

Ações para a detecção precoce do câncer de mama em dois municípios da Amazônia Ocidental

Actions for early detection of breast cancer in two municipalities in the Western Amazon

Acciones para la detección precoz del cáncer de mama en dos municipios de la Amazonía occidental

Maria Susana Barboza da Silva^I

ORCID: 0000-0001-8128-3919

Maria Gaby Rivero de Gutiérrez^{II}

ORCID: 0000-0003-4189-1594

Elisabeth Níglio de Figueiredo^{III}

ORCID: 0000-0001-5939-8306

Márcia Barbieri^{III}

ORCID: 0000-0002-4662-1983

Carlos Frank Viga Ramos^{III}

ORCID: 0000-0002-1358-985X

Maria Cristina Gabrielloni^{III}

ORCID: 0000-0003-2395-9161

^I Universidade Federal do Acre. Cruzeiro do Sul, Acre, Brasil.

^{II} Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{III} Universidade Federal do Acre. Rio Branco, Acre, Brasil.

Como citar este artigo:

Silva MSB, Gutiérrez MGR, Figueiredo EN, Barbieri M, Ramos CFV, Gabrielloni MC. Actions for early detection of breast cancer in two municipalities in the Western Amazon. Rev Bras Enferm. 2021;74(2):e20200165. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0165>

Autor Correspondente:

Maria Susana Barboza da Silva
E-mail: susan_ene@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Fátima Helena Espírito Santo

Submissão: 15-07-2020 **Aprovação:** 11-11-2020

RESUMO

Objetivo: avaliar a realização das ações de detecção precoce do câncer de mama na Atenção Primária e verificar a adequação dessas ações com as recomendações do Ministério da Saúde. **Método:** estudo transversal realizado de setembro de 2017 a março de 2018 com 736 mulheres cadastradas em Unidades Básicas de Saúde em dois municípios do Acre. Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário validado. Na análise estatística, aplicou-se o Teste Qui-Quadrado ou Exato de Fisher. **Resultados:** a frequência na realização da mamografia foi de 42%. Das mulheres com risco padrão para o câncer de mama, apenas 5,8% realizaram a mamografia adequadamente. **Conclusão:** evidenciou-se baixa conformidade das ações de detecção precoce às recomendações do Ministério da Saúde. Dessa forma, destaca-se a necessidade de adoção de medidas para aumentar a adesão dos profissionais às propostas governamentais, assim como avaliação contínua das ações.

Descritores: Neoplasias da Mama; Atenção Primária à Saúde; Detecção Precoce de Câncer; Programas de Rastreamento; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to assess the implementation of actions for early detection of breast cancer in Primary Care and to verify the adequacy of these actions with the Ministry of Health recommendations. **Method:** a cross-sectional study conducted from September 2017 to March 2018 with 736 women registered in Basic Health Units in two municipalities in Acre. For data collection, a validated questionnaire was used. In statistical analysis, the chi-square test or Fisher's exact test was applied. **Results:** the frequency of mammography was 42%. Of the women at standard risk for breast cancer, only 5.8% underwent mammography properly. **Conclusion:** there was a low compliance of early detection actions to the Ministry of Health recommendations; thus, the need to adopt measures to increase professionals' adherence to government proposals is highlighted, as well as continuous actions assessments.

Descriptors: Breast Neoplasms; Primary Health Care; Early Detection of Cancer; Mass Screening; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el desempeño de las acciones de detección precoz del cáncer de mama en Atención Primaria y verificar la adecuación de estas acciones a las recomendaciones del Ministerio de Salud. **Método:** estudio transversal realizado de septiembre de 2017 a marzo de 2018 con 736 mujeres inscritas en Unidades Salud Básica en dos municipios de Acre. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario validado. En el análisis estadístico se aplicó dos pruebas. **Resultados:** la frecuencia de mamografías fue del 42%. De las mujeres con riesgo estándar de cáncer de mama, solo el 5,8% se sometió a una mamografía correctamente. **Conclusión:** hubo una baja conformidad de las acciones de detección precoz a las recomendaciones del Ministerio de Salud, por lo que se destaca la necesidad de adoptar medidas para incrementar la adherencia de los profesionales a las propuestas gubernamentales, así como la evaluación continua de las acciones.

Descriptores: Neoplasias de la Mama; Atención Primaria de Salud; Detección Precoz del Câncer; Tamizaje Masivo; Enfermería.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a neoplasia mais incidente na população feminina. De acordo com as estatísticas mundiais, em 2018, foram estimados 2,1 milhões de casos novos de câncer e 627 mil óbitos pela doença⁽¹⁾. No Brasil, foram esperados, para o ano de 2019, 59.700 casos novos de câncer de mama, o que corresponde a 29,5% de todos os tumores malignos femininos e uma taxa de incidência de 56/100 mil. Em 2016, foram registrados 16.069 óbitos em mulheres por câncer de mama, sendo a principal causa de morte por câncer entre as mulheres brasileiras⁽²⁾.

No Brasil, estudos revelam que, a partir da década de 1990, houve um declínio das taxas de mortalidade pela doença nas capitais das Regiões Sudeste e Sul; em contraponto, constatou-se um grande aumento de óbitos entre mulheres de municípios do interior, principalmente nas Regiões Norte e Nordeste⁽³⁻⁴⁾. Esse aumento tem sido atribuído, sobretudo, ao retardamento do diagnóstico e aplicação da terapêutica adequada pela não implementação dos programas de detecção precoce e pela dificuldade de acesso ao tratamento especializado⁽⁵⁾. No país, aproximadamente 40% dos casos de câncer de mama são diagnosticados em estágios tardios (III e IV), sendo observada na Região Norte (42%) a maior proporção de casos, reduzindo as chances de cura das mulheres e comprometendo o bom prognóstico⁽⁶⁻⁷⁾.

Há evidências mundiais de que a efetivação das ações de detecção precoce aliada à terapêutica adequada reduz a mortalidade por este câncer e aumenta as chances de sobrevivência⁽⁴⁻⁵⁾. Seguindo esta orientação, em 2004, o Ministério da Saúde (MS), por meio do Documento de Consenso, recomendou, na Atenção Primária à Saúde (APS), o rastreamento do câncer de mama por meio da realização da mamografia (MMG) bianual nas mulheres com risco padrão entre 50 e 69 anos e anual a partir de 35 anos para as de risco elevado, e a realização anual do exame clínico das mamas (ECM) em mulheres com risco padrão entre 40 a 69 anos e aos 35 anos para as de risco elevado⁽⁸⁾.

No entanto, essas recomendações foram atualizadas. Desse modo, em 2015, o MS publicou as Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama, recomendando a MMG como o principal método para o rastreio do câncer de mama⁽⁹⁾. Evidências científicas mostraram que sua contribuição reduz de 30 a 50% a mortalidade por essa doença quando o rastreamento é realizado a cada dois anos em mulheres de 50 a 69 anos⁽¹⁰⁾.

Apesar da tendência crescente na realização do exame de MMG na população-alvo, os estudos recentes têm demonstrado que a cobertura ainda é baixa nas mulheres com maior vulnerabilidade social, intimamente relacionada à pobreza e à baixa escolaridade na população⁽¹¹⁻¹³⁾. De acordo com dados do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIASUS), a oferta de MMG de rastreamento no SUS para a faixa etária de 50 a 69 anos aumentou em 19% entre os anos de 2012 a 2017. Entretanto, as Regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram baixa cobertura do exame quando comparada às demais regiões do país⁽²⁾.

Considerando a incidência da doença, o aumento da mortalidade, o menor acesso às ações de detecção precoce e a baixa cobertura mamográfica em mulheres alvo do Norte do país^(2,4,13), tornou-se relevante realizar esta pesquisa nos municípios de Cruzeiro do Sul e Rodrigues Alves, estado do Acre, onde a cobertura

de saúde da população se dá integralmente por meio de Unidades Básicas de Saúde (UBS), o que possibilita a execução de ações articuladas para a detecção precoce do câncer de mama.

OBJETIVO

Avaliar a realização das ações de detecção precoce do câncer de mama na Atenção Primária à Saúde e verificar a adequação dessas ações com as recomendações do Ministério da Saúde.

MÉTODO

Aspectos éticos

O estudo obedeceu os preceitos éticos legais estabelecidos para pesquisa com seres humanos. O projeto de pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Desenho, local do estudo e período

Estudo epidemiológico, de corte transversal, norteador pela ferramenta STROBE, realizado em UBS da área urbana dos municípios de Cruzeiro do Sul e Rodrigues Alves, Acre, nos períodos de setembro de 2017 a março de 2018.

População, amostra, critérios de inclusão e exclusão

A população do estudo foi constituída por mulheres usuárias do SUS, na faixa etária de 35 a 69 anos de idade, que frequentavam as UBS da área urbana de Cruzeiro do Sul e Rodrigues Alves. Assim, foram elegíveis para o estudo as UBS com mais de 2 anos de funcionamento e usuárias na faixa etária de 35 a 69 anos com seguimento por tempo maior ou igual a 2 anos na UBS. Neste trabalho, foram realizados dois planos amostrais independentes. Para o município de Rodrigues Alves, foi feito um plano amostral considerando um delineamento de amostra estratificada por UBS e faixa etária, no qual todas as UBS desse município seriam visitadas com a amostra final proporcional ao tamanho de cada UBS e das faixas etárias. Já para o caso de Cruzeiro do Sul, realizou-se um delineamento amostral em dois estágios devido à maior complexidade e tamanho desse município.

Em Cruzeiro do Sul, utilizou-se amostragem por conglomerados com sorteios em dois estágios e probabilidade de sorteio do conglomerado proporcional ao seu tamanho. Em uma primeira etapa, realizou-se um sorteio de 4 UBS. Em seguida, obteve-se uma coleta sistemática de 137 mulheres por UBS, resultando em uma amostra de 548 mulheres. Para Rodrigues Alves, o desenho amostral foi estratificado por UBS e faixa etária, com amostra proporcional ao tamanho dos estratos, e o tamanho da amostra calculado foi de 188 mulheres, divididas em 2 UBS de acordo com o tamanho das UBS e faixa etária. Desta forma, o tamanho da amostra para este estudo resultou em 736 mulheres.

UBS da área urbana constituídas até setembro de 2015 e usuárias na faixa etária entre 35 a 69 anos com seguimento, de no mínimo, dois anos na UBS selecionada foram incluídas no estudo. UBS da área rural foram excluídas do estudo.

Protocolo do estudo

Os dados foram obtidos mediante entrevista estruturada utilizando um questionário construído e validado⁽¹⁴⁾. As variáveis sociodemográficas analisadas e autorreferidas pelas usuárias foram: idade categorizada em três faixas etárias (35-39 anos, 40-49 anos, 50-69 anos), estado civil (solteira, casada, viúva, separada, divorciada, união estável), raça ou cor (amarela, branca, indígena, negra e parda). As variáveis escolaridade (analfabeto/fundamental 1 incompleto, fundamental 1 completo/fundamental 2 incompleto/fundamental 2 completo/médio incompleto, médio completo/superior incompleto, superior completo) e estrato socioeconômico (A- correspondendo a uma renda média domiciliar = 20.272,56, B1 = 8.695,88, B2 = 4.427,36, C1 = 2.409,01, C2 = 1.446,24 e D-E = 639,78) foram analisadas segundo os Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa de 2015. As variáveis sobre risco elevado para o câncer de mama, avaliadas conforme indicação do MS, foram história familiar de câncer de mama ou ovário, idade do acometido, parentesco do familiar que teve câncer, se o câncer atingiu uma ou as duas mamas. A mensurada quanto às ações de detecção precoce do câncer de mama foi MMG (sim, não, frequência da MMG). As entrevistas foram realizadas antes ou após o atendimento da mulher na UBS, em área confortável, após a anuência e a assinatura do TCLE.

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram armazenados e processados utilizando uma planilha do Excel®, versão 2010. Foi realizada a análise descritiva para cada uma das variáveis agrupadas por faixa etária e risco de câncer de mama. Para análise descritiva da adequação da MMG, considerou-se a correspondência entre a recomendação

