

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES
– UNIPTAN**

CURSO DE MEDICINA

**CAIO FERREIRA FILGUEIRAS DE SOUZA
ISABELLA JULIANA SILVA NASCIMENTO**

**IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE E O ACESSO AO
RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA POR MULHERES DA
ZONA RURAL DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL**

SÃO JOÃO DEL-REI, NOVEMBRO DE 2020

**CAIO FERREIRA FILGUEIRAS DE SOUZA
ISABELLA JULIANA SILVA NASCIMENTO**

**IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE E O ACESSO AO
RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA POR MULHERES DA
ZONA RURAL DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL**

Trabalho de Conclusão do Curso,
apresentado para obtenção do
grau de médico no Curso de
Medicina do Centro Universitário
Presidente Tancredo de Almeida
Neves, UNIPTAN.

Orientador: Prof. Luiz Eduardo Canton Santos

SÃO JOÃO DEL-REI, NOVEMBRO DE 2020

**CAIO FERREIRA FILGUEIRAS DE SOUZA
ISABELLA JULIANA SILVA NASCIMENTO**

**IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE E O ACESSO AO
RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA POR MULHERES DA
ZONA RURAL DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso
aprovado pela Banca
Examinadora para obtenção do
Grau de médico, no Curso de
Medicina do Centro Universitário
Presidente Tancredo de Almeida
Neves, UNIPTAN.

São João Del Rei, 30 de novembro de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Luiz Eduardo Canton Santos - UNIPTAN – Orientador

Prof. Letícia Alves – UNIPTAN - Banca

A todas as mulheres que por algum motivo, seja por negligência, machismo, desinformação ou outro motivo, não foram contempladas com exames de rastreamento e tiveram seus direitos apartados.

RESUMO

Introdução: O câncer de mama é uma neoplasia com alta incidência e prevalência no Brasil e no mundo, sendo a principal causa de morte de mulheres no Brasil, com exceção aos cânceres não melanomas. O acesso ao rastreamento do câncer de mama como forma de prevenção e diagnóstico precoce é essencial, com o propósito de instituir políticas para se obter uma diminuição da morbidade e mortalidade por essa neoplasia na região Nordeste. **Objetivos:** Demonstrar a importância do diagnóstico precoce do Câncer de Mama por meio da realização dos exames de rastreamento, e evidenciar as causas que afastam mulheres do mesmo de modo a modificar essa problemática. **Metodologia:** Para realização deste trabalho foi utilizado um estudo ecológico de uma população específica: mulheres da zona rural da região nordeste do Brasil. Foram coletados dados de estimativa de câncer de mama para 2020; distribuição percentual da população residente, por Grandes Regiões, a partir dos 40 anos; distribuição da população por sexo a partir dos 40 anos na região Nordeste; os fatores relacionados a não realização de exames de rastreio para câncer de mama por mulheres; taxa de analfabetismo para as Grandes Regiões; taxa de analfabetismo para mulheres com 15 ou mais, segundo o sexo, na região Nordeste, e renda per capita no municípios nordestinos. **Resultados:** Foi encontrado um risco estimado para câncer de mama de 44,29 por 100 mil habitantes na região Nordeste; na região Nordeste 23% de indivíduos com 40 anos ou mais, e 13,4% com 60 anos ou mais; distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade na região Nordeste, homens e mulheres, respectivamente, a partir dos 40 anos, 7.453.510/8.618.118. **Fatores associados à não realização de exames de rastreamento:** (1) acesso ao sistema de saúde; (2) desigualdades relacionadas ao gênero e trabalho; (3) grandes distâncias entre as residências e os serviços de saúde; (4) idade avançada; (5) nível de escolaridade. Para taxa de analfabetismo, foi encontrado 16,2% em 2015, sendo que 14,5% das mulheres de 15 anos ou mais de idade eram analfabetas. **Conclusão:** Diante dos fatos encontrados, vários fatores distanciam essa população do acesso aos exames de rastreamento. Devido a estes fatores se observa a importância da ampliação dos serviços de saúde como forma de modificar as suas condições, garantindo assim que as dificuldades de acesso ao exame de rastreamento possam ser superadas, fazendo-se valer os princípios de integralidade, equidade e universalidade do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER; CÂNCER DE MAMA; RASTREAMENTO; ZONA RURAL; MULHER; ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer is a neoplasm with high incidence and prevalence in Brazil and worldwide, being the main cause of death of women in Brazil, except for non-melanoma cancers. Access to breast cancer screening as a means of prevention and early diagnosis is essential, with the purpose of instituting policies to achieve a reduction in morbidity and mortality from this neoplasia in the Northeast region. **Objectives:** To demonstrate the importance of the early diagnosis of Breast Cancer by performing screening tests, and to highlight the causes that keep women away from it in order to modify this problem. **Methodology:** To carry out this work, an ecological study of a specific population was used: women from rural areas in the northeast of Brazil. Estimated breast cancer data for 2020 were collected; percentage distribution of the resident population, by Major Regions, from 40 years old; distribution of the population by sex from the age of 40 in the Northeast region; factors related to failure to perform screening tests for breast cancer by women; illiteracy rate for Major Regions; illiteracy rate for women aged 15 or over, according to sex, in the Northeast region, and per capita income in northeastern municipalities. **Results:** An estimated risk for breast cancer of 44.29 per 100 thousand inhabitants was found in the Northeast region; in the Northeast region, 23% of individuals aged 40 or over, and 13.4% aged 60 or over; distribution of the population by sex, according to the age groups in the Northeast region, men and women, respectively, from the age of 40, 7,453,510 / 8,618,118. Factors associated with not performing screening tests: (1) access to the health system; (2) inequalities related to gender and work; (3) great distances between homes and health services; (4) advanced age; (5) educational level. For the illiteracy rate, 16.2% was found in 2015, with 14.5% of women aged 15 and over being illiterate. **Conclusion:** Given the facts found, several factors distance this population from access to screening tests. Due to these factors, it is possible to observe the importance of expanding health services as a way of modifying their conditions, thus ensuring that the difficulties of access to the screening test can be overcome, making use of the principles of comprehensiveness, equity and universality of the service Health System.

