



ORIGINALES

Distribuição espacial do rastreamento do câncer de mama em uma área rural da estratégia de saúde da família

Distribución espacial del seguimiento de cáncer de mama en un área rural de la estrategia de salud familiar

Spatial distribution of breast cancer tracking in a rural area of the family health strategy

José de Ribamar Ross¹

Natália Pereira Marinelli²

Ana Patrícia de Carvalho Petillo Rodrigues³

Leonardo Raphael Santos Rodrigues⁴

Irene Sousa da Silva⁵

Joseane da Costa Ximenes Rocha⁶

¹ Mestre em Enfermagem. Professor da Universidade Estadual do Maranhão. Caxias / Maranhão / Brasil.

² Doutoranda. Mestre em Engenharia Biomédica. Professor da Faculdade Técnica de Teresina. Universidade Federal do Piauí. Teresina / Piauí / Brasil. nataliamarinelli@ufpi.edu.br

³ Especialista em Fisioterapia Neurológica e Ensino Superior. Fisioterapeuta de propriedade da área neurofuncional. Teresina / Piauí / Brasil.

⁴ Especialista em Fisioterapia Neurológica, Ensino Superior e Acupuntura. Professor da Universidade Estadual do Piauí. Teresina / Piauí / Brasil.

⁵ Mestre em Ciências da Saúde. Professor da Universidade Estadual do Maranhão. Caxias / Maranhão / Brasil.

⁶ Mestre em Saúde da Família. Enfermeira da Clínica Dr. Flávio Rocha. Caxias / Maranhão / Brasil.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.419551>

Submissão: 22/03/2020

Aprovação: 2/07/2020

RESUMO:

Objetivo: Demonstrar por meio do georreferenciamento microáreas com fragilidades no rastreamento do câncer de mama em na área da estratégia de Família do Caxirumbu, zona rural de Caxias – Maranhão.

Métodos: Pesquisa epidemiológica do tipo seccional. Foram pesquisadas 211 mulheres de 40 a 69 anos entre 01 de abril a 01 de setembro de 2015. Utilizou-se a técnica do georreferenciamento com produção de coordenadas geográficas por meio de equipamento GPS e produção de mapas de distribuição espacial.

Resultados: Na distribuição espacial verificou-se que o rastreamento do câncer de mama na área de abrangência do Caxirumbu tem maior alcance nas microáreas as margens da MA 034 e em microáreas próxima a unidade de saúde. Nesta cobertura, verificou-se que das 211 mulheres entrevistadas, 133 (63,0%) já haviam realizado a mamografia ficando próximo do parâmetro indicado pelo ministério da saúde que é de no mínimo 70,0%. 42,0% (n=56) já haviam realizado 1 mamografia; 36,0% (n=48), 2 a 3 mamografias e; 22,0% (n=29) informou ter realizado mais de 4 mamografias. A execução da mamografia e sua regularidade teve uma frequência de 26,0% e 20,0%, respectivamente. O mapa

mostrou que 11 localidades esse rastreamento está inacessível para as mulheres. Verificou-se na distribuição espacial maior distribuição para execução irregular da mamografia convergindo com sua frequência de 80,0%.

Conclusão: A distribuição espacial dos intervalos praticados pelas mulheres para a realização dos exames de mamografia demonstrou que a maioria da execução e ocorrência de intervalos inadequados, identificando a necessidade de implementação de um rastreamento organizado.

Palavras-chave: Câncer de mama, Programas de Rastreamento, Atenção Primária à Saúde.

RESUMEN:

Objetivo: Demostrar mediante georreferenciación micro áreas con debilidades en el cribado del cáncer de mama en el área de Family Strategy Caxirimbu, área rural de Caxias, Maranhão, Brasil.

Métodos: Investigación epidemiológica seccional. Se entrevistó a 211 mujeres, con edades entre 40 y 69 años, entre el 1 de abril y el 1 de septiembre de 2015. La técnica de georreferenciación se utilizó con la producción de coordenadas geográficas utilizando equipos GPS y la producción de mapas de distribución espacial.

Resultados: En la distribución espacial, se encontró que el cribado del cáncer de mama en el área de Caxirimbu tiene un mayor alcance en las micro áreas en los márgenes de MA 034 y en las micro áreas cercanas a la unidad de salud. En esta cobertura, se encontró que de las 211 mujeres entrevistadas, 133 (63.0%) ya se habían sometido a una mamografía, estando cerca del parámetro indicado por el Ministerio de Salud, que es al menos el 70.0%. 42.0% (n = 56) ya se había sometido a una mamografía; 36.0% (n = 48), dos o tres mamografías, y el 22.0% (n = 29) informó haber realizado más de cuatro mamografías. El mapa mostró que 11 lugares de este examen son inaccesibles para las mujeres. En la distribución espacial, hubo una mayor distribución para la mamografía irregular, convergiendo con su frecuencia del 80.0%.

Conclusión: La distribución espacial de los intervalos practicados por las mujeres para los exámenes de mamografía demostró la mayor parte de la ejecución y la ocurrencia de intervalos inadecuados, identificando la necesidad de implementar una detección organizada.

Palabras clave: Neoplasias de la Mama, Tamizaje Masivo, Atención Primaria de Salud.

ABSTRACT:

Objective: To demonstrate by means of georeferencing micro-areas with weaknesses in screening of breast cancer in the area of the Caxirimbu Family Strategy, rural zone of Caxias, Maranhão state, Brazil.

