



ORIGINALES

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

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

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 Máster en Enfermería. Profesor de la Universidad Estatal de Maranhão. Caxias / Maranhão / Brasil.

² Estudiante de doctorado. Máster en Ingeniería Biomédica. Profesor del Colegio Técnico de Teresina. Universidad Federal de Piauí. Teresina / Piauí / Brasil. nataliamarinelli@ufpi.edu.br

³ Especialista en Fisioterapia Neurológica y Docencia en Educación Superior. Fisioterapeuta área neurofuncional. Teresina / Piauí / Brasil.

⁴ Especialista en Fisioterapia Neurológica, Enseñanza de Enseñanza Superior y Acupuntura. Profesor de la Universidad Estatal de Piauí. Teresina / Piauí / Brasil.

⁵ Máster en Ciencias de la Salud. Profesor de la Universidad Estatal de Maranhão. Caxias / Maranhão / Brasil.

⁶ Máster en Salud de la Familia. Enfermera en la Clínica Dr. Flávio Rocha. Caxias / Maranhão / Brasil.

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

Recibido: 22/03/2020

Aceptado: 2/07/2020

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.

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.

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 practicados pelas mulheres para a realização dos exames de mamografia demonstrou que a maioria da execução e ocorrência de intervalos inadecuados, identificando a necessidade de implementação de um rastreamento organizado.

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

ABSTRACT:

Objective: To demonstrate by means of georeferencing micro-areas with weaknesses in screening of breast cancer in the area of the Caxirumbu 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 Caxirumbu 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.

INTRODUCCIÓN

Las tasas mundiales de incidencia de cáncer de mama alcanzan 2.088.849 en 2020, lo que representa el 11,6% del total de casos. Su incidencia varía en todo el mundo, con las tasas más altas en Australia y Nueva Zelanda con 94.2/100 mil seguido de Europa del Este (92.6/100 mil); Norte de Europa (90.1/100 mil) y Norteamérica con 84.8/100 mil. Las tasas más bajas se registraron en África central (27,9/100 mil) y en Asia central y meridional (25,9/100 mil)⁽¹⁾.

Este proceso tiene las siguientes etapas de crecimiento: etapa de iniciación en la que los genes se ven afectados por factores cancerosos como los factores genéticos y ambientales; promoción, la etapa en la cual los agentes oncopromotores actúan en la célula alterada; y progresión, caracterizada por la multiplicación incontrolada e irreversible de la célula⁽²⁾.

En epidemiología, el cáncer de mama es el cáncer más frecuente y frecuente entre las mujeres del mundo. Presenta una magnitud con la misma tendencia de tasas en países desarrollados y subdesarrollados. En 2018, se diagnosticó el 11.6.0% del número total de casos de cáncer en el mundo y se identificaron aproximadamente 12.078.849 millones de casos nuevos, lo que enfatiza que la mayoría de los casos no se detectan en la fase inicial⁽¹⁾.

A nivel mundial, excluyendo los cánceres de piel no melanoma, el cáncer de seno es el tumor maligno más frecuente y frecuente entre las mujeres, con una estimación, para el año 2012, de 1.67 millones de casos recién diagnosticados, que corresponde al 25.2% de todos los tumores malignos femeninos y tasa de incidencia de 43.3/ 100 mil. Es la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres, con un estimado de 522 mil muertes para 2012, lo que representa el 14.7% de todas las muertes. Aunque el cáncer de seno tiene una tasa de mortalidad más alta que cualquier otro cáncer (12.9/ 100,000), tiene una letalidad relativamente baja, dado que la tasa de mortalidad es menos de un tercio de la tasa de incidencia. También es el más frecuente, con aproximadamente 8,7 millones de sobrevivientes esperados en 2012⁽²⁾.

Para el año 2012, se esperaban 1,67 millones de casos nuevos de este tipo de cáncer en el mundo, lo que representa un índice del 25,0% de los casos entre todas las neoplasias en mujeres. En diferentes regiones del mundo, se observaron diferentes incidencias en 2012, en Europa occidental fueron 96/100 mil, tasas más bajas en África Central y Asia Oriental con 27/100 mil casos⁽³⁾.