do MS com as informações obtidas pelas usuárias quanto à idade, realização dos exames, periodicidade dos exames feitos e a presença ou não de risco elevado para o câncer de mama. Utilizou-se o *software R Core Team 2018* para a análise estatística. Aplicou-se o Teste Qui-Quadrado de Pearson ou Exato de Fisher para comparar as proporções entre os grupos. Em toda a análise estatística, foi adotado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Das 736 mulheres, 82,3% residiam na área urbana, 40,1% eram casadas, 76,4% autorreferiram-se como pardas, 48,2% eram analfabetas ou tinham o ensino fundamental 1 incompleto e 63,9% pertenciam à classe D-E. Houve diferença estatisticamente significativa do estado civil em relação aos grupos etários ($p < 0,01$). A maioria das mulheres com união estável pertencia ao grupo etário de 35 a 39 anos, e, em contrapartida, as viúvas tinham entre 50 e 69 anos. As variáveis escolaridade e renda também tiveram resultados estatisticamente significativos entre os grupos etários ($p < 0,01$). As mulheres de 50 a 69 anos tinham menor escolaridade e possuíam menor renda do que as de 35 a 39 anos e as de 40 a 49 anos (Tabela 1).

Em relação aos municípios analisados, verificou-se maior percentual de execução de MMG entre as mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, sendo esse exame menos efetuado nas usuárias entre 35 e 39 anos. Para as mulheres estudadas na faixa etária preconizada pelo MS (50 a 69 anos), mais de 50% relatou nunca ter feito MMG antes em ambos os municípios. Houve diferença estatisticamente significativa dos municípios em relação à periodicidade da MMG entre as mulheres de 40 a 49 anos ($p = 0,0178$); o percentual de exames realizados anualmente foi maior em Rodrigues Alves (62,5%) do que em Cruzeiro do Sul (26,7%) (Tabela 2).

Tabela 1 - Distribuição percentual das características sociodemográficas das mulheres segundo faixa etária dos municípios de Cruzeiro do Sul e Rodrigues Alves, Acre, Brasil, 2017-2018

	TOTAL	35 a 39	40 a 49	50 a 69	*Valor de p
TOTAL DA AMOSTRA	736	230(31,3%)	247(33,6%)	259 (35,2%)	
Procedência					0,4973
Zona Urbana	606(82,3%)	195 (84,8%)	200 (81,0%)	211 (81,5%)	
Zona Rural	130(17,7%)	35 (15,2%)	47 (19,0%)	48 (18,5%)	
Estado civil					<0,01
Solteira	129 (17,5%)	41 (17,8%)	45 (18,2%)	43 (16,6%)	
Casada	295(40,1%)	89 (38,7%)	115(46,6%)	91 (35,1%)	
Viúva	63 (8,6%)	4 (1,7%)	7 (2,8%)	52 (20,1%)	
Separada	31 (4,2%)	5 (2,2%)	11 (4,5%)	15 (5,8%)	
Divorciada	27 (3,7%)	8 (3,5%)	6 (2,4%)	13 (5,0%)	
União estável	191(26,0%)	83 (36,1%)	63 (25,5%)	45 (17,4%)	
Cor ou raça					0,4202
Amarela	24 (3,3%)	6 (2,6%)	7 (2,8%)	11 (4,2%)	
Branca	65 (8,8%)	20 (8,7%)	22 (8,9%)	23 (8,9%)	
Indígena	5 (0,7%)	1 (0,4%)	1 (0,4%)	3 (1,2%)	
Negra	80 (10,9%)	21 (9,1%)	22 (8,9%)	37 (14,3%)	
Parda	562 (76,4%)	182 (79,1%)	195(78,9%)	185(71,4%)	
Escolaridade					<0,01
Analfabeto ou fundamental 1 incompleto	355(48,2%)	73 (31,7%)	101(40,9%)	181(69,9%)	
Fundamental 1 completo ou fundamental 2 incompleto	127(17,3%)	42 (18,3%)	42 (17,0%)	43 (16,6%)	
Fundamental 2 completo/médio incompleto	68 (9,2%)	30 (13,0%)	26 (10,5%)	12 (4,6%)	
Médio completo/superior incompleto	130(17,7%)	62 (27,0%)	55 (22,3%)	13 (5,0%)	
Superior completo	56 (7,6%)	23 (10,0%)	23 (9,3%)	10 (3,9%)	
Estrato sócio econômico**					<0,01
B1	1 (0,1%)	-	1 (0,4%)	-	
B2	7 (1,0%)	2 (0,9%)	2 (0,8%)	3 (1,2%)	
C1	64 (8,7%)	29 (12,6%)	21 (8,5%)	14 (5,4%)	
C2	194(26,4%)	70 (30,4%)	73 (29,6%)	51 (19,7%)	
D-E	470(63,9%)	129(56,1%)	150(60,7%)	191(73,7%)	

Nota: *Teste Qui-Quadrado. Valor de $p < 0,05$; **Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2015.

Tabela 2 - Distribuição percentual de mulheres quanto à realização da mamografia segundo faixa etária dos municípios de Cruzeiro do Sul e Rodrigues Alves, Acre, Brasil, 2017-2018

	35 a 39 anos		40 a 49 anos		50 a 69 anos	
	Cruzeiro do Sul	Rodrigues Alves	Cruzeiro do Sul	Rodrigues Alves	Cruzeiro do Sul	Rodrigues Alves
Realizou MMG alguma vez						
Não	152 (92,1%)	58 (89,2%)	123 (67,2%)	48 (75,0%)	116 (58,0%)	32 (54,2%)
Sim	13 (7,9%)	7 (10,8%)	60 (32,8%)	16 (25,0%)	83 (41,5%)	27 (45,8%)
Não recorda	-	-	-	-	1 (0,5%)	-
TOTAL	165	65	183	64	200	59
* Valor de p	0,6595		0,3142		0,7324	
Frequência com que faz a MMG						
Anualmente	3 (23,1%)	3 (42,9%)	16 (26,7%)	10 (62,5%)	16 (19,3%)	7 (25,9%)
A cada dois anos	1 (7,7%)	1 (14,3%)	5 (8,3%)	-	6 (7,2%)	-
A cada três anos	-	-	-	-	1 (1,2%)	-
Em intervalo ≥ a 3 anos	-	-	-	-	2 (2,4%)	1 (3,7%)
Em intervalo ≤ a 1 ano	-	-	-	1 (6,3%)	2 (2,4%)	1 (3,7%)
Faz sem seguir uma periodicidade	9 (69,2%)	3 (42,9%)	35 (58,3%)	5 (31,3%)	50 (60,2%)	11 (40,7%)
Não recorda	-	-	4 (6,7%)	-	6 (7,2%)	7 (25,9%)
TOTAL	13	7	60	16	83	27
* Valor de p	0,4049		0,0178		0,1289	

Nota: *Teste Qui-Quadrado. Valor de p<0,05; MMG – mamografia.

Tabela 3 - Distribuição percentual de mulheres quanto a realização da mamografia segundo risco elevado e padrão para o câncer de mama dos municípios de Cruzeiro do Sul e Rodrigues Alves, Acre, Brasil, 2017-2018

	Risco elevado		Risco padrão	
	Cruzeiro do Sul	Rodrigues Alves	Cruzeiro do Sul	Rodrigues Alves
TOTAL DA AMOSTRA	27	9	188	56
Realizou a mamografia alguma vez				
Sim	10 (37,%)	5 (55,6%)	77 (41,0%)	26 (46,4%)
Não	17 (63,%)	4 (44,4%)	111 (59,%)	30 (53,6%)
TOTAL	27	9	188	56
* Valor de p	0,443		0,742	
Frequência com que faz a mamografia				
Anualmente	5 (50,%)	5 (100,%)	13 (16,9%)	6 (23,1%)
A cada dois anos	1 (10,%)	0 (,%)	6 (7,8%)	0 (,%)
Faz sem seguir uma periodicidade	3 (30,%)	0 (,%)	48 (62,3%)	11 (42,3%)
Outra frequência	1 (10,%)	0 (,%)	10 (13,%)	9 (34,6%)
TOTAL	10	5	77	26
* Valor de p	0,843		0,142	

Nota: *Teste Qui-Quadrado. Valor de p<0,05.

A realização da MMG foi mencionada por 41,7% das mulheres com risco elevado e por 42,2% das com risco padrão. Observou-se que, independentemente dos municípios, 66,7% das mulheres com risco elevado se submeteram à MMG na periodicidade anual, sendo que Rodrigues Alves obteve maior alcance na quantidade de exames comparativamente à cidade de Cruzeiro do Sul. Das mulheres com risco padrão, 57,2% alegam que fazem o exame sem seguir a periodicidade adequada. A adequação na realização da MMG ocorreu somente em 7,8% das mulheres com risco padrão em Cruzeiro do Sul. Já em Rodrigues Alves, houve inadequação quanto à frequência na realização desse exame por parte de todas as mulheres com risco padrão. Com isso, constatou-se que Cruzeiro do Sul obteve maior adesão às diretrizes quando comparada à cidade de Rodrigues Alves (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Dentre as características sociodemográficas das usuárias da APS dos municípios de Cruzeiro do Sul e Rodrigues Alves, observou-se que a maioria era casada, de cor parda, com baixa

escolaridade e pertencente à classe D-E, dados esses que se assemelham aos encontrados em outros estudos já realizados^(11,15). O perfil da amostra estudada condiz com o da população da Região Norte do Brasil, em que a maioria se situava na classe social D-E⁽¹⁶⁾.

O Norte do Brasil é uma das regiões menos desenvolvida do país, que concentra altas taxas de analfabetismo e baixa renda; como consequência, apresenta os menores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH)^(11,15). Esses aspectos so-

ciodemográficos desfavoráveis podem interferir negativamente no rastreamento do câncer de mama pela dificuldade de acesso e desconhecimento dos métodos de detecção precoce^(13,17).

A constatação da baixa escolaridade e classe social de usuárias de UBS com mais de 50 anos em relação às mais jovens dos municípios de Cruzeiro do Sul e Rodrigues Alves coincide com os achados de outros estudos, evidenciando maior vulnerabilidade social nesse grupo etário e, com isso, exigindo dos profissionais e gestores de saúde maior atenção e esforço quanto à melhoria da oferta e do acesso aos serviços preventivos voltados para a saúde da mulher^(15,17).

Neste estudo, constatou-se uma expressiva oferta de MMG realizada anualmente entre as mulheres de 40 a 49 em Rodrigues Alves em comparação à Cruzeiro do Sul, com resultados estatisticamente significativos entre os municípios. A realização da MMG em mulheres abaixo dos 50 anos e que não pertence ao grupo de risco elevado para o câncer de mama está em desacordo com as diretrizes do MS. O rastreamento anual, a partir dos 40 anos, também pode apresentar maior risco de resultados falso-positivos, excesso de exames de imagem e excesso de biópsias com

suas possíveis complicações. Nessa faixa etária, o rastreamento também está associado ao aumento da probabilidade de desenvolvimento de câncer radioinduzido⁽⁹⁾. Por todos esses fatores, é importante que as mulheres sejam bem orientadas para que a maior parte delas opte por não se submeter ao rastreamento mamográfico antes dos 50 anos.

Nos seis serviços da APS dos municípios estudados, 58% das mulheres com risco padrão relataram nunca terem realizado o exame de MMG. Esses dados coincidem com os achados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) em 2013, os quais revelam que, no Brasil, menos de um terço das mulheres entre 50 e 69 anos nunca havia feito uma MMG de rastreio, enquanto, no Norte do País, essa proporção excedia 50%⁽¹³⁾. Estados como Acre, Pará e Tocantins apresentaram as maiores proporções⁽¹⁸⁾.

Em 2010, foi desenvolvido um estudo no município de Dourados, estado do Mato Grosso do Sul, onde foram abordadas 393 usuárias cadastradas na ESF. Observou-se frequência de 60% do ECM e 53,2% da MMG em mulheres de 40 a 69 anos⁽¹⁹⁾. Já em Carpina, no estado de Pernambuco, em 2012, foram entrevistadas 247, com idade entre 18 e 88 anos, atendidas pelas ESF. Verificou-se que 25,5% delas executaram o ECM e 62% a MMG⁽¹⁰⁾.

É importante salientar que, em Cruzeiro do Sul, apenas 7,8% das mulheres com risco padrão se submeteram à MMG adequadamente, ou seja, conforme a recomendação governamental. A situação ainda é mais agravante em Rodrigues Alves, onde se constatou inadequação na periodicidade desse exame em todas as mulheres do grupo com risco padrão. Na Paraíba, foi conduzido um estudo para avaliar a cobertura das ações de rastreamento, cujos resultados apontaram que a execução do ECM (58,9%) e da MMG (56,7%) na população-alvo estava conforme o recomendado⁽²⁰⁾. No inquérito nacional realizado em 2013, 54,5% das MMG de rastreamento nas mulheres de 50 a 69 anos foram consideradas adequadas em relação à frequência⁽¹³⁾.