Methods: Sectional epidemiological research. A total of 211 women aged 40 to 69 years were surveyed between April 1 and September 1, 2015. The georeferencing technique was used with the production of geographical coordinates using GPS equipment and the production of spatial distribution maps.

Results: In the spatial distribution, it was found that breast cancer screening in the area covered by Caxirimbu has greater reach in the micro areas on the margins of MA 034 and in micro areas close to the health unit. In this coverage, it was found that of the 211 women interviewed, 133 (63.0%) had already undergone mammography, being close to the parameter indicated by the Ministry of Health, which is at least 70.0%. 42.0% (n= 56) had already undergone one mammogram; 36.0% (n= 48), two to three mammograms and; 22.0% (n= 29) reported having performed more than four mammograms. The map showed that 11 locations that tracking is inaccessible to women. In the spatial distribution, there was a greater distribution for irregular mammography performance, converging with its frequency of 80.0%.

Conclusion: The spatial distribution of the intervals practiced by women for mammography exams demonstrated that most of the execution and occurrence of inadequate intervals, identifying the need to implement an organized screening.

Keywords: Breast Neoplasms, Mass Screening, Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

As taxas de incidência mundial de câncer de mama chegam a 2.088.849 em 2020, representando 11.6% do total de casos. Sua incidência varia mundialmente, com as maiores taxas na Austrália e Nova Zelândia com 94.2/100 mil seguido do Leste Europeu (92.6/100 mil); Norte Europeu (90.1/100 mil) e América do Norte com

84.8/100 mil. As menores taxas foram registradas na África Média (27.9/100 mil). e na Ásia Central e do Sul (25.9/100 mil) ⁽¹⁾.

Esse processo apresenta os seguintes estágios de crescimento: iniciação etapa em que os genes sofrem ação de fatores cancerígenos como os genéticos e de ordem ambientais; promoção, fase em que os agentes oncopromotores atuam na célula já alterada; e progressão, caracterizada pela multiplicação descontrolada e irreversível da célula⁽²⁾.

Na epidemiologia o câncer de mama é o câncer mais incidente e prevalente entre as mulheres no mundo. Apresenta uma magnitude com a mesma tendência de taxas em países desenvolvidos e subdesenvolvidos. Em 2018, foram diagnosticados 11.6,0% do total de casos de câncer no mundo e aproximadamente 12.078.849 milhões de novos casos, ressaltando, assim, que a maioria dos casos, não são detectados na fase inicial⁽¹⁾.

Em termos globais, excluindo-se os cânceres de pele não melanoma, o câncer de mama constitui-se no mais frequente e comum tumor maligno entre as mulheres, com uma estimativa, para o ano de 2012, de 1,67 milhão de casos novos diagnosticados, o que corresponde a 25,2% de todos os tumores malignos femininos e a uma taxa de incidência de 43,3/100 mil. É a primeira causa de morte por câncer entre as mulheres, sendo estimadas 522 mil mortes para 2012, o que representa 14,7% de todos os óbitos. Embora tenha uma taxa de mortalidade maior do que qualquer outro câncer (12,9/100 mil), o câncer de mama tem letalidade relativamente baixa, dado que a taxa de mortalidade é menor que um terço da taxa de incidência. É também o mais prevalente, com aproximadamente 8,7 milhões de sobreviventes previstos em 2012. ⁽²⁾ Para o ano de 2012 foram esperados 1,67 milhões de novos casos desse tipo de câncer no mundo representando um índice de 25,0% dos casos entre todas as neoplasias em mulheres. Em diferentes regiões do mundo foram observadas incidências diferentes no ano de 2012, na Europa ocidental foram de 96/100 mil, taxas menores na África Central e na Ásia Oriental com 27/100 mil casos ⁽³⁾.

A tendência da incidência tem aumentado na maioria das Regiões do mundo. Entretanto, nos países altamente desenvolvidos, a incidência atingiu uma estabilidade seguida de queda na última década. Ainda nesses países, as taxas de mortalidade apresentaram uma tendência de declínio desde o final da década de 1980 e início de 1990, refletindo uma combinação de melhoria na detecção precoce, por meio de rastreamento populacional, e intervenções terapêuticas mais eficazes ⁽²⁾.

Com relação ao câncer de mama em 2018 segundo dados epidemiológicos mundiais da agência GLOBOCAN são esperados 2,1 milhões de casos novos da doença e 627 mil mortes e, no Brasil serão 59.700 casos novos^(4,5).

Múltiplos fatores estão envolvidos na etiologia do câncer de mama: idade da primeira menstruação menor do que 12 anos; menopausa após os 55 anos; mulheres que nunca engravidaram ou nunca tiveram filhos (nuliparidade); primeira gravidez após os 30 anos; uso de alguns anticoncepcionais e terapia de reposição hormonal (TRH) na menopausa, especialmente se por tempo prolongado; exposição à radiação ionizante; consumo de bebidas alcoólicas; dietas hipercalóricas; sedentarismo; e predisposição genética (pelas mutações em determinados genes transmitidos na herança genética familiar – principalmente por dois genes de alto risco, BRCA1 e BRCA2) ⁽²⁻⁵⁾.

No Brasil, em 2014, foram estimados 57.120 novos casos de câncer de mama e uma estimativa de risco de 56,09 casos para cada 100 mulheres. O câncer de mama foi o mais incidente na região Sul e Sudeste, seguido da região Norte, Centro-oeste, Nordeste.³ No período de 2009 a 2011, a proporção de mulheres idosas internadas no SUS com diagnóstico de câncer de mama teve uma variação anual de 0,6 na faixa etária de mais 60 anos. Somente em 2011 foram gastos R\$ 98.531.587,00 com internações por câncer de mama em idosas⁽⁶⁾.

Para o Brasil, estimam-se 59.700 casos novos de câncer de mama, para cada ano do biênio 2018-2019, com um risco estimado de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, esse tipo de câncer também é o primeiro mais frequente nas mulheres das Regiões Sul (73,07/100 mil), Sudeste (69,50/100 mil), Centro-Oeste (51,96/100 mil) e Nordeste (40,36/100 mil). Na Região Norte, é o segundo tumor mais incidente (19,21/100 mil) Em 2015, no Brasil, ocorreram 15.403 óbitos por câncer de mama^(2,7).

A consulta ginecológica é uma importante ferramenta de trabalho que o médico e enfermeiro da Estratégia Saúde da Família possuem para exercer as ações de rastreamento do câncer de colo de útero nas mulheres em idade de risco. Nesta consulta eles podem orientar as mulheres sobre a importância dos exames de rastreamento, realizar o exame clínico das mamas e coletar o exame citopatológico. Além disso, disponibilizar a prevenção secundária com a realização da mamografia, para que, havendo alguma alteração, tais como nódulos, cistos e microcalcificações, possam ser identificados precocemente⁽⁸⁾.

Dados sobre mortalidade mostra que o câncer de mama, no Brasil, foi a principal causa de óbitos em mulheres no ano de 2007, com dados de 11,1 mortes por 100 mil mulheres. Nas regiões mais desenvolvidas do Brasil, Sul e Sudeste, ocorreram em torno de 12,6 a 12,5 óbitos por 100 mil mulheres somente neste ano⁽³⁾.

A mamografia bienal para as mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos é a estratégia de rastreio indicada, enquanto o diagnóstico precoce é formado pelo tripé: população alerta para os sinais e sintomas suspeitos; profissionais de saúde capacitados para avaliar os casos suspeitos; e sistemas e serviços de saúde preparados para garantir a confirmação diagnóstica oportuna e com qualidade. No segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que teve adesão, em 2013, de 88,7% das equipes de atenção básica do Brasil, 90,8% das equipes informaram que a mamografia era solicitada pela equipe e realizada pela rede de serviços de saúde. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, 60% das mulheres de 50 a 69 anos no país havia feito mamografia nos dois anos anteriores à data da pesquisa. Essa proporção variou segundo Regiões, sendo de 38,7% na Região Norte, 47,9% na Nordeste, 55,6% na Centro-Oeste, 64,5% na Sul e 67,9% na Região Sudeste⁽⁹⁾.

No rastreamento do câncer de mama, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) orienta a execução de uma mamografia para mulheres de 50 a 69 anos de idade, no limite máximo de um a cada dois anos. As mulheres acima dos 40 anos podem realizar o exame clínico das mamas todos os anos e, dos 35 anos em diante, as mulheres que fazem parte de grupo de risco, devem realizar mamografia e exame clínico das mamas anualmente⁽¹⁰⁾.

No sistema público de saúde do Brasil, segue-se as recomendações da Sociedade Brasileira de Mastologia e entidades americanas como o Colégio Americano de Radiologia, Sociedade Americana de Câncer e da Sociedade Americana de Ginecologia e Obstetrícia que preconizam que as mulheres a partir dos 40 anos devem executar mamografias de rastreamento anualmente. Essas recomendações também foram reforçadas pela Lei Federal nº 11.664 de 22 de abril de 2008 ⁽¹¹⁾.

Atualmente, alguns debates têm ocorrido sobre os benefícios e malefícios do rastreamento mamográfico populacional enquanto estratégia de redução da mortalidade. Em análise aos ensaios clínicos realizados, o rastreamento do câncer de colo de mama realizado com mamografias indica excessos de procedimentos de tumorectomia, mamografias e radioterapias, além de resultados falsos positivos, aumento de custos, dor, ansiedade, estresse e perturbações psicológicas. Estas revisões concluíram que o rastreamento mamográfico reduz a mortalidade, porém, alguns deles apresentaram falhas metodológicas. Esses estudos foram insuficientes e aproximam-se mais de incertezas, contudo, estas informações devem ser oferecidas de forma clara para que as mulheres selecionadas ao rastreamento possam tomar suas decisões^(12,13).

Na USF do Caxirambu em Caxias – MA não há sistematização de registros e alertas do rastreamento de câncer de mama, e não há ferramentas de organização disponíveis que garantam o registro da informação do intervalo entre os controles executados pelas mulheres da área para a equipe da Estratégia de Saúde da Família. Deste modo, questiona-se como qualificar o controle das mulheres que realizam exame preventivo de câncer de mama no meio rural?

O objetivo deste estudo é caracterizar o rastreamento espacial do câncer de mama praticado pela Unidade da Saúde da Família do Caxirambu, zona rural de Caxias-Maranhão.