La tendencia de incidencia ha aumentado en la mayoría de las regiones del mundo. Sin embargo, en países altamente desarrollados, la incidencia ha alcanzado la estabilidad seguida de una disminución en la última década. Aún en estos países, las tasas de mortalidad han mostrado una tendencia a la baja desde finales de los años ochenta y principios de los noventa, lo que refleja una combinación de detección temprana mejorada, a través del cribado de la población e intervenciones terapéuticas más efectivas⁽²⁾.

Con respecto al cáncer de mama en 2018, según datos epidemiológicos mundiales de la agencia GLOBOCAN, se esperan 2,1 millones de nuevos casos de la enfermedad y 627 mil muertes, y en Brasil habrá 59.700 nuevos casos^(4,5).

Múltiples factores están involucrados en la etiología del cáncer de seno: edad en la primera menstruación menor de 12 años; menopausia después de 55 años; mujeres que nunca quedaron embarazadas o que nunca tuvieron hijos (nuliparidad); primer embarazo después de 30 años; uso de algunos anticonceptivos y Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) en la menopausia, especialmente si durante mucho tiempo; exposición a radiaciones ionizantes; consumo de bebidas alcohólicas; dietas hipercalóricas; estilo de vida sedentario; y predisposición genética (debido a mutaciones en ciertos genes transmitidos en la herencia genética familiar, principalmente por dos genes de alto riesgo, BRCA 1 y BRCA 2) ⁽²⁻⁵⁾.

En Brasil, en 2014, se estimaron 57,120 nuevos casos de cáncer de seno y una estimación de riesgo de 56.09 casos por cada 100 mujeres. El cáncer de mama fue el más frecuente en el sur y sureste, seguido por el norte, el medio oeste y el noreste.³ En el período de 2009 a 2011, la proporción de mujeres de edad avanzada admitidas en el SUS diagnosticadas con cáncer de mama varió 0.6 en los 60 años de edad grupo. Solo en 2011, se gastaron R\$ 98.531.587,00 en hospitalizaciones por cáncer de mama en mujeres de edad avanzada⁽⁶⁾.

Para Brasil, se estiman 59,700 casos nuevos de cáncer de seno para cada año del bienio 2018-2019, con un riesgo estimado de 56.33 casos por 100,000 mujeres. Sin considerar los tumores de piel no melanoma, este tipo de cáncer también es el primero más frecuente en mujeres en el sur (73.07/100 mil), sudeste (69.50 / 100 mil), medio oeste (51.96/100 mil) y noreste (40.36/100.000). En la Región Norte, es el segundo tumor más incidente (19.21/100 mil). En 2015, en Brasil, hubo 15,403 muertes por cáncer de seno ⁽²⁻⁷⁾.

La consulta ginecológica es una herramienta de trabajo importante que el médico y la enfermera de la Estrategia de salud familiar tienen para ejercer las acciones de detección del cáncer de cuello uterino en mujeres en riesgo. En esta consulta, pueden aconsejar a las mujeres sobre la importancia de las pruebas de detección, realizar un examen clínico de los senos y recoger el examen citopatológico. Además, proporciona prevención secundaria con mamografía, de modo que, si hay algún cambio, como nódulos, quistes y microcalcificaciones, puedan identificarse temprano⁽⁸⁾.

Los datos de mortalidad muestran que el cáncer de mama, en Brasil, fue la principal causa de muerte en mujeres en 2007, con datos de 11.1 muertes por cada 100 mil mujeres. En las regiones más desarrolladas de Brasil, sur y sudeste, hubo alrededor de 12,6 a 12,5 muertes por cada 100 mil mujeres solo este año ⁽³⁾.

La mamografía bienal para mujeres de 50 a 69 años es la estrategia de detección recomendada, mientras que el triángulo forma el diagnóstico precoz: alerta de la población ante signos y síntomas sospechosos; profesionales de la salud capacitados para evaluar casos sospechosos; y sistemas y servicios de salud preparados para garantizar una confirmación diagnóstica oportuna y de calidad. En el segundo ciclo del Programa Nacional para la Mejora del Acceso y la Calidad de la Atención Primaria (PMAC), que tenía, en 2013, el 88,7% de los equipos de atención primaria en Brasil, el 90,8% de los equipos informaron que la mamografía fue solicitada por el equipo y realizado por la red de servicios de salud. Según la Encuesta Nacional de Salud de 2013, el 60% de las mujeres de 50 a 69 años en el país se había realizado una mamografía en los dos años anteriores a la fecha de la encuesta. Esta proporción varió según las regiones, siendo 38.7% en el norte, 47.9% en el noreste, 55.6% en el medio oeste, 64.5% en el sur y 67.9% en el sureste⁽⁹⁾.