O rastreamento é um procedimento efetuado na APS, e os profissionais ali atuantes devem conhecer esse método, a periodicidade e a população-alvo recomendada. Devem saber orientar as mulheres para as quais o rastreamento esteja indicado sobre os possíveis benefícios e danos associados a esse rastreamento em um processo de decisão compartilhada⁽⁹⁾. No presente estudo, o percentual de MMG realizado nas mulheres com risco padrão nos dois municípios foi de 42%. Dessas, 57,2% fazem o exame sem seguir a periodicidade adequada, 18,4%, com periodicidade anual e 5,8%, bial.

Achados diferenciados de estudo realizado com dados do Sismama, nos períodos de 2010 a 2011, demonstram que entre as MMG de rastreamento, 51,2% foram executadas em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, com um forte predomínio (45%) de periodicidade anual ou menor, e 32% com periodicidade entre

um e dois anos⁽²¹⁾. Outro estudo desenvolvido no Sul do Brasil entre 2013 e 2014, com 525 mulheres, identificou que as usuárias do SUS foram submetidas mais frequentemente à rastreamento anual (62%) do que as com planos de saúde (48%)⁽²²⁾.

Outros estudos mostraram que a falta de capacitação e de atualização de muitos profissionais de saúde os leva a implementarem ações que não estão em consonância com o preconizado nas políticas públicas para o rastreamento do câncer de mama. Estudos sugerem falhas ou desconhecimento dos profissionais atuantes na APS em relação às condutas de rastreamento^(7,23).

A APS se caracteriza como um local privilegiado para a implementação de ações educativas. Desse modo, os profissionais da APS têm um papel fundamental no desenvolvimento dessas ações, especialmente o enfermeiro, considerado o principal articulador entre a equipe de saúde e os usuários dos serviços⁽²⁴⁾.

Limitações do estudo

O presente estudo apresenta, como possíveis limitações, o viés de memória em perguntas que exigiam das entrevistadas fazer uma retrospectiva de fatos passados.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde e política pública

Acredita-se que os dados da presente pesquisa auxiliarão os gestores e profissionais de saúde no planejamento de estratégias, para enfrentar os problemas identificados, com base em dados da realidade e contribuirão para a análise da conformidade das ações de detecção precoce do câncer de mama. A partir dos resultados obtidos, faz-se necessária a elaboração de um protocolo municipal direcionado à saúde da mulher que considere as recomendações nacionais, propiciando a melhoria nas condutas dos profissionais em relação ao rastreamento do câncer de mama.

CONCLUSÃO

Os dados desta investigação apontam que, mesmo com a implementação das políticas públicas atuais voltadas ao controle do câncer de mama, as ações de detecção precoce não alcançaram a maioria das mulheres com risco padrão na periodicidade preconizada, resultando em baixa conformidade à recomendação do MS. Essa constatação precisa ser apresentada e discutida junto aos gestores e profissionais de saúde e as usuárias dos serviços da APS desses municípios, e, a partir dessa comunicação, poderão ser elaboradas e pactuadas metas com a finalidade de alcançar melhores resultados no controle dessa doença.

REFERÊNCIAS

1. 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 cancer in 185 countries. *Cancer J Clin*. 2018;68(6):394-424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). A situação do câncer de mama no Brasil: síntese dos dados dos sistemas de informação [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2019 [cited 2019 Aug 2]. Available from: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/a_situacao_ca_mama_brasil_2019.pdf