MÉTODO

Estudo transversal de caráter exploratório descritivo. A pesquisa foi realizada na localidade de Caxirambu, área rural de Caxias, estado do Maranhão, Brasil, localizada a 20 quilômetros do perímetro urbano, região sul do primeiro distrito de Caxias.

Na cidade de Caxirambu, em 2015, havia uma população de 2.949 habitantes, 1.484 dos quais correspondem à população de mulheres, e destes 465 tinham idades entre 40 e 69 anos. O tamanho da amostra foi baseado na população de 465 mulheres de 20 a 59 anos, registradas em 2014 na Estratégia de Saúde da Família de Caxirambu. A coleta de dados foi realizada de forma aleatória e por conveniência, de acordo com a distribuição de residências nos distritos de saúde da zona rural pesquisada. O tamanho da amostra foi de 211 participantes, com nível de confiança de 95,0% e margem de erro de 5,0%.

Foram incluídas mulheres com idade entre 25 e 65 anos; ter registro no formulário de registro pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) e ser residente da família na localidade antes de 1º de janeiro de 2012. Foram excluídas as mulheres com residência temporária na localidade; visitantes da família durante o período da coleta e que não pertencem à localidade e aqueles que têm alguma dificuldade funcional (memória, cognitiva, fala) para responder à entrevista.

A pesquisa foi realizada de 1 de junho a 1 de agosto de 2015, com base em uma programação programada pelo CHA. O instrumento utilizado na entrevista foi um questionário contendo questões relacionadas aos dados sociodemográficos, fatores de risco e informações relacionadas aos dados de triagem mamográfica praticados.

A pesquisa foi realizada em casa, com o objetivo de facilitar a participação de mulheres selecionadas. Durante a coleta, foi promovido um ambiente de privacidade para a mulher. Para atingir o objetivo de produzir o georreferenciamento do rastreamento praticado pelas mulheres, o sinal de pontos de latitude e longitude foi capturado pelo equipamento GPS (Sistema de Posicionamento Global) como um procedimento anterior ao chegar em casa para tabulação e produção de espaço nos mapas de distribuição. Utilizou-se a técnica de georreferenciamento, obtendo-se informações geográficas com exames de mamografia regulares e irregulares.

Os mapas de georreferenciamento produzidos a partir dos pontos de latitude e longitude capturados foram criados no site <http://www.garmin.com.br/br/mapas/>. A partir da identificação das coordenadas no mapa do site Garmim, foi feita a justaposição com o mapa da área. Em seguida, eles foram pareados onde a sobreposição foi feita e, com os pontos de localização em preto e cinza, a regularidade e irregularidade das informações, respectivamente.

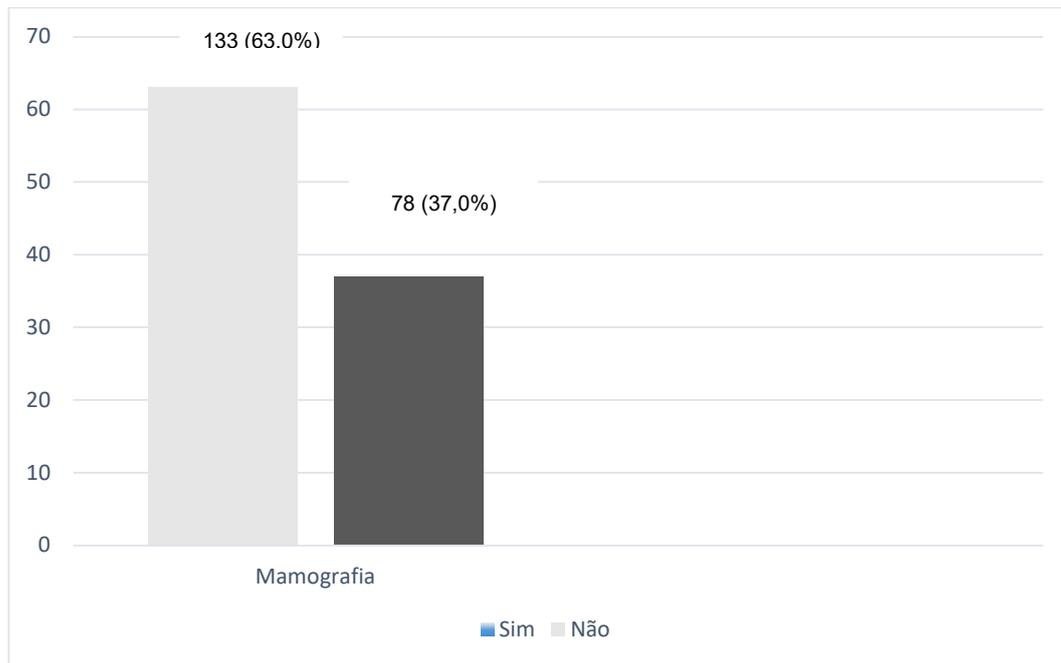
Após a conclusão da coleta na área, os questionários foram revisados, armazenados no programa SSPSS versão 2.1, e os dados foram gerados e analisados por frequência absoluta e relativa e discutidos de acordo com a referência bibliográfica e outras pesquisas publicadas na área.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS: Universidade Vale do Rio do Sinos, em Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil sob o número de aprovação 1.011.293, de acordo com a Resolução nº 466/2012 da Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Dentre as características das entrevistadas, 154 (73,0%) tinham idade entre 40 e 50 anos; 165 (78,0%) apresentaram escolaridade entre primário incompleto e não alfabetizadas. 81,0% (n = 171) conviviam com conjugues; 61,0% (n=128) tinham renda menor que um salário mínimo e 88,0% (n=185) tinham etnia afrodescendente.

Gráfico 1: Distribuição das mulheres que realizaram e não realizaram rastreamento do câncer e de mama na localidade Caxirumbu, zona rural de Caxias – MA, 2015

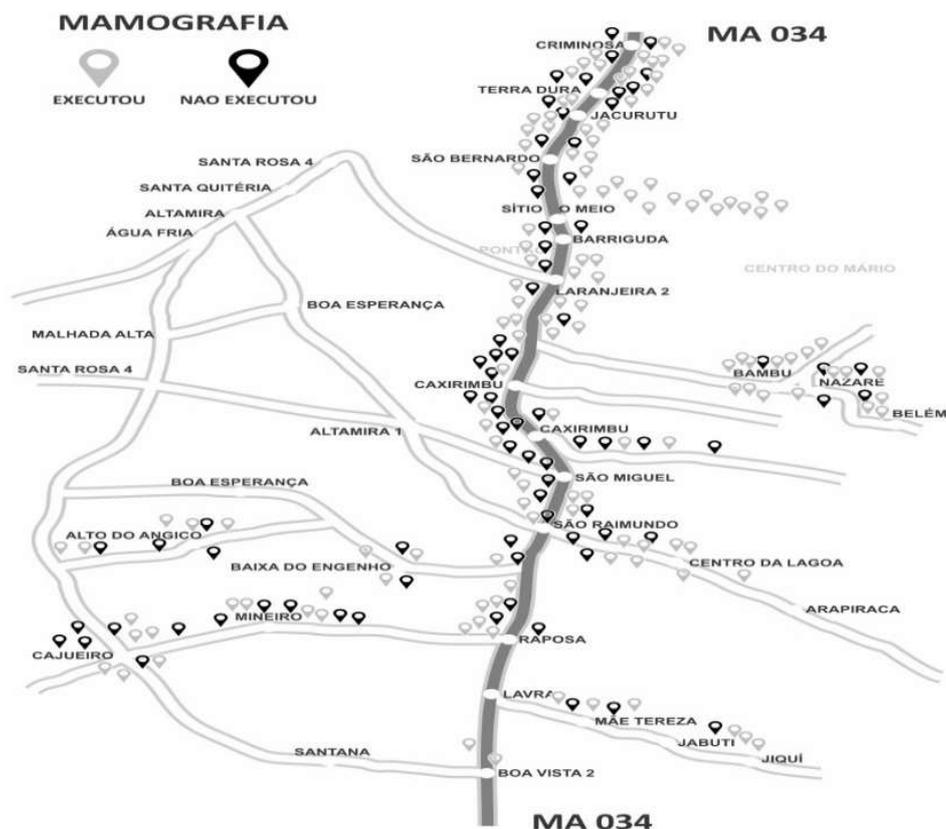


Fonte: Dados da pesquisa (2015)

As entrevistadas que mais executaram mamografias se caracterizavam como: idade maior que 50 anos, casadas, com primário incompleto, com renda maior que 2 salários mínimos e de cor branca. As que menos realizaram a mamografia tinham idade menor que 50 anos, estáveis, com primário incompleto, sem renda e, de cor negra.

A unidade de Saúde da Família do Caxirumbu necessita melhorar a informação de registro dos exames de mamografia, a fim de disponibilizar uma base sólida de monitoramento e avaliação sobre a situação do rastreamento da área, em especial ao agente comunitário de saúde, para o recrutamento organizado dessas mulheres.

Figura 1: Distribuição geográfica dos domicílios visitados das mulheres que executaram e não executaram o exame mamográfico, localidade de Caxirambu, zona rural de Caxias- MA, 2015.