En el examen de detección de cáncer de mama, el Instituto Nacional del Cáncer (INC) guía la realización de una mamografía para mujeres de 50 a 69 años, con un máximo de una cada dos años. Las mujeres mayores de 40 años pueden someterse a un examen clínico de los senos cada año y, a partir de los 35 años, las mujeres que forman parte de un grupo de riesgo deben someterse a una mamografía y un examen clínico de los senos anualmente⁽¹⁰⁾.

En el sistema de salud pública en Brasil, siguen las recomendaciones de la Sociedad Brasileña de Mastología y entidades estadounidenses como el Colegio Americano de

Radiología, la Sociedad Americana del Cáncer y la Sociedad Americana de Ginecología y Obstetricia, recomendando que las mujeres mayores de 40 años de edad deben realizar mamografías de detección anualmente. Estas recomendaciones también fueron reforzadas por la Ley Federal No. 11,664 del 22 de abril de 2008⁽¹¹⁾.

Actualmente, se han producido algunos debates sobre los beneficios y los daños del cribado mamográfico de la población como estrategia para reducir la mortalidad. En el análisis de los ensayos clínicos realizados, la detección del cáncer de mama realizado con mamografías indica procedimientos excesivos de tumorectomía, mamografía y radioterapia, además de resultados falsos positivos, aumento de costos, dolor, ansiedad, estrés y trastornos psicológicos. Estas revisiones concluyeron que la detección mamográfica reduce la mortalidad, sin embargo, algunas de ellas mostraron fallas metodológicas. Estos estudios fueron insuficientes y están más cerca de las incertidumbres, sin embargo, esta información debe ofrecerse claramente para que las mujeres seleccionadas para el cribado puedan tomar sus decisiones⁽¹²⁻¹³⁾.

En la Estrategia de salud familiar de Caxirumbu en Caxias, estado de Maranhão, Brasil, no hay una sistematización de registros y alertas para la detección del cáncer de mama, y no hay herramientas organizativas disponibles para garantizar el registro de información sobre el intervalo entre los controles realizados por las mujeres del área para el equipo de Estrategia de Salud Familiar. Por lo tanto, se cuestiona ¿cómo calificar el control de las mujeres que realizan un examen preventivo para el cáncer de mama en las zonas rurales?

El objetivo de este estudio es caracterizar el seguimiento espacial del cáncer de mama practicado por la Estrategia de Salud Familiar de Caxirumbu, zona rural de Caxias, Maranhão.

MÉTODO

Estudio transversal de carácter exploratorio descriptivo. La investigación se realizó en la localidad de Caxirumbu, área rural de Caxias, estado de Maranhão, Brasil, ubicada a 20 kilómetros del perímetro urbano, la región sur en el primer distrito de Caxias.

En la ciudad de Caxirumbu, en 2015, había una población de 2.949 habitantes, 1.484 de los cuales corresponden a la población de mujeres, y de estos 465 tenían entre 40 y 69 años. El tamaño de la muestra se basó en la población de 465 mujeres de 20 a 59 años, registradas en 2014 en la Estrategia de Salud Familiar de Caxirumbu. La recolección de datos se realizó al azar y por conveniencia, de acuerdo con la distribución de las residencias en los distritos de salud de la ubicación rural investigada. El tamaño de la muestra fue de 211 participantes, con un nivel de confianza del 95.0% y un margen de error del 5.0%.

Se incluyeron mujeres de > 25 a <65 años; tener registro en el formulario de registro por el Agente de Salud Comunitario (ASC) y ser residente del hogar en la localidad antes del 1 de enero de 2012. Se excluyeron las mujeres con residencia temporal en la localidad; visitantes familiares durante el período de recolección y que no pertenecen a la localidad y aquellos que tienen alguna dificultad funcional (memoria, cognitiva, del habla) para responder la entrevista.

La investigación se llevó a cabo del 1 de junio al 1 de agosto de 2015 según un cronograma programado por la ASC. La herramienta utilizada en la entrevista fue un cuestionario que contenía preguntas relacionadas con datos sociodemográficos, factores de riesgo e información relacionada con los datos de detección mamográfica practicados.

La investigación se realizó en casa con el objetivo de facilitar la participación de mujeres seleccionadas. Durante la recolección, se promovió un ambiente de privacidad para la mujer. Para lograr el objetivo de producir la georreferenciación del seguimiento practicado por las mujeres, la señal de los puntos de latitud y longitud fue capturada por el equipo GPS (Sistema de Posicionamiento Global) como un procedimiento previo al llegar a casa para la tabulación y la producción del espacio de mapas de distribución. Se utilizó la técnica de georreferenciación, obteniendo información geográfica con exámenes de mamografía regulares e irregulares.

Los mapas de georreferenciación producidos a partir de los puntos de latitud y longitud capturados se crearon utilizando el sitio web <http://www.garmin.com.br/br/mapas/>. A partir de la identificación de las coordenadas en el mapa del sitio Garmim, se realizó la yuxtaposición con el mapa del área. Luego, estos se combinaron donde se realizó la superposición y con los puntos de ubicación en negro y gris la regularidad e irregularidad de la información, respectivamente.

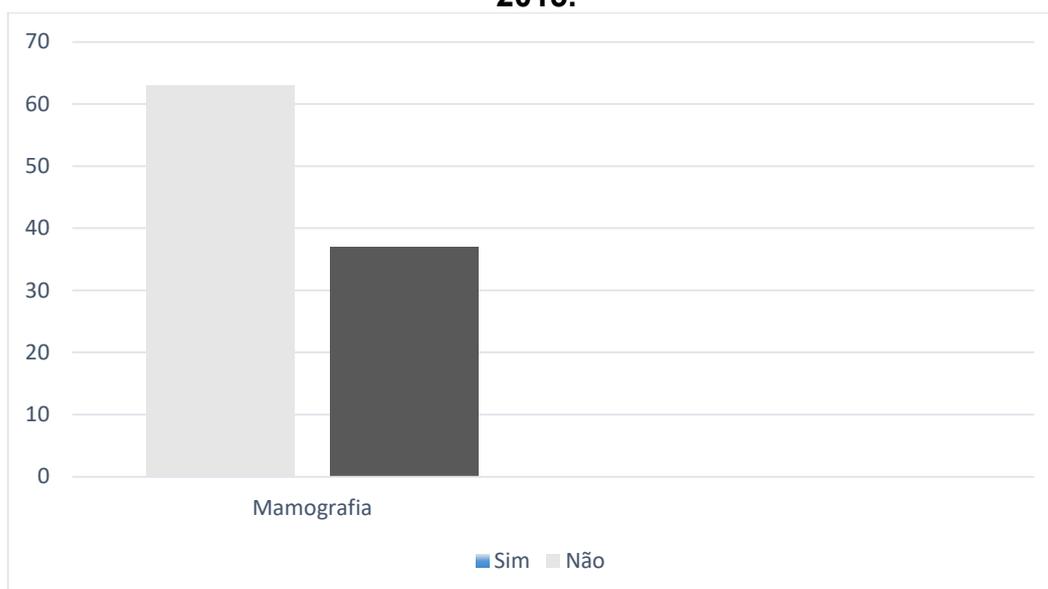
Después de completar la recolección en el área, se revisaron los cuestionarios, se almacenaron en el programa SSPSS versión 2.1, y luego los datos se generaron y analizaron con frecuencia absoluta y relativa y se discutieron de acuerdo con la referencia bibliográfica y otras investigaciones publicadas en el área.

La investigación fue presentada y aprobada por el Comité de Ética en Investigación de UNISINOS: Universidad Vale do Rio do Sinos en Porto Alegre, Estado de Rio Grande do Sul, Brasil, con el número de aprobación 1.011.293, de acuerdo con la Resolución nº 466/2012 del Consejo Nacional de Salud de Brasil.

RESULTADOS

Entre las características de los entrevistados, 154 (73.0%) tenían edades comprendidas entre 40 y 50 años; 165 (78.0%) tenían educación primaria incompleta y no sabían leer y escribir. 81.0% (n = 171) vivía con cónyuges; El 61.0% (n = 128) tenía un ingreso por debajo del salario mínimo y el 88.0% (n = 185) tenía una etnia afrodescendiente.

Gráfico 1: Distribución de mujeres que se sometieron y no se sometieron a pruebas de detección de cáncer y de senos en Caxirambu, Caxias-MA rural, 2015.

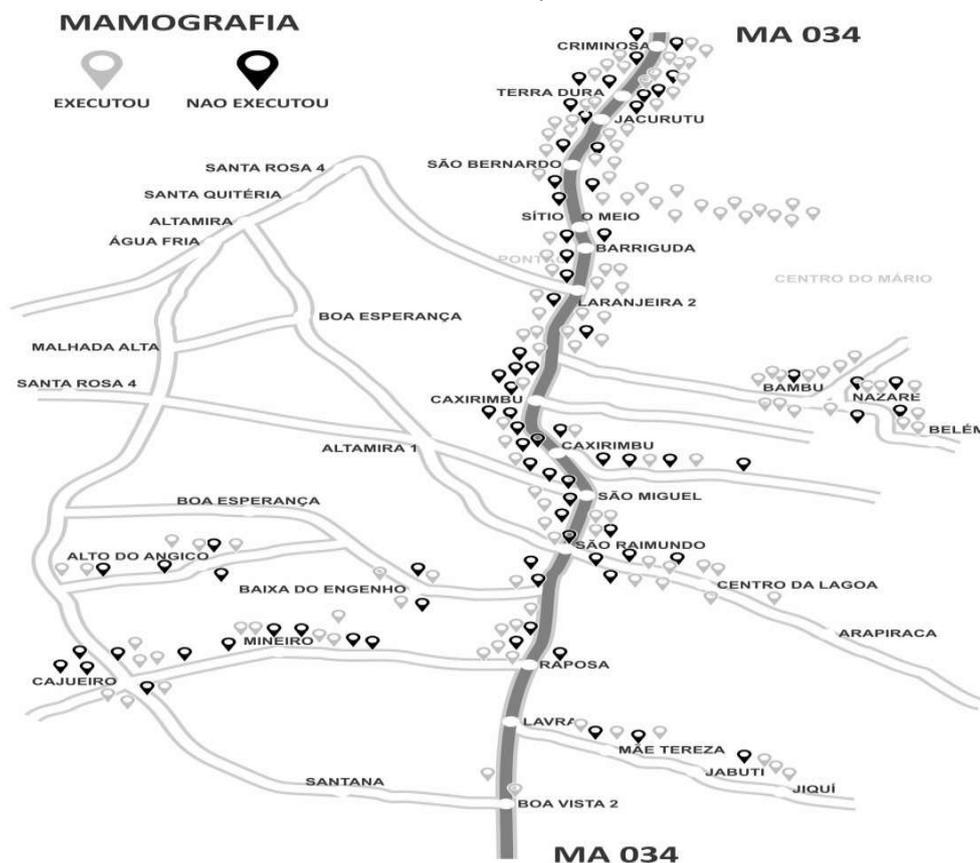


Fuente: Datos de investigación (2015).

Las entrevistadas que realizaron la mayoría de las mamografías se caracterizaron por: mayores de 50 años, casadas, con educación primaria incompleta, con ingresos superiores a 2 salarios mínimos y blancas. Las que se sometieron a una mamografía tenían menos de 50 años, eran estables, con educación primaria incompleta, sin ingresos y color negro.

La estrategia de salud familiar de Caxirambu necesita mejorar la información de registro del examen de mamografía, a fin de proporcionar una base sólida para monitorear y evaluar el estado de la detección del área, especialmente al agente de salud de la comunidad, para el reclutamiento organizado de estas mujeres.

Figura 1: Distribución geográfica de los hogares visitados de mujeres que realizaron y no realizaron el examen mamográfico, en Caxirumbu, área rural de Caxias- MA, 2015.