KEYWORDS: INTEGRAL ATTENTION TO WOMEN'S HEALTH; BREAST CANCER; TRACKING; COUNTRYSIDE; WOMAN; PRIMARY HEALTH CARE.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa demonstrando tipologia municipal rural-urbana no Brasil	14
Figura 2 – Situação dos Municípios quanto ao Predomínio da População Rural ou Urbana em comparação com o Censo 2000	15
Figura 3 – Municípios do Nordeste segundo a Proporção de Pessoas com Renda Familiar Per Capita de até R\$ 70 - Microdado Censo 2010.....	23
Gráfico 1 – Estimativa 2020 para Câncer de Mama por Grandes Regiões – INCA	18
Gráfico 2 – Distribuição percentual da população residente, por Grandes Regiões, segundo os dados de idade, a partir dos 40 anos - 2015	19
Gráfico 3 – Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Região Nordeste, a partir de 40 anos – IBGE	20
Gráfico 4 – Taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais de idade, por Grandes Regiões – 2013/2015 – INCA	22
Gráfico 5 – Taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais de idade, Região Nordeste, segundo o sexo - 2015	22

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Fatores associados à não realização de exames de rastreamento para o Câncer de Mama por mulheres no Brasil	21
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP – ATENÇÃO PRIMÁRIA

AS – ATENÇÃO SECUNDÁRIA

CMA – CÂNCER DE MAMA

DCNT – DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

ESF – ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

IDH – ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA

MAPA – MINISTÉRIO DA AGRICULTURA, PECUÁRIA E ABASTECIMENTO

MMG – MAMOGRAFIA

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

PNAD – PROGRAMA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS

PNAISM - POLÍTICA NACIONAL DE AENÇÃO À SAÚDE INTEGRAL DA MULHER

RAS – REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE

SAI – SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL

SISMAMA – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

UBS – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	METODOLOGIA.....	13
2.1	Tipo de estudo	13
2.2	Área de estudo	13
2.3	Fonte de dados.....	15
2.4	Local da pesquisa.....	17
2.5	Amostra	17
3	RESULTADOS.....	18
4	DISCUSSÃO	23
5	CONCLUSÃO	30
6	REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

Dentre os subtipos de cânceres, o Câncer de Mama (CMA) é uma neoplasia com alta incidência e prevalência no Brasil e no mundo, sendo configurada como principal causa de morte de mulheres em alguns países, incluindo-se terras brasileiras, com uma estimativa de 66 mil novos casos para cada ano no triênio 2020-2022. Esse valor representa quase 30% de todas as neoplasias nas estimativas para a incidência em 2020(1).

Entre os métodos diagnósticos, a mamografia (MMG) é o exame radiológico das mamas mais sensível e específico para tal, de forma que é preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) como uma forma econômica de rastreamento disponibilizado para mulheres, assintomáticas, de 50 a 69 anos, de forma gratuita, já que a incidência nessa faixa etária o faz necessário, tendo em vista, também, o melhor prognóstico quando diagnosticado precocemente. Estudos apontaram que detectar precocemente o CMA pode diminuir a mortalidade, com uma sobrevivência de 97%(2). Ainda, quando identificado em estados iniciais (lesões menores que 2cm de diâmetro) melhora o prognóstico e a cura pode chegar a 100%(3).

Dentre outros fatores, relacionