Existem várias formas de mensurar equidade, porém apenas duas formas, o Índice e a Curva de Concentração, satisfazem três requisitos básicos: (1) Reflete a dimensão socioeconômica; (2) Reflete a experiência de toda população; (3) É sensível às mudanças na distribuição da população entre grupos socioeconômicos (van Doorslaer *et al.*, 1997).

O Índice de Concentração (IC) é derivado da literatura de distribuição de renda e fornece uma medida sintética da extensão da desigualdade social em saúde. O IC mede a relação entre a proporção acumulada da população ordenada de forma crescente pelo nível sócio-econômico (ex. riqueza, escolaridade, renda familiar *per capita*) contra a proporção acumulada de indivíduos de acordo com algum atributo de saúde (ex. presença de doença crônica, estado de saúde auto-avaliado, utilização dos serviços de saúde, presença de cobertura privada de saúde) (O'Donnell *et al.*, 2008).

A proporção acumulada de saúde desse estudo foi calculada⁵ em relação à média de indivíduos que realizaram ou não os exames preventivos na amostra, e a variável socioeconômica é a renda familiar *per capita*. O IC pode ser computado de uma maneira simples: $IC = 2 \text{ cov}(y_i R_i) / \mu$, em que y é a variável de saúde a ser trabalhada, μ a média, R_i o *rank* da distribuição socioeconômica e o $\text{cov}(\dots)$ a covariância (WB,2008).

Os valores do IC variam entre -1 e 1. Um valor igual a zero indica ausência de desigualdade social enquanto valor igual a 1 ou -1 indica que somente os indivíduos mais ricos ou mais pobres, respectivamente, apresentam o atributo de saúde analisado. Portanto, IC positivo indica que a utilização dos serviços está concentrada entre os indivíduos mais ricos e IC negativo indica concentração entre os mais pobres - Quadro 1.

Quadro 1: Interpretação dos Índices de Concentração

Valores do IC	Curva de Concentração	Análise da Desigualdade	
		Atributo de saúde bom (ex. boa saúde, presença de cobertura privada de saúde, utilização de serviços de saúde)	Atributo de saúde precário (ex. saúde ruim, dificuldade de acesso, presença de doença)
IC > 0	Abaixo da Diagonal: concentração do atributo de saúde entre os mais ricos	Desigualdade a favor dos mais ricos	Desigualdade a favor dos mais pobres
IC = 0	Igual à Diagonal	Não tem desigualdade	
IC < 0	Acima da Diagonal: concentração do atributo de saúde entre os mais pobres	Desigualdade a favor dos mais pobres	Desigualdade a favor dos mais ricos

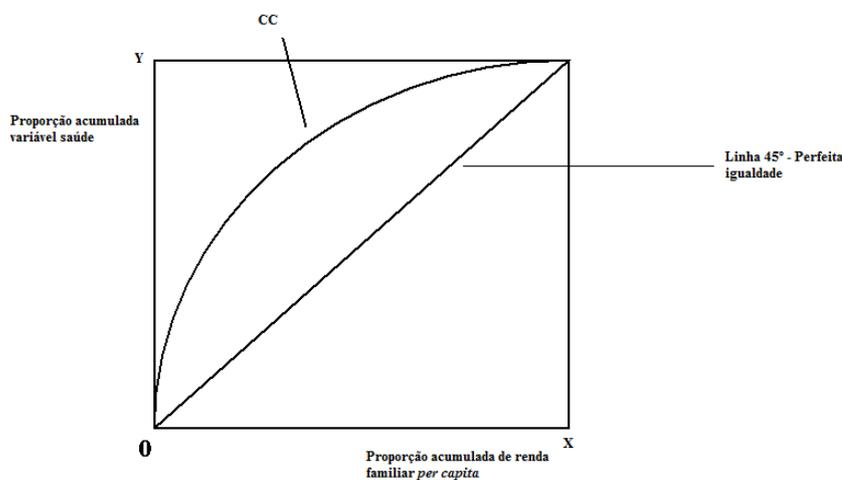
Fonte: ANDRADE *et al.*, 2011b, p. 27.

A representação gráfica do IC é a Curva de Concentração (CC). Similarmente à curva de Lorenz, a área delimitada pela CC e pela linha de 45° mede o IC. A diagonal representa perfeita igualdade na distribuição dos serviços de saúde entre os grupos socioeconômicos. Se a CC posiciona-se abaixo da diagonal, o IC é positivo. Se a CC posiciona-se acima da diagonal, o IC é negativo. Quando a CC coincide com a diagonal, o IC é zero. A Curva de Concentração pode também cruzar a diagonal, quando isso ocorre, a área acima da diagonal pode compensar a área abaixo da diagonal resultando em um índice de concentração que

⁵ Os IC, as CC e os testes de dominância serão estimados no programa STATA.10 de acordo com a programação do livro do Banco Mundial, escrito por O'Donnell *et al.* (2008).

subestima a iniquidade. Nesse caso é importante analisar o comportamento do IC conjuntamente ao gráfico da CC (Gráfico 3).

Gráfico 3: Curva de Concentração



Fonte: Adaptado de VAN DOORSLAER et al., 1997, p.96

Para verificar se as distribuições de utilização de serviços de saúde são estatisticamente diferentes entre as regiões, foram realizados Testes de Dominância entre as curvas de concentração. Esse teste é uma inspeção do resultado visual da CC, uma vez que as curvas podem estar muito juntas e confundir a análise. Além disso, o teste ainda revela a dominância da CC com a Curva de Lorenz, essa que não pode ser vista no gráfico da CC, mas está implícita representando a curva de desigualdade de renda.

4.4 Variáveis Utilizadas

Para construção das CC e IC utilizou-se da variável de renda familiar *per capita*, que foi construída a partir da divisão do rendimento familiar mensal pelo número de componentes da família; e das variáveis de utilização de serviços preventivos, que incluem as variáveis de realização de exame clínico das mamas, de mamografia e de preventivo para câncer do colo do útero, os quais foram divididos em variáveis binárias, com resposta sim ou não. Considerou-se sim para mulheres que realizaram os exames nos últimos 3 anos.