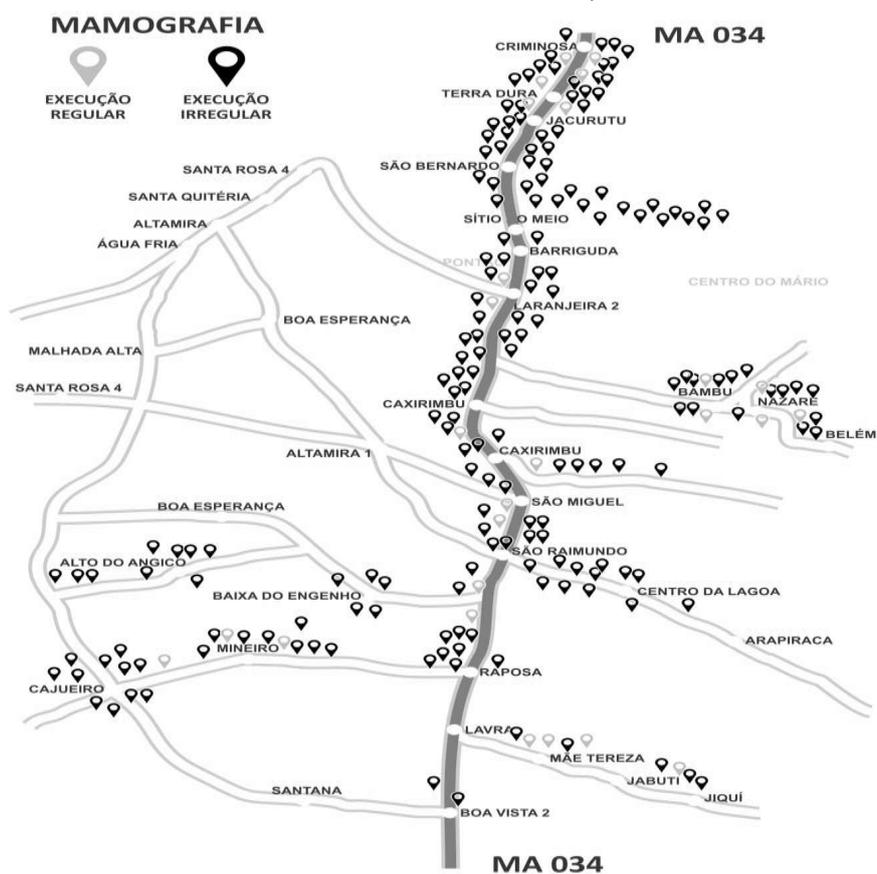


Las mujeres entrevistadas se concentraron más en las microáreas cercanas a la carretera estatal (MA 034), lo que puede justificarse por el hecho de que esta importante ruta facilita el acceso a la unidad básica de salud familiar. Se observó una mayor concentración de hogares / mujeres sin mamografía en las áreas cercanas que en las distantes. En 65 hogares encuestados y ubicados cerca de la unidad de referencia, se encontró que 34 mujeres no realizaron la evaluación. Por lo tanto, vivir cerca del servicio no es una condición que garantice la ejecución del cribado de estas mujeres, el equipo de salud es consciente de este hecho para elaborar un control estricto de las ejecuciones y sus respectivos intervalos. (Figura 1).

En general, se observó una tendencia a la adherencia al cribado del cáncer de mama en el grupo de edad de 41 a 60 años entre las mujeres encuestadas. Sin embargo, entre las que se realizaron con aquellas mujeres que no lo hicieron, hubo una oscilación de 1.0% más por el incumplimiento de las mamografías en este grupo de edad de 41 a 60 años con una prevalencia de 73.0% y 74.0%, respectivamente.

El indicador positivo en el grupo de edad de 51 a 60 años fue el nivel de ocurrencia de mamografías que fue mayor en relación con las que no se sometieron al examen, en la proporción de 2.7 mujeres que se sometieron a mamografía por cada mujer que no toma este examen.

Figura 2: Distribución geográfica de los hogares visitados de las mujeres que realizaron el examen mamográfico de manera regular e irregular, en Caxirumbu, área rural de Caxias - MA, 2015.



El rendimiento de la mamografía y su regularidad tuvieron una frecuencia de 26.0% y 20.0% respectivamente. La muestra mostró una mayor tendencia a la no ejecución e irregularidad en la mamografía con una frecuencia de 37.0% y 80.0%, respectivamente (Figura 2).

Las mujeres de la muestra mayores de 60 años representaron el 25.0% (n = 33), con un intervalo entre uno y tres años de examen con el 20.0% (n = 28). Solo el 3.5% (n= 5) de ellos realizó su mamografía de detección en un intervalo de 3 a 10 años. El grupo de edad de 41 a 60 años tenía una amplia variedad de intervalos, sin embargo, tendían a no realizar una mamografía en el intervalo de tres y diez años, o a informar cualquier intervalo realizado.

En el aspecto del déficit y la detección inadecuada, hubo una mayor tendencia a la no ejecución y la irregularidad en la mamografía con una frecuencia de 37.0% y 80.0%, respectivamente.

DISCUSIÓN

Con respecto a la mamografía variable, el estudio en la localidad de Caxirumbu, zona rural de Caxias-MA en 2015, reveló que de un total de 211 mujeres, 133 ya se habían sometido a la mamografía de detección y, por lo tanto, tenían una cobertura del 63.0%, diferente de los parámetros recomendados por el Equipo de Trabajo de

Servicios Preventivos de los Estados Unidos, que recomienda una cobertura mínima de 70.0% de mamografías de detección, lo que puede reducir la mortalidad en 15.0% a 23.0%.⁽¹⁴⁾

En el período de 2010 a 2014, la producción de mamografías en Brasil aumentó en un 33.0%, con el tipo de mamografía de detección no aumentó en un 36.0% y los de diagnóstico disminuyeron en aproximadamente un 25.0% ⁽¹⁵⁾.

Un estudio publicado en 2011 destacó que en Maranhão (Brasil) el 62.8% de las mujeres no se autoexaminan los senos; El 64.8% de las entrevistadas de 10 a 49 años de edad no se someten a un examen clínico de los senos y; El 92.5% nunca se sometió a una mamografía. ⁽¹⁴⁾ En general, las entrevistadas realizaron más citología oncológica cervical que las mamografías. Por lo tanto, el parámetro verificado fue 6 mamografías no realizadas para cada citología no realizada en el grupo de edad de riesgo.

En el presente estudio, la prevalencia de mujeres mayores de 50 años sin un examen mamográfico fue del 27.0% (n= 21) y con la ejecución del examen mamográfico esta prevalencia fue del 44.0% (n= 58). Por lo tanto, entre las mujeres identificadas sin mamografía y con antecedentes familiares de riesgo de cáncer de mama, la frecuencia fue del 5.0% (n= 4).

El modelo de detección oportunista practicado en la Estrategia de salud familiar de Caxirambu no favorece el alcance de la cobertura de seguimiento en línea con los resultados frágiles identificados. Por lo tanto, aunque ha mostrado proximidad a la meta recomendada, el indicador de mamografías de detección estaba fuera del estándar del Ministerio de Salud de Brasil.

El indicador positivo de cobertura en el grupo de edad de 51 a 60 años fue el nivel de mamografías realizadas más alto que las que no se sometieron al examen, en la proporción de 2.7 mujeres que realizan para cada mujer que no se sometió a este examen.

El INC dirige la ejecución de una mamografía de detección para mujeres de 50 a 69 años, en el límite máximo de uno cada dos años; las mujeres mayores de 40 años pueden someterse a un examen clínico de los senos cada año, y las mujeres de 35 años de edad y mayores que forman parte de un grupo de mayor riesgo de cáncer de seno deben someterse a una mamografía y un examen clínico de los senos anualmente⁽¹⁰⁾.

Por lo tanto, se encontró que el 29.0% (n = 39) de las mujeres de 40 a 50 años se sometieron a un examen mamográfico sin estar en el grupo de edad de mayor riesgo. La Sociedad Brasileña de Mastología recomienda mamografías para mujeres mayores de 40 años y la Organización Mundial de la Salud no condena esta práctica en los países que pueden ofrecerla.

Un importante estudio basado en la población en varias ciudades de Maranhão mostró que, en el grupo de edad de 40 a 49 años, el 16,7% (n = 487) de los participantes se sometió a un examen mamográfico. En el grupo de edad de 10 a 34 años, ninguno de los participantes se había sometido a mamografías. Más de 34 años, 767 mujeres participaron en este estudio, y solo el 28.4% (n = 218) informó haber tenido mamografías. De las 3,370 mujeres entrevistadas en el rango de edad

de 10 a 49 años, el 86.57% (n = 2,888) ya había realizado algún método de detección del cáncer de seno entre ellas, se destacan las siguientes: autoexamen de los senos (35.2%), examen clínico de los senos (35,2%) y mamografías (7,5%)⁽¹⁶⁾.