3. Girianelli VR, Gamarra CJ, Azevedo e Silva G. Os grandes contrastes na mortalidade por câncer do colo e de mama no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2014;48: 459-67. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005214>
4. Azevedo e Silva G, Bustamante-Teixeira MT, Aquino EML, Santos-Silva I. Acesso à detecção precoce do câncer de mama: uma análise a partir dos dados do sistema de informação em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2014;30(7):1537-50. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00156513>
5. Romeiro-Lopes TC, Gravenab AAF, Dell'Agnoloc CM, Pires IHV, Rocha-Brischiliarie SC, Borghesana DHP, et al. Cobertura estimada de mamografia no estado do Paraná. *Ciênc Saúde*. 2015;8(2):48-53. <https://doi.org/10.15448/1983-652X.2015.2.20219>
6. Renna Jr LN, Azevedo e Silva G. Late-Stage Diagnosis of Breast Cancer in Brazil: analysis of data from hospital-based cancer registries(2000-2012). *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2018;40:127-36. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1624580>
7. Costa FML, Enders BC. Actions of professionals of the family health strategy in early detection of breast cancer. *Rev Enferm UFPE*. 2014;8(7):2061-8. <https://doi.org/0.5205/reuol.5963-51246-1-RV.0807201430>
8. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva(INCA). Controle do câncer de mama. Documento de Consenso [Internet]. Brasília: INCA; 2004[cited 2016 May 4]. Available from: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>
9. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva(INCA). Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2015[cited 2016 Jun 10]. Available from: inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_deteccao_precoce_cancer_mama_brasil.pdf
10. Bushatsky M, Lima KD, Moraes LX, Gusmão LT, Barros MB, Figueira Filho AS. Breast cancer: prevention of shares in primary health care. *Rev Enferm UFPE*. 2014;8(10):3429-36. <https://doi.org/10.5205/reuol.6039-55477-1-ED.0810201422>
11. Sadovsky ADI, Poton WL, Reis-Santos B, Barcelos MRB, Silva ICM. Índice de Desenvolvimento Humano e prevenção secundária de câncer de mama e colo do útero: um estudo ecológico. *Cad. Saúde Pública*. 2015;31(7):1539-50. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00073014>
12. Kuhn FS, Santana AIC, Mêrces MC. Produção de mamografias no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pesqui*. 2018;11(2):231-7. <https://doi.org/10.177651/1983-1870.2018v11n2p231-237>
13. Theme Filha MM, Leal MC, Oliveira EFV, Pereira APE, Gama SGN. Regional and social inequalities in the performance of Pap test and screening mammography and their correlation with lifestyle: Brazilian National Health Survey, 2013. *Int J Equity Health*. 2016. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0430-9>.
14. Marques CAV, Figueiredo EN, Gutiérrez MGR. Validation of an instrument to identify actions for screening and detection of breast cancer. *Acta Paul Enferm*. 2015;28 (2):183-9. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500031>
15. Szwarcwald CL, Souza Jr PRB, Marques AP, Almeida WS, Montilla DER. Inequalities in healthy life expectancy by Brazilian geographic regions: findings from the National Health Survey, 2013. *Int J Equity Health*. 2016;15:141. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0432-7>
16. Associação Brasileira de Empresa de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica (ABEP)[Internet].2015[cited 2016 Feb 15]. Available from: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
17. Silva NC, Rocha TAH, Rodrigues RB, Barbosa ACQ. Equidade na Atenção Primária à Saúde da mulher: uma análise do Brasil e suas regiões. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2014;38(2):243-65. <https://doi.org/10.5327/Z0100-0233-2014380200003>
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional de saúde: 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões. Coordenação de Trabalho e Rendimento [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 [cited 2016 Feb 9]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>
19. Batiston AP. Early detection of breast cancer: knowledge and practice of women and professionals of the Family Health Strategy in Dourados/ MS. *Rev Bras Ginecol Obstetr* [Internet]. 2010 [cited 2018 Nov 6];32(2):99. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n2/v32n2a10.pdf>
20. Barreto ASB, Mendes MFM, Thuler LCS. Evaluation of a strategy adopted to expand adherence to breast cancer screening in Brazilian Northeast. *Rev Bras Ginecol Obstetr* [Internet]. 2012 [cited 2018 Nov 6];34(2):86-91. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n2/a08v34n2.pdf>
21. Tomazelli JG, Migowski A, Ribeiro CM, Assis M, Abreu DM. Assessment of actions for breast cancer early detection in Brazil using process indicators: a descriptive study with Sismama data, 2010-2011. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26:61-70. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000100007>
22. Lopes TCR, Franca Gravena AA, Demitto MO, Brischiliari SC, Borghesana DH, Dell Agnolo CM, et al. Mammographic screening of women attending a reference service center in Southern Brazil. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016;17:1385-91. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2016.17.3.1385>
23. Melo FBB, Marques CAV, Rosa AS, Figueiredo EN, Gutiérrez MGR. Actions of nurses in early detection of breast cancer. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(6):1119-28. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0155>
24. Lourenço TS, Mauad EC, Vieira RAC. Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(4):585-91. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000400018>