Não é somente a renda que explica as desigualdades na utilização da saúde, portanto os IC foram estimados inicialmente sem controle por outras variáveis, seguido da inclusão sequencial de cada um desses grupos de fatores. No modelo 1, nenhuma covariada foi inserida, ou seja, os IC foram estimados sem realizar qualquer padronização. O modelo 2 corrige para a diferença demográfica de idade. O modelo 3 adiciona ao modelo 2 a covariada

referente ao ser chefe de família e participante da PEA. O modelo 4 adiciona ao modelo 3 a co-variada de possuir filhos. O modelo 5 adiciona ao modelo 4 a co-variada de escolaridade. O modelo 6 adiciona ao modelo 5 a co-variada de possuir plano de saúde. O Quadro 2 mostra todas as variáveis a serem utilizadas:

Quadro 2: Variáveis do estudo

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO
VARIÁVEIS PRINCIPAIS	
Renda familiar per capita	rendimento familiar mensal/ nº componentes da família
Exame clínico das mamas	Realizou exame? Sim (igual ou menos de 4 anos) Não (mais de 4 anos)
Mamografia	Realizou exame? Sim (igual ou menos de 4 anos) Não (mais de 4 anos)
Exame preventivo do câncer do colo do útero (papanicolau)	Realizou exame? Sim (igual ou menos de 3 anos) Não (mais de 3 anos)
VARIÁVEIS DE CONTROLE	
Escolaridade	Escolaridade média
Idade	Idade média
Chefe de família	Mulheres referência do domicílio
PEA	Mulheres economicamente ativas nas Condição de atividade na semana de referência
Possui filhos	Mulheres que tiveram filhos nascidos vivos até a data de referência da pesquisa
Plano de saúde	Proporção de mulheres que tinham plano de saúde

Fonte: Elaboração própria.

5 RESULTADOS

5.1 Análise Descritiva

A Tabela 1 caracteriza a população do recorte amostral do trabalho. A população de mulheres de 25 a 69 anos no Brasil tem média de escolaridade de 8,55 anos, renda familiar *per capita* média de R\$688,07 reais e idade média de 43 anos. Dentre essas mulheres 32% são chefe de família, ou seja, são a referência do domicílio, 63% fazem parte da PEA, 83% possuem filhos e 30% possuem plano de saúde. Quando essa análise é desagregada por região, percebe-se diferenças maiores entre as variáveis de renda familiar *per capita* e na posse de plano de saúde, com valores menores para as regiões Norte e Nordeste. Enquanto a renda varia entre R\$807 e R\$823 reais no Sudeste, Sul e Centro-Oeste, no Norte e Nordeste ela é de R\$479,87 e R\$431,34, respectivamente. Em relação à posse de plano de saúde, 39% das mulheres o tem no Sudeste, 34% no Sul e 29% no Centro Oeste, enquanto no Norte e Nordeste apenas 17% possuem o plano.

A análise de utilização dos serviços preventivos femininos foi desagregada por grupos de idade foco do rastreamento, por isso a Tabela 1 apresenta dados gerais e por grupo. No grupo de 25 a 64 anos, foco do exame preventivo do colo do útero, os resultados variaram um pouco

em relação aos resultados de toda a população, e aos resultados do grupo de 35 a 69 anos, foco da mamografia e exame clínico das mamas. As mulheres de 25 a 64 anos, tem escolaridade média maior do que o grupo de 35 a 69 anos, porém a renda familiar *per capita* é um pouco menor.

Tabela 1: Análise descritiva das variáveis socioeconômicas utilizadas para estimação dos IC, Brasil e regiões - 2008

População	Variáveis sócioeconômicas	Brasil	Sudeste	Norte	Nordeste	Sul	Centro-Oeste
25-69 anos	Escolariade média	8,55	9,11*	8,24*	7,39*	8,86*	8,92*
	Renda familiar per capita média	688,07	807,06*	479,87*	431,34*	814,98*	823,00*
	Idade média	43,08	43,66*	40,93*	42,49*	43,92*	41,91*
	Chefe de família (%)	32,22	31,56	32,42	33,77	30,68	33,78
	PEA (%)	63,47	62,84	62,28	62,01	67,26	65,90
	Com filhos (%)	82,89	80,44	88,42	84,33	84,6	84,13
	Possui plano de saúde (%)	29,88	38,61	16,62	16,36	33,73	28,63
25-64 anos	Escolariade média	8,76	9,32*	8,41*	7,60*	9,07*	9,12*
	Renda familiar per capita média	680,33	798,67*	476,51*	424,32*	805,95*	818,46*
	Idade média	41,72	42,25*	39,88*	41,07*	42,55*	40,75*
	Chefe de família (%)	31,27	30,49	31,89	32,82	29,71	33,23
	PEA (%)	65,83	65,47	63,71	64,12	69,77	68,00
	Com filhos (%)	82,5	79,92	88,13	84,06	84,23	83,84
	Possui plano de saúde (%)	29,87	38,68	16,65	16,37	33,73	28,40
35-69 anos	Escolariade média	7,87	8,43*	7,49*	6,64*	8,19*	8,17*
	Renda familiar per capita média	730,93	846,43*	519,83*	465,41*	843,33*	876,08*
	Idade média	49,02	49,32*	47,67*	48,91*	49,28*	48,05*
	Chefe de família (%)	35,52	35,52	37,13	38,21	33,65	37,20
	PEA (%)	59,31	57,73	59,58	58,98	62,96	62,34
	Com filhos (%)	88,47	86,76	92,53	89,27	90,03	89,78
	Possui plano de saúde (%)	30,55	38,56	17,93	17,18	33,52	30,11

* A média da variável da região é significamente diferente da média do Brasil

Fonte: Elaboração da autora, a partir dos dados da PNAD 2008 (IBGE).

A Tabela 2 apresenta a proporção de mulheres que realizaram os exames preventivos nos 3 anos anteriores a pesquisa da PNAD de 2008. Os resultados mostraram que aproximadamente 80% das mulheres realizaram exame preventivo do câncer de colo do útero no Brasil e nas regiões, o que aponta para existência da universalização do exame. A proporção de mulheres que realizaram mamografia no período varia entre as regiões, por exemplo, 67,33% realizaram o exame no Sudeste, mas apenas 38,53% utilizaram no Norte. Essa diferença regional também é notada para a realização de exame clínico das mamas. A utilização da mamografia e exame clínico das mamas ainda não é satisfatória em todo o país, uma vez que nas regiões Norte e Nordeste menos de 50% das mulheres realizaram os exames.

Tabela 2: Proporção de Mulheres que realizaram exames preventivos nos últimos 3 anos, Brasil e regiões - 2008

Variáveis Utilização (%)*	Brasil	Sudeste	Norte	Nordeste	Sul	Centro-Oeste
Preventivo colo do útero	78,43	81,33	76,86	73,12	79,62	78,52
Mamografia	56,83	67,33	38,53	42,58	57,91	52,46
Exame clínico das mamas	66,25	75,5	47,12	51,8	70,06	65,33

*Considerou-se as mulheres que realizaram os exames em menos de 3 anos

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da PNAD 2008 (IBGE)

5.2 Análise de Equidade

Os índices de concentração, apresentados na Tabela 3, demonstraram que a iniquidade em favor das mulheres com melhor renda está mais presente na utilização de mamografia, e para as regiões Norte e Nordeste. Quando os índices foram controlados por idade, variável importante de risco, o IC aumentou para realização do exame preventivo do colo do útero e exame clínico das mamas, indicando que a utilização dos serviços preventivos está desigual entre as idades. Porém, esse IC diminuiu na realização de mamografia, indicando que a idade é um fator importante na desigualdade existente na utilização do exame. O ajuste por idade e para mulheres que possuem filhos, apresentou um aumento da iniquidade, o que indica a desigualdade na utilização por esses fatores. O ajuste por escolaridade e plano mostrou que a iniquidade diminuiu quando se distribui as variáveis de forma igualitária para a população, o que é um indicador de que ter plano no Brasil e ser mais escolarizado aumentam a chance de utilizar os serviços preventivos femininos.

Tabela 3: Estimativas dos índices de concentração segundo utilização de serviços preventivos femininos, para Brasil e grandes regiões, 2008

Variáveis/Modelos	Brasil	Sudeste	Norte	Nordeste	Sul	Centro- Oeste
<i>Realizou exame colo do útero</i>						
<i>Modelo 1</i>	0,049 *	0,041 *	0,048 *	0,043 *	0,044 *	0,050 *
<i>Modelo 2</i>	0,053 *	0,044 *	0,053 *	0,048 *	0,048 *	0,051 *
<i>Modelo 3</i>	0,051 *	0,042 *	0,051 *	0,046 *	0,047 *	0,049 *
<i>Modelo 4</i>	0,064 *	0,054 *	0,061 *	0,065 *	0,059 *	0,058 *
<i>Modelo 5</i>	0,039 *	0,035 *	0,036 *	0,030 *	0,038 *	0,039 *
<i>Modelo 6</i>	0,028 *	0,024 *	0,029 *	0,022 *	0,029 *	0,031 *
<i>Realizou mamografia</i>						
<i>Modelo 1</i>	0,171 *	0,111 *	0,220 *	0,209 *	0,145 *	0,176 *
<i>Modelo 2</i>	0,169 *	0,108 *	0,220 *	0,213 *	0,144 *	0,172 *
<i>Modelo 3</i>	0,170 *	0,106 *	0,223 *	0,214 *	0,144 *	0,171 *
<i>Modelo 4</i>	0,173 *	0,109 *	0,224 *	0,219 *	0,148 *	0,172 *
<i>Modelo 5</i>	0,124 *	0,081 *	0,146	0,128	0,103	0,111
<i>Modelo 6</i>	0,097 *	0,062 *	0,106	0,098	0,079	0,081
<i>Realizou exame clínico das mamas</i>						
<i>Modelo 1</i>	0,132 *	0,082 *	0,179 *	0,159 *	0,095 *	0,129 *
<i>Modelo 2</i>	0,138 *	0,086 *	0,184 *	0,175 *	0,103 *	0,132 *
<i>Modelo 3</i>	0,138 *	0,085 *	0,184 *	0,175 *	0,102 *	0,129 *
<i>Modelo 4</i>	0,141 *	0,089 *	0,184 *	0,180 *	0,105 *	0,130 *
<i>Modelo 5</i>	0,099 *	0,062 *	0,120 *	0,102 *	0,072 *	0,086 *
<i>Modelo 6</i>	0,079 *	0,048 *	0,089 *	0,080 *	0,055 *	0,068 *

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da PNAD 2008 (IBGE)

*Notas metodológicas: significativo a 5%

Modelo 1: IC sem controle

Modelo 2: IC com controle por idade

Modelo 3: IC com controle por idade, mulheres chefe de família e participantes da pea