La detección del cáncer de seno es una de las principales políticas de atención médica para las mujeres, en la cual las enfermeras participan activamente en todas las acciones dentro de este proceso de manera efectiva, favorecen el acceso de las mujeres a la red de atención médica y también desarrollan otras acciones de educación sanitaria, alentando a las mujeres a acceder a las mamografías, trabajando individualmente y en un equipo multidisciplinar⁽¹⁷⁾.

Al alinear el estudio realizado en 2014 con la investigación en la localidad de Caxirumbu en el área rural de Caxias-MA de acuerdo con los parámetros positivos del Instituto Nacional del Cáncer, se encontró que la realización del examen con un intervalo de un año y tres años fue mayor en la muestra de Caxirumbu y menor en el intervalo de dos años. Las entrevistadas que informaron haberse sometido a una prueba de detección mamográfica (133), de estas 42% (n = 56) ya se habían sometido a una mamografía; seguido por 36% (n = 48) que se habían sometido a dos o tres mamografías y la minoría 22% (n = 29) informó haber realizado más de cuatro mamografías⁽¹⁸⁾.

Este estudio sienta un precedente para que en el futuro los gerentes y profesionales de la atención primaria de salud, en particular las enfermeras, produzcan herramientas (aplicaciones, software) para analizar dentro de su territorio la realidad de esta distribución espacial y así identificar puntos en este territorio / área que necesitan concentrarse en los esfuerzos para mejorar e implementar el seguimiento organizado. Estos mapas producidos pueden componer las salas de situación para el monitoreo de sus respectivos equipos de salud. En este aspecto, este estudio se vuelve relevante y promueve las necesidades de estas reflexiones.

Corroborando con nuestras reflexiones, la Organización Panamericana de la Salud (OPAS) informa sobre la sala de situación como un espacio físico (y virtual), donde un equipo de trabajo analiza la información de salud para apoyar la gestión de la salud, teniendo un papel trascendente durante las contingencias de salud. El equipo de trabajo primero elabora el Análisis de Situación de Salud (HSA) de una población o grupos de poblaciones. A partir de la presentación y discusión de la HSA, se establecen las prioridades de salud, se definen en los planes de salud y se vinculan con los objetivos técnicos. La sala de situación de salud es una herramienta que favorece el uso de información de salud para la toma de decisiones. Una herramienta, ya que es una propuesta de trabajo que facilita la tarea de analizar la información de salud y vincularla con la gestión de salud del gobierno. Por lo tanto, la sala de situaciones de salud apoya los procesos de toma de decisiones en dos direcciones: por un lado, sirve al gerente (generalmente un secretario municipal, de estado o el propio Ministro de Salud) para monitorear o evaluar las políticas y programas de salud; y, por otro lado, respalda la decisión que toma el equipo y que culmina en las unidades básicas de salud, donde se generan los datos primarios⁽¹⁹⁾.

CONCLUSIÓN

Al analizar la distribución espacial de los intervalos practicados por las mujeres para la realización de los exámenes de mamografía, la mayoría demostró la ejecución de

intervalos inadecuados, identificando la necesidad de implementar un examen organizado. El análisis de la distribución espacial mostró un seguimiento irregular en los diferentes puntos geográficos mapeados donde la proximidad de la residencia al servicio no es garantía del desempeño y la regularidad del examen mamográfico por parte de las mujeres que vivían allí.

La organización del rastreamiento puede reducir la incidencia del cáncer de mama. Así, el diagnóstico precoz del cáncer de mama aliado a las acciones de promoción de salud, pueden impactar sobre los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad promoviendo calidad de vida a la población de mujeres vulnerables. La información y el acceso facilitado al servicio son cuestiones primordiales para el control de este cáncer.

REFERENCIAS

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 [Acessed 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 [Acessed 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 [Acessed 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 [Acessed 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 [Acessed 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 [Acessed 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 [Acessed 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 [Acessed 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 [Acessed 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 [Acessed 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 [Acessed 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 [Acessed Aug 23 2019].

ISSN 1695-6141

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