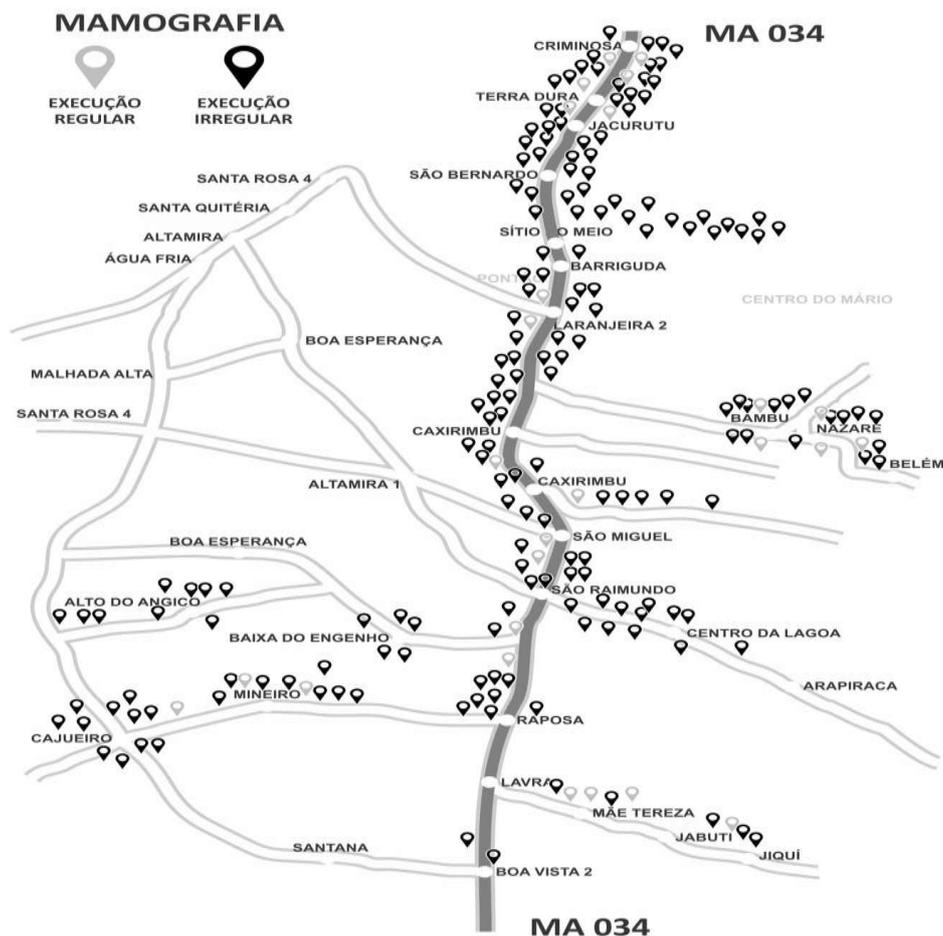


As mulheres entrevistadas concentraram-se mais nas microáreas próximas a rodovia estadual (MA 034) o que pode ser justificado pelo fato desta importante via facilitar o acesso à unidade básica de saúde da família. Foi observado maior concentração de domicílios/mulheres sem execução de mamografia nas áreas próximas do que nas distantes. Em 65 domicílios pesquisados e localizados próximo a unidade de referência foi verificado que 34 mulheres não realizaram o rastreamento. Assim, morar próximo ao serviço não é condição que garanta a execução do rastreamento destas mulheres, estando a equipe de saúde atenta a este fato a fim de elaborar um controle rigorosamente das execuções e de seus respectivos seus intervalos. (Figura 1).

De maneira geral observou-se entre as mulheres pesquisadas, uma tendência de adesão ao rastreamento do câncer de mama na faixa etária de 41 a 60 anos. Contudo, entre as que executaram com aquelas mulheres que não executaram houve oscilação de 1,0% a mais para a não execução de mamografias nesta faixa etária de 41 a 60 anos com prevalência de 73,0% e 74,0%, respectivamente.

O indicador positivo na faixa etária de dos 51 a 60 anos de idade foi o nível de ocorrência de execução de mamografias que foi maior em relação as que não realizaram o exame, na proporção de 2,7 mulheres que realizam mamografia para cada 1 mulher que não realizou este exame.

Figura 2- Distribuição geográfica dos domicílios visitados das mulheres que executaram o exame mamográfico de forma regular e irregular, localidade de Caximbu, zona rural de Caxias- MA, 2015



A execução da mamografia e sua regularidade teve uma frequência de 26,0% e 20,0% respectivamente. Foi verificado na amostra maior tendência de não execução e irregularidade na mamografia com uma frequência de 37,0% e 80,0%, respectivamente (Figura 2).

As mulheres na amostra com mais de 60 anos representaram 25,0% (n=33), com intervalo de execução do exame de 1 a 3 anos com 20,0% (n=28). Apenas 3,5% (n=5) destas executaram sua mamografia de rastreamento em um intervalo de 3 a 10 anos. A faixa etária de 41 a 60 teve ampla variedade de intervalos, porém, tendeu a não executar a mamografia no intervalo de 3 e 10 anos ou, a informar qualquer intervalo executado.

No aspecto déficit e inadequação do rastreamento foi verificado maior tendência de não execução e irregularidade na mamografia com uma frequência de 37,0% e 80,0%, respectivamente.

DISCUSSÃO

Quanto à variável execução de mamografia o estudo na localidade Caxirumbu, zona rural de Caxias- MA em 2015, nos revelou que de um total de 211 mulheres, 133 já haviam realizado a mamografia de rastreamento, encontrando-se, portanto, com uma cobertura de 63,0%, diferente dos parâmetros recomendados pela *United States Preventive Services Task Force* que recomenda o mínimo 70,0% de cobertura de mamografias de rastreamento, podendo reduzir com isso a mortalidade em torno de 15,0% a 23,0% ⁽¹⁴⁾.

No período entre 2010 a 2014, a produção das mamografias no Brasil aumentou 33,0%, sendo que a modalidade de mamografia de rastreamento no aumentou em 36,0% e as de diagnóstico caíram aproximadamente 25,0% ⁽¹⁵⁾.

Um estudo publicado em 2011 destacou que no Maranhão 62,8% das mulheres não realizam o autoexame das mamas; 64,8% das entrevistadas na faixa etária de 10 a 49 anos de idade não realizam o exame clínico das mamas e; 92,5% nunca realizaram a mamografia⁽¹⁴⁾. De maneira geral as entrevistadas realizaram mais citologia oncológica cervical do que mamografias. Assim, o parâmetro verificado foi de 6 mamografias não realizadas para cada 1 citologia não executada na faixa etária de risco.