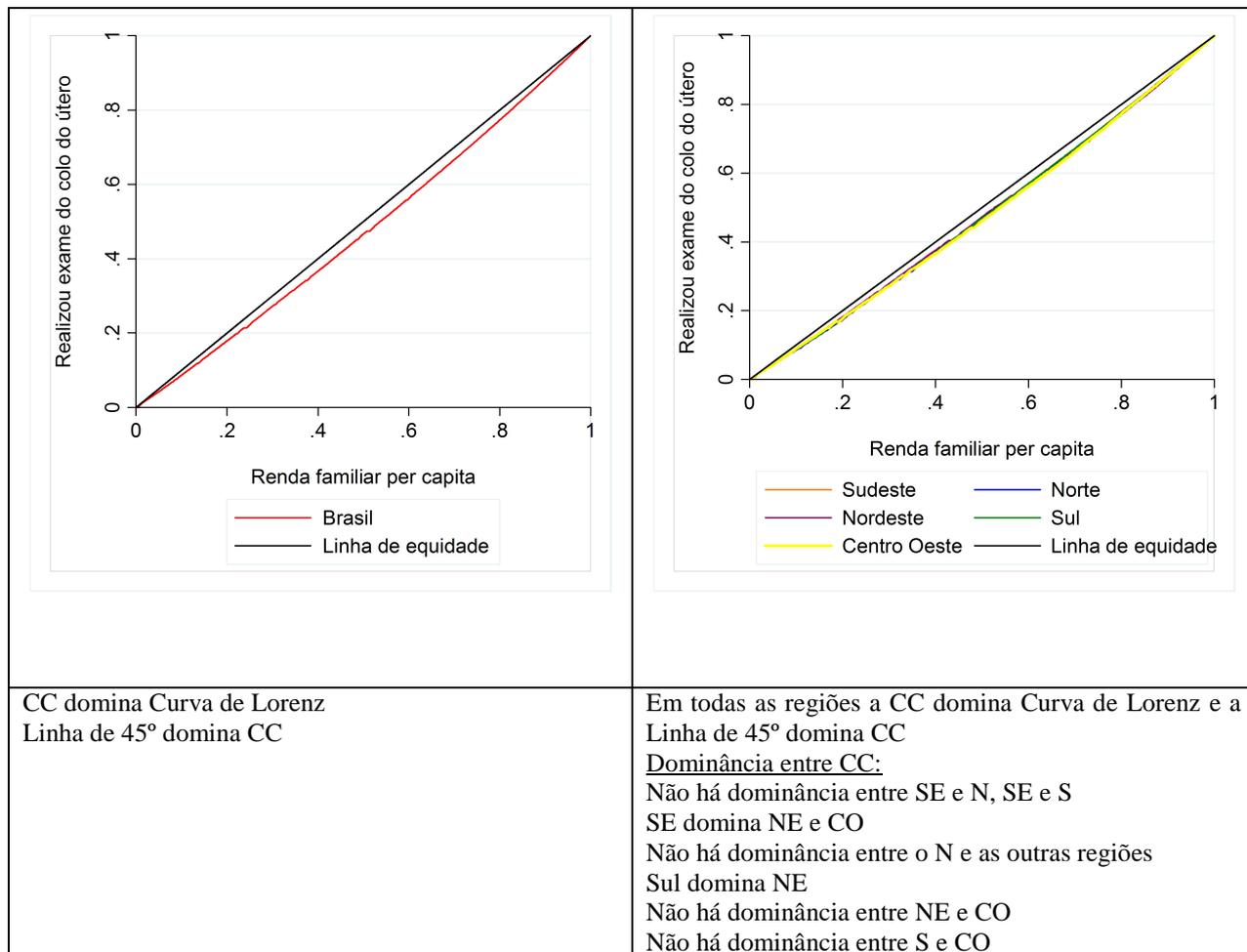
Modelo 4: IC com controle por idade, mulheres chefes de família, participantes da pea e com filhos

Modelo 5: IC com controle por idade, mulheres chefes de família, participantes da pea, com filhos e escolaridade

Modelo 6: IC com controle por idade, mulheres chefes de família, participantes da pea, com filhos, escolaridade e presença de plano

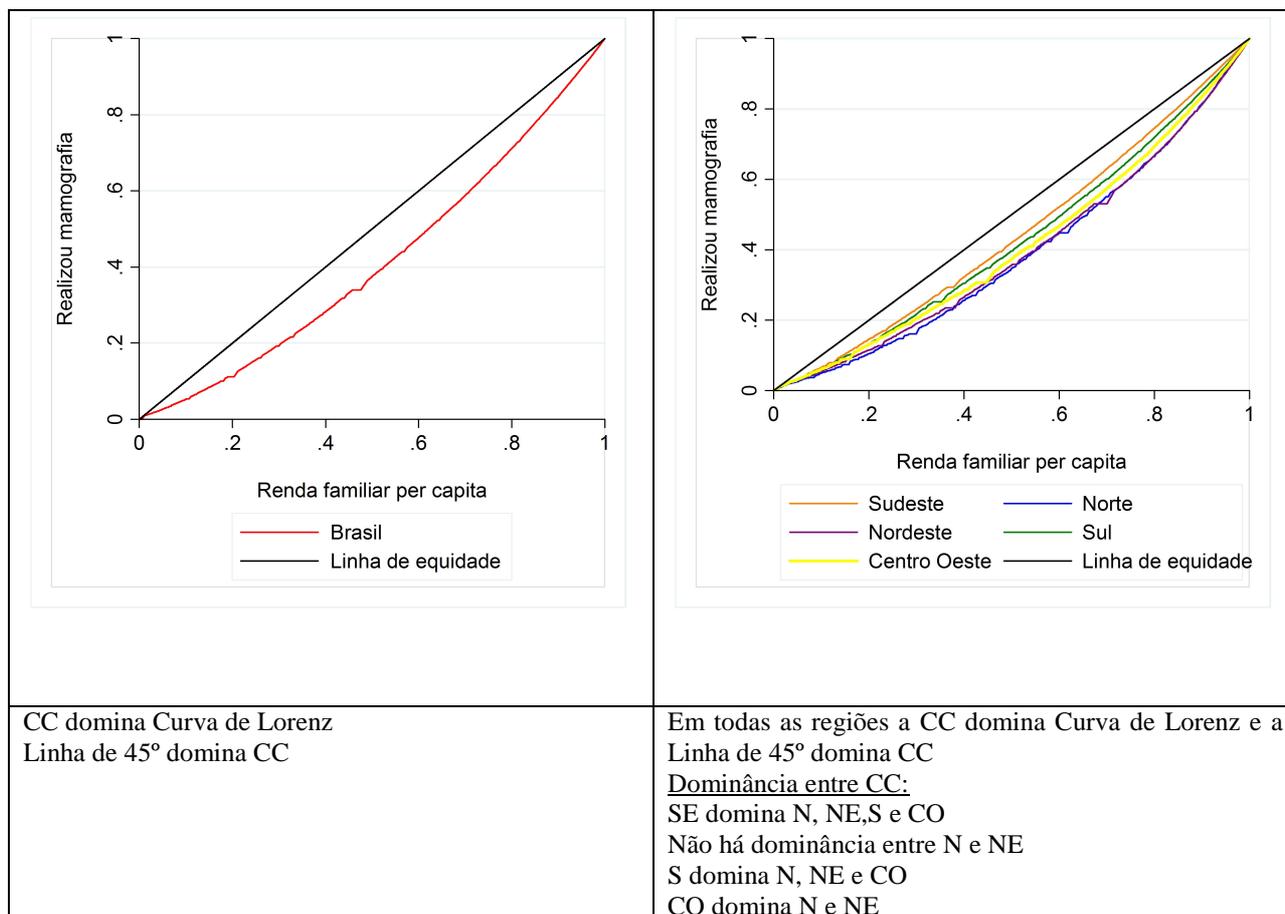
Os Gráfico 4, Gráfico 5, Gráfico 6 ilustram as curvas de concentração para proporção de mulheres que realizaram exame preventivo do câncer do colo do útero, mamografia e exame clínico das mamas, respectivamente. Para melhor interpretação do resultado, os testes de dominância mostram o quanto uma curva domina a outra. Como apresentado pelo IC, ambos os gráficos mostram a presença de iniquidade em favor das mulheres mais ricas, para todas as regiões brasileiras. A iniquidade é mais expressiva na utilização de mamografia e para a região Norte e Nordeste do país. A região com menor iniquidade é a Sudeste, seguida pelo Sul e Centro-Oeste. Em ambos os gráficos, a CC domina a Curva de Lorenz, ou seja, a desigualdade de renda é superior à desigualdade em saúde; e a Linha de 45°(Perfeita Igualdade) domina a CC, ou seja, existe iniquidade na utilização dos serviços.

Gráfico 4: Curvas de Concentração para proporção de mulheres entre 25 e 64 anos que realizaram exame preventivo do câncer do colo do útero nos últimos 3 anos, Brasil e regiões - 2008



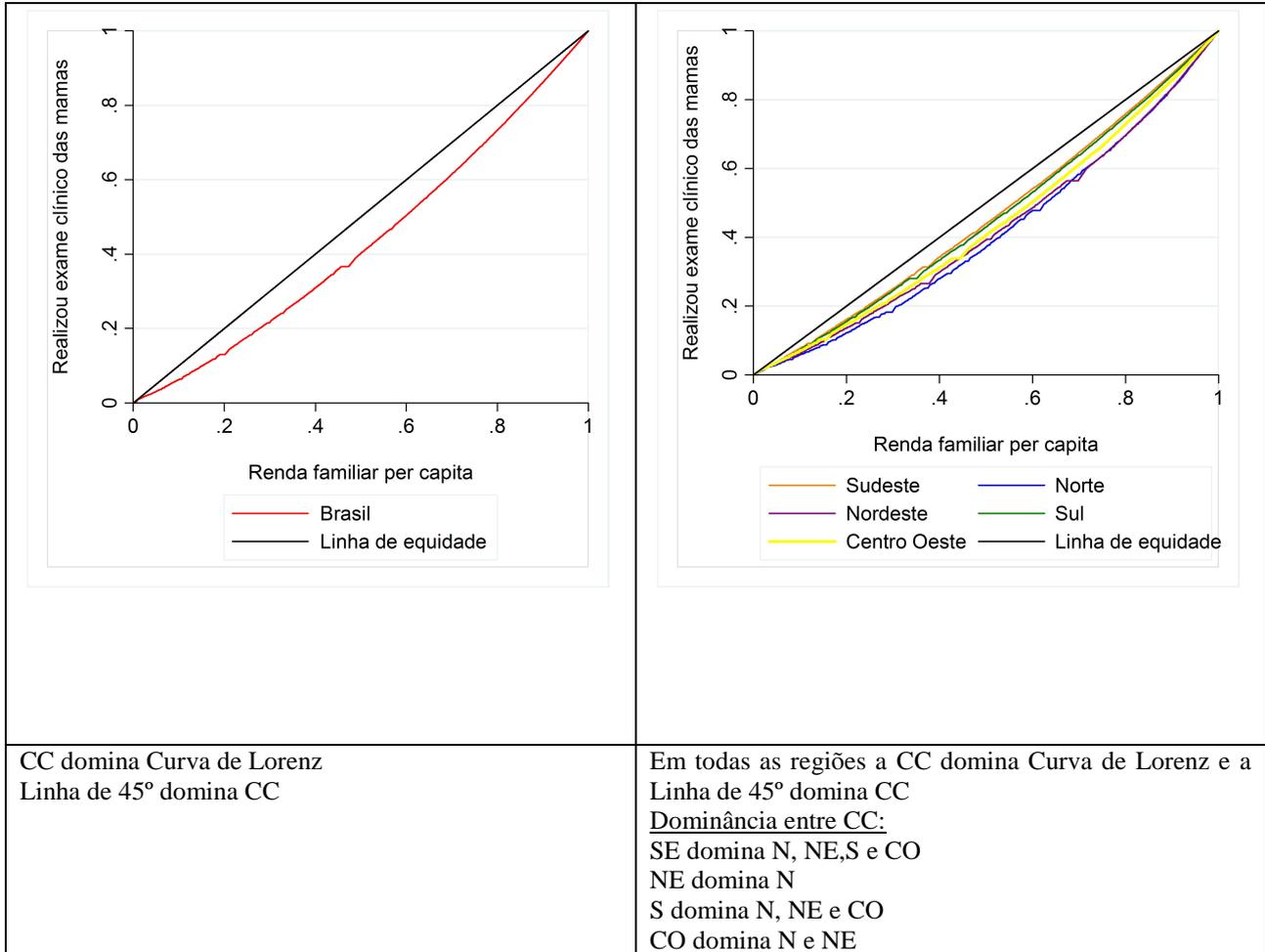
Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da PNAD 2008 (IBGE)

Gráfico 5: Curvas de Concentração para proporção de mulheres entre 25 e 64 anos que realizaram mamografia nos últimos 3 anos, Brasil e regiões - 2008



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da PNAD 2008 (IBGE)

Gráfico 6: Curvas de Concentração para proporção de mulheres entre 25 e 64 anos que realizaram exame clínico das mamas nos últimos 3 anos, Brasil e regiões - 2008



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da PNAD 2008 (IBGE)

6 DISCUSSÃO

São inúmeras as possíveis justificativas para os problema de equidade, dentre elas, encontram-se as barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, informacionais e culturais (Travassos & Castro, 2008). Essas barreiras são complexas e podem estar relacionadas às preferências do indivíduo ou às políticas envolvidas.

De acordo com Travassos e Castro (2008), quanto maior a distância, menor a utilização de serviços de saúde, pois as medidas de distância incorporam custos de oportunidade, como o tempo, além dos custos financeiros. O estudo de Carr-Hill, Place e Posnet (1997, *apud* Mendes, 2007, p.7) examinou as relações entre o acesso dos pacientes e a utilização dos serviços de saúde, e achou evidências de associação negativa entre distância e utilização de mamografias e citologia cervical. Além disso, Mendes (2007) cita que há evidências na relação inversa entre uso dos serviços e a distância da atenção primária à saúde, como por exemplo, associação negativa entre distância e citologia para câncer de colo de útero.

Uma hipótese para o aumento da desigualdade de utilização dos serviços preventivos femininos pelas mulheres com filhos, seria a de que as mães tem um custo de oportunidade alto para realizar os exames, como por exemplo, não ter com quem deixar os seus filhos, ou o horário disponível entre deixar a criança na creche e ir trabalhar não é suficiente para realizar o exame, ou a mulher prioriza o cuidado com o filho.

O estudo de Amorim et al. (2008) mostrou que a não realização do exame clínico das mamas e da mamografia em Campinas, São Paulo, foi maior nas mulheres mais idosas. O resultado do presente estudo apresentou maiores desigualdades ao se controlar os IC por idade. Portanto, uma hipótese para esse resultado seria a existência da barreira geográfica, já que mulheres mais idosas podem ter dificuldade de mobilidade

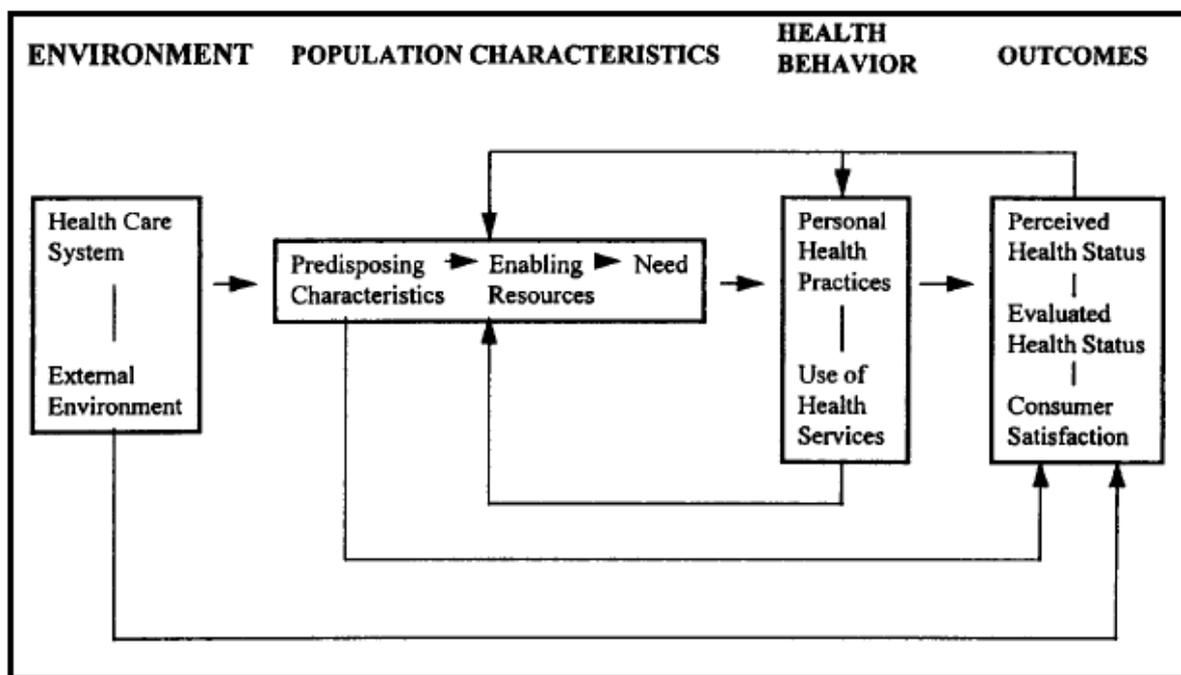
As barreiras financeiras são um obstáculo a partir do momento em que o indivíduo paga para utilizar o serviço de saúde. De acordo com Travassos e Castro (2008), estudos sugerem a relação entre o aumento nos preços dos serviços de saúde e a utilização dos mesmos. Porém, como o Brasil possui um sistema público de acesso universal, essa barreira é reduzida, mas não deixa de existir uma vez que possuir plano de saúde é uma variável significativa na existência de desigualdades em saúde no país.

As barreiras organizacionais expressam as características da organização dos serviços, como o horário de funcionamento, tempo de espera para ser atendido, e qualidade do cuidado (Travassos & Castro, 2008). A atenção primária, por exemplo, funciona em horário comercial, o que pode afetar as mulheres que trabalham nesse horário ou precisam cuidar da casa e dos filhos. Além disso, preferências individuais, de como não ter gostado do atendimento do serviço ou ter que ficar muito tempo na fila de espera, são fatores que influenciam negativamente a utilização dos serviços.

A falta de informação também pode ser um fator de não utilização dos serviços de saúde. De acordo com Travassos e Castro (2008), a informação em saúde impacta tanto na percepção de saúde das pessoas como no seu acesso aos serviços de saúde. As autoras sugerem que o nível de informação das pessoas não resulta apenas de ações desenvolvidas pelo setor saúde, mas também no capital cultural das famílias, do grau de escolaridade e do acesso aos meios de informação, como a internet. Os resultados do presente trabalho mostraram que a escolaridade é uma variável que influencia significativamente nas iniquidades existentes, ou seja, a falta de informação pode estar influenciando na não realização dos serviços preventivos. Portanto, as políticas públicas devem atuar na disseminação equitativa das informações, seja através da mídia, ou pelos integrantes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

O modelo de Andersen (1995) resume os múltiplos fatores de influencia para utilização dos serviços de saúde – figura 1 em que a utilização do serviço depende do ambiente, do sistema de saúde e das características da população. A população utiliza os serviço quando necessita, mas alguns fatores como a satisfação do usuário com o serviço, também influenciam o seu uso.

Figura 1: Modelo de Acesso aos Serviços de Saúde



Fonte: Andersen, 1995, p.8.

A estruturação do sistema de saúde também influencia na utilização dos serviços de saúde. De acordo com Mendes (2011), a falta de planejamento dos recursos faz com que muitos procedimentos sejam ofertados por ordem de demanda ou de interesses políticos, para pessoas usuárias que não compõe os grupos de riscos, gerando intervenções desnecessárias ou equivocadas. De acordo com o autor, o planejamento organizacional é uma forma de alocação equitativa dos recursos. Mendes ainda exemplifica sua afirmação, ao sugerir que não basta

alocar um valor determinado para fazer uma quantidade de mamografia e disponibilizá-las aos gestores para serem distribuídas por critérios de senso comum. É necessário conhecer o território sanitário, ter evidências científicas, e partir de critérios epidemiológicos para identificar as mulheres de risco para câncer de mama.

De acordo com a OMS (2011a), para que o sistema de saúde consiga ter “ganhos” em equidade é essencial que a Atenção Primária seja revitalizada e que tenha infraestrutura e suporte logístico de qualidade. Além disso, deve haver o fortalecimento dos gestores de saúde, através de: treinamento e motivação; orientação dos processos de liderança; e suporte pelo Ministério da Saúde.

7 CONCLUSÃO

Problemas de equidade dependem da forma de organização do sistema de saúde, que deve tentar reduzir as barreiras de acesso à população de forma que esse seja universal e igualitário. A organização do sistema depende do gerenciamento do mesmo, e para que o acesso a ele seja equitativo, os gestores devem colocar a equidade como fator primordial na agenda de decisões e ações. Segundo Barata (2009), o gestor deve primeiramente reconhecer as desigualdades existentes para buscar compreender os processos que as produzem e identificar os diferentes aspectos dos grupos sociais, para que seja possível buscar formas de enfrentamento dos problemas de equidade.

Os resultados encontrados neste trabalho indicam a existência de iniquidades em favor das mulheres com maior renda na utilização de serviços preventivos femininos. Além disso, as regiões Norte e Nordeste possuem mais iniquidades do que as demais regiões. Dessa forma, as políticas/programas da saúde da mulher devem ser repensadas, ou seguidas pelos gestores de forma que as mulheres do grupo de risco tenham melhor acesso aos serviços. Ressalta-se que apesar do Sudeste ser a região com maior percentual de mulheres com plano de saúde, a desigualdade na utilização dos serviços preventivos é a menor do país, o que aponta para a eficiência do SUS em promover o acesso das mulheres em situação de risco e fortalecer a Atenção Primária – foco da realização, ou encaminhamento desses exames pelo sistema público.

A principal contribuição desse trabalho é mensurar a equidade na utilização dos serviços preventivos femininos no Brasil e regiões, a partir da metodologia dos Índices e Curvas de Concentração. O uso dessa metodologia tornou esse trabalho inédito na literatura nacional, o que pode contribuir para situar o Brasil no debate existente na literatura internacional, e ampliar a discussão na literatura nacional. As ações e decisões dos gestores devem ser tomadas de forma racional, baseada em evidências empíricas e não do senso comum. Os resultados das pesquisas não podem ser “engavetados”, e sim utilizados em favor de melhorias e decisões políticas ou administrativas. Trabalhos como esse, por exemplo, são

importantes, já que são meios de colaboração na formulação de políticas e ações em prol da equidade.

Por fim, o estudo apresentou como limitação o viés de memória e de informação, pois as mulheres entrevistadas podem ter informado o tempo do último exame de forma equivocada, assim como ter confundido o exame clínico das mamas com a mamografia, ou vice-versa.

REFERÊNCIAS

Amorim, V.M.S.L. *et al.* (2008), “Fatores associados a não realização da mamografia e do exame clínico das mamas: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil”, em *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(11), p. 2623-2632.

Andersen, R.M. (1995), “Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?”, em *Journal of Health and Social Behavior*, vol.36.

Andrade, M.V. *et al.* (2011b), “Equidade em saúde no estado de Minas Gerais 1998-2008: Um estudo comparativo a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios”. Relatório Técnico. (no prelo)

Andrade, M.V. *et al.* (2011a), “Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social” em *Texto para discussão* 445. CEDEPLAR/UFMG. Belo Horizonte.

Barata, R.B. (2009), *Como e Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, Coleção Temas em Saúde, 120p.

Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil (1988)*. Brasília: Casa Civil. 1988.

Brasil. *Lei Orgânica de Saúde nº8.080, de 19 de setembro de 1990*. Brasília: Casa Civil. 1990.

Brasil. Ministério da Saúde (MS), (1995), *Assistência Integral à saúde da Mulher: bases de ação programática*. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 28p.

Brasil. Ministério da Saúde (MS), (2011a), “Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer. GTA_CIT”. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2b_060511.pdf>, acesso: 04 de maio de 2012.

Brasil. Ministério da Saúde (MS), (2012), “O que é o Pacto pela Saúde. Termos de compromisso da gestão.” Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021>. acesso: 11 de maio de 2012b.

Brasil. Ministério da Saúde (MS), (2004a), *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF, 80p.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Portaria nº2439/GM de 8 de dezembro de 2005*. Brasília, DF. 2005.

Brasil. Ministério da Saúde (MS), (2010), *Saúde da Mulher: um diálogo aberto e participativo*. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: 2010. 48p.

Brasil. Instituto Nacional de Câncer, (2001) *Conhecendo o Viva Mulher*. Rio de Janeiro: INCA, 21p.

Brasil. Instituto Nacional do Câncer, (2011) *Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero*. Rio de Janeiro: INCA.

Brasil. Ministério da Saúde (MS), (1999). “Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino: Relatório Final”, Brasília.

Brasil. Instituto Nacional de Câncer & Coordenação de Prevenção e Vigilância, (2004b), *Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002-2003*. Rio de Janeiro: INCA, 184p.

Domínguez-Berjón, M.F., Borrel, C., Pastor, V. (2004), “Indicadores socioeconômicos de área pequena en el estudio de las desigualdades en salud”, em *Gac Sanit.* 18(2):92-10.

Freitas, G.L. *et al.* (2009), “Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde”, *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(2):424-8. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>>, acesso: 04 de maio de 2012.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), (2008), *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*, Rio de Janeiro: IBGE, CD-ROM:1.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), (2008), “PNAD 2008: Notas e Síntese”. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/notas_sintese.pdf>, acesso: 13 de outubro de 2011.

Instituto Nacional de Câncer (INCA), (2011c), “Atlas de Mortalidade por Câncer”. Disponível em: < <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>>, acesso: 02 de maio de 2012.

Instituto Nacional de Câncer (INCA), (20??), “Mortalidade: tendência para os principais tipos”. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/situacao/arquivos/ocorrencia_mortalidade_tendenciatipos.pdf>, acesso: 05 de maio de 2012.