Na presente pesquisa, a prevalência de mulheres com mais de 50 anos sem exame mamográfico foi de 27,0% (n=21) e com execução do exame mamográfico esta prevalência foi de 44,0% (n=58). Assim sendo entre as mulheres identificadas sem rastreamento mamográfico e com antecedentes familiares de risco para o câncer de mama a frequência foi de 5,0% (n=04).

O modelo oportunístico de rastreamento praticado na Unidade de Saúde da Família do Caxirumbu não favorece ao alcance da cobertura de rastreamento alinhando aos resultados frágeis identificados. Assim, embora tenha demonstrado proximidade com a meta preconizada, o indicador mamografias de rastreamento ficou fora do padronizado pelo Ministério da Saúde do Brasil.

O indicador positivo da cobertura na faixa etária de 51 a 60 anos de idade foi o nível de execução de mamografias maior em relação as que não realizaram o exame, na proporção de 2,7 mulheres que realizam para cada 1 mulher que não realizam este exame.

O Instituto Nacional do Câncer orienta a execução de uma mamografia de rastreamento para mulheres de 50 a 69 anos de idade, no limite máximo de uma a cada dois anos; mulheres acima dos 40 anos de idade podem realizar o exame clínico das mamas todos os anos e; mulheres de 35 anos em diante e, que fazem parte de grupo acrescido de risco para o câncer de mama devem realizar mamografia e exame clínico das mamas anualmente⁽¹⁰⁾.

Assim, verificou-se que 29,0% (n=39) das mulheres na faixa etária de 40 a 50 anos realizaram o rastreamento mamográfico sem estar na faixa etária de maior risco. A sociedade Brasileira de Mastologia recomenda a realização de mamografias por mulheres a partir dos 40 anos e a Organização Mundial de Saúde não condena essa prática nos países que têm condições de oferecê-la.

Um importante estudo de base populacional em várias cidades do Maranhão demonstrou que, na faixa etária de 40 a 49, 16,7% (n=487) de participantes apresentavam rastreamento mamográfico. Na faixa etária de 10 a 34 anos, nenhuma das participantes tinham realizado mamografias. Acima dos 34 anos fizeram parte deste estudo 767 mulheres sendo que apenas 28,4% (n=218) informaram já ter realizado mamografias. Das 3.370 mulheres entrevistadas na faixa entre de 10 a 49 anos, 86,57% (n=2.888) já haviam realizado algum método de rastreamento do câncer de mama entre eles, destacaram-se: autoexame das mamas (35,2%), exame clínico das mamas (35,2%) e mamografias (7,5%)⁽¹⁶⁾.

O rastreamento do câncer de mama é uma das principais políticas de saúde de atenção à mulher, na qual o enfermeiro participa ativamente de todas as ações dentro deste processo de forma efetiva, favorecendo o acesso da mulher à rede de atenção à saúde e desenvolvendo também outras ações de educação em saúde, estimulando a mulher ao acesso a mamografias, atuando de forma individual e em equipe multiprofissional⁽¹⁷⁾.

Alinhando o estudo realizado em 2014 com a pesquisa na localidade Caxirimbu zona rural de Caxias- MA conforme parâmetros positivos do Instituto Nacional do Câncer, verificou-se que a execução de exame com intervalo de 1 ano e 3 anos foi superior na amostra Caxirimbu e inferior no intervalo 2 anos. As entrevistadas que informaram já ter realizado o exame de rastreamento mamográfico (133), destas 42% (n=56) já haviam realizado 1 mamografia; seguidos de 36% (n=48) que haviam realizado de 2 a 3 mamografias e, a minoria 22% (n=29) relatou ter realizado mais de 4 mamografias⁽¹⁸⁾.

Este estudo abre precedente para que no futuro gestores e profissionais da atenção primária em saúde em especial o enfermeiro produzirem ferramentas (aplicativos, softwares) para analisar dentro de seu território a realidade desta distribuição espacial e assim identificar pontos neste território/área que precisam ser concentrados esforços para melhoria e implementação de um rastreamento organizado. Estes mapas produzidos podem compor as salas de situações para o monitoramento de suas respectivas equipes de saúde. Neste aspecto este estudo se torna relevante e fomenta a necessidades destas reflexões.

Corroborando com as nossas reflexões a Organização Panamericana de saúde-OPAS relata sobre a sala de situação como um espaço físico (e virtual), onde uma equipe de trabalho analisa a informação sanitária para apoiar a gestão em saúde, tendo um papel transcendente durante contingências sanitárias. A equipe de trabalho elabora em primeiro lugar a análise de situação de saúde (ASIS) de uma população ou grupos de populações. A partir da apresentação e discussão da ASIS, se estabelecem prioridades de saúde, definidas nos planos de saúde e vinculadas a metas técnicas. A sala de situação de saúde é uma ferramenta que favorece o uso da informação em saúde para a tomada de decisões. Uma ferramenta, posto que se trata de proposta de trabalho que facilita a tarefa de analisar a informação sanitária e vinculá-la à gestão de governo em saúde. Assim, a sala de situação de saúde apoia processos decisórios em duas direções: por um lado, serve ao gestor (geralmente um secretário municipal, estadual ou próprio Ministro da Saúde) para seguimento ou avaliação de políticas e programas de saúde; e por outro lado, subsidia a decisão que a equipe da sala realiza e que culmina nas unidades básicas de saúde, onde se gera o dado primário⁽¹⁹⁾.