Instituto Nacional de Câncer (INCA), (2012a), “Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. Histórico das ações”. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/historico_acoes>, acesso: 01 de maio de 2012.

Instituto Nacional de Câncer (INCA), (2012b), “Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama. Histórico das ações”. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/historico_acoes>, acesso: 01 de maio de 2012.

Instituto Nacional de Câncer (INCA), (2012c), “Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. Detecção precoce”. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/deteccao_precoce>, acesso: 01 de maio de 2012.

Instituto Nacional de Câncer (INCA), (2012d), “Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama. Detecção precoce”. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/deteccao_precoce>, acesso: 01 de maio de 2012.

Instituto Nacional de Câncer (INCA), (2011a), “Programas e Ações no Brasil”. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil>, acesso em: 24 de novembro de 2011a.

Instituto Nacional de Câncer (INCA), (2011b), *Rastreamento Organizado do Câncer de Mama: a experiência de Curitiba e a parceria com o Instituto Nacional de Câncer*, Rio de Janeiro: INCA, 26p.

International Society for Equity in Health, (2011), “Presentation”, Disponível em: <http://www.iseqh.org/>, acesso: 13 de outubro de 2011.

Khan, M.H. *et al.*, (2011), *Trends in sociodemographic and health related indicators in Bangladesh, 1993-2007: will iniquities persist?*, Bull World Health Organization, 89:583-593.

Kleinert, S., Horton, R., (2011), “Brasil: no caminho da sustentabilidade e da igualdade na saúde”. Em *The Lancet*, Edição Saúde no Brasil.

Lobato, L.V.C e Giovanella, L., (2008), *Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica*, em Giovanella, L et al.. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p.107-140.

Lorant, V. *et al.*, (2002), “Equity in prevention and health care”. Em *J Epidemiol Community Health*, 56:510-516.

Macinko, J.A., Starfield, B., (2002), “Annotated bibliography on equity in health”, em *Int. Journal for Equity in Health*, p.1980-2001.

Medici, A., (2011), *Proposta para melhorar a cobertura, a eficiência e a qualidade no setor saúde*, em: Bacha, E.L., Schwartzman, S (Org.). *Brasil: A nova agenda social*. IEPE/CdG. Rio de Janeiro, p.23 - 93.

Mendes, E.V., (2011), *As Redes de Atenção à Saúde*. 2ª edição. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 554p.

Mendes, E.V., (2007), “Revisão Bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde”. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/revisao_bibliografica_redes.pdf>, acesso: 23 junho de 2012.

Nagahama, E.E.I., Santiago, S.M. (2005), “A institucionalização médica do parto no Brasil”, em *Ciência e saúde coletiva*, vol.10, no.3, Rio de Janeiro: julho/setembro.

Noronha, J.C., Lima, L.D., Machado, CV., (2008), *O Sistema Único de Saúde – SUS*, em Giovanella, L et al.. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p.435-472.

Noronha, K.V.M.S., Andrade, M.V., (2005), “Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina”. Em *Rev Panam Salud Publica*, 17(5/6):410-418.

Noronha, K.V.M.S.; Andrade, M.V., (2002), “Desigualdades Sociais em Saúde: evidências empíricas sobre o caso brasileiro”, em *Texto para discussão 171*. CEDEPLAR/UFMG. Belo Horizonte.

Novaes, H.M.D. *et al.* (2006), “Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003”, em *Ciência & Saúde Coletiva*, 11 (4): 1023-1035.

O’Donnell, O. *et al.*, (2008), *Analyzing Health Equity using Household Survey Data – A guide to techniques and their implementation*. The World Bank. Washington, D.C.

Oliveira, E.X.G. *et al.*, (2011), “Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008”, em *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (9):3649-3664.

Organização Mundial de Saúde (OMS), (2007), *Cancer control : knowledge into action : WHO guide for effective programmes*, Early Detection. Suíça, 50p.

Organização Mundial de Saúde (OMS), (2011b), *Global status report: on noncommunicable diseases 2010*, 164p.

Organização Mundial de Saúde (OMS), (2011a), *Improving Equity in Health by Addressing Social Determinants*, Suíça, 319p.

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), (2002), *Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos*, Brasília: 141p.

Osis, M.J.M.D., (1998), “Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil”, em *Cadernos de Saúde Pública*, vol.14. Rio de Janeiro.

Senna, M.C.M., (2002), “Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família”, em *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(Suplemento):203-211.

Silva, G.A. *et al.*, (2010), “Cervical cancer mortality trends in Brazil, 1981-2006”, em *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(12):2399-2407.

Silva, P.L.N., Pessoa, D.G.C., Lila, M.F., (2002), “Análise estatística de dados da PNAD: incorporando a estrutura do plano amostral”, em *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 7(4): 659-70.

Sisson, M.C., (2007), “Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a Promoção de Maior equidade na Política de Saúde”, em *Saúde Sociedade*, São Paulo. V,16, n.3, p.85-91.

Travassos, C e Castro, M.S.M., (2008), “Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde”, em Giovanella, L et al.. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p.215-243.

Travassos, C. *et al.*, (2002), “Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social”, em *Rev. Panam Salud Publica*. 11(5/6): 365-373.

Travassos, C. *et al.*, (2006), “Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003”, em *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, 11(4): 975-986.

van Doorslaer, E. *et al.*, (1997), “Income-related inequalities in health: some international comparisons”, em *Journal of Health Economics*, (16) 93-112.

Veugelers, P.J., YIP, A.M., (2003), “Socioeconomic disparities in health care use: Does universal coverage reduce inequalities in health?”, em *J Epidemiol Community Health*, 57:424–428.

Wagstaff, A. *et al.*, (1991), “On the measurement of inequalities in health”, em *Soc.Sci.Med.* 33 (5): 545-557.

Whitehead, M., (1992), “The concepts and principles of equity and health”, em *International Journal of Health Services*, 22(3): 429–45.

Zapka, J.G *et al.*, (1992), “Changes in Mammography use: economic, need, and service factors”, em *American Journal of Public Health*, 82 (10): 1345-1351.

WORLD BANK (WB). Quantitative Techniques for Health Equity Analysis: Technical Note#7. 2008. Disponível em:<
<http://siteresources.worldbank.org/EXTEDSTATS/Resources/3232763-1171296378756/concentration.pdf>>. Acesso: 27 junho 2012.