CONCLUSÃO

Analisando a distribuição espacial dos intervalos praticados pelas mulheres para a realização dos exames de mamografia a maioria demonstrou execução de intervalos inadequados, identificando a necessidade de implementação de um rastreamento organizado. A análise da distribuição espacial demonstrou rastreamentos irregulares nos diversos pontos geográficos mapeados onde a proximidade de residência ao serviço não é garantia de execução e regularidade ao exame mamográfico por partes das mulheres que ali residiam.

A organização do rastreamento pode reduzir a incidência do câncer de mama. Assim, o diagnóstico precoce do câncer de mama aliada as ações de promoção de saúde podem impactar sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença promovendo qualidade de vida à população de mulheres vulneráveis. A informação e o acesso facilitado ao serviço são questões primordiais para o controle deste câncer.

REFERÊNCIAS

1. Breast Source: GLOBOCAN [Internet]. 2018 [Acessed Aug 07 2019]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/20-Breast-fact-sheet.pdf>
2. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. World Cancer Report [Internet]. 2014 [Acessed Aug 07 2019]. Available from: <https://www.drugsandalcohol.ie/28525/1/World%20Cancer%20Report.pdf>
3. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro [Internet]: INCA, 2014 [Acessed Aug 07 2019]. Available from: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf
4. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: a Cancer Journal for Clinicians [Internet]. 2018 [Acessed Aug 07 2019];68(6):394-424. Available from: https://g8fip1kplyr33r3krz5b97d1-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2018/09/caac_21492_Final_Embargoed.pdf
5. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação. Rio de Janeiro [Internet]: INCA, 2019 [Acessed Aug 18 2019]. Available from: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/a_situacao_ca_mama_brasil_2019.pdf
6. Maciel SSSV, Albuquerque APS, Oliveira LGM, Barbosa RF, Cavalcanti WJA, Lins LPM et al. Perfil de internações do Sistema Único de Saúde por câncer da mama em mulheres idosas no Brasil. Rev AMRIGS [Internet]. 2014 [Acessed Aug 18 2019];58(1):11-8. Available from: http://www.amrigs.com.br/revista/58-01/000008739402_1231_Revista%20AMRIGS.pdf
7. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro [Internet]: INCA, 2017 [Acessed Aug 22 2019]. Available from: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>

8. Pereira QLC, Siqueira HCH. Acesso à mamografia: percepções dos responsáveis pela política da saúde da mulher. REME [Internet]. 2011 [Accessed Aug 22 2019];15(3):365-71. DOI: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622011000300008>.
9. Brasil. Instituto Nacional de Câncer Detecção precoce. Rio de Janeiro [Internet]: INCA, 2015 [Accessed Aug 22 2019]. Available from: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/informativo_numero3_2015.versao_2016.pdf
10. Barreto ASB, Mendes MFM, Thuler LCS. Avaliação de uma estratégia para ampliar a adesão ao rastreamento do câncer de mama no Nordeste brasileiro. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2012 [Accessed Aug 22 2019];34(2):86-91. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000200008>.
11. Damin APS. Rastreamento do câncer de mama: quais as tendências atuais? Revista HCPA [Internet]. 2012 [Accessed Aug 22 2019];32(2):129-30. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/30414>.
12. Independent UK Panel on Breast Cancer Screening. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. The Lancet [Internet]. 2012 [Accessed Aug 22 2019];380(9855):1778-86. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61611-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61611-0).
13. Gotzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2011 [Accessed Aug 23 2019]; (1):CD001877. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001877.pub4>.
14. United States Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: an update for the U.S.: preventive services task force. Annals of Internal Medicine [Internet]. 2009 [Accessed Aug 23 2019];151(10):727-37. Available from: <http://www.ohsu.edu/xd/education/schools/school-of-medicine/departments/clinical-departments/medicine/divisions/general-internal-medicine/about/evidence-synthesis.cfm>.
15. Brasil. Informativo Detecção Precoce- Monitoramento das ações de controle dos cânceres do colo do útero e de mama. Boletim. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. 2017 [Accessed Aug 23 2019];8(1):2017. Available from: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/informativos/informativo-deteccao-precoce-no-1-2017>
16. Lima ALP, Rolim NCOP, Gama MEA, Pestana AL, Silva EL, Cunha CLF. Rastreamento oportunístico do câncer de mama entre mulheres jovens no Estado do Maranhão, Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. 2011 [Accessed Aug 23 2019]; 27(7):1433-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000700018>.
17. Lourenço TS, Mauad EC, Vieira RAC. Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa. Rev Bras Enferm [Internet]. 2013 [Accessed Aug 23 2019]; 66(4): 585-91. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a18.pdf>.
18. Rebêlo, PPC. Ações de controle do câncer de mama entre usuárias da atenção básica em São Luís– MA. Tese de doutorado- Universidade de São Paulo [Internet]. 2014 [Accessed Aug 23 2019].172f. Available from: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/2192/A%C3%A7%C3%B5es%20do%20controle%20do%20c%C3%A2ncer%20de%20mama%20entre%20usu%C3%A1rias%20da%20aten%C3%A7%C3%A3o%20b%C3%A1sica%20em%20S%C3%A3o%20Lu%C3%ADs%20MA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Organização Pan-Americana da Saúde. Sala de Situação em Saúde: compartilhando as experiências do Brasil. Brasília [Internet]: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010 [Accessed Aug 23 2019].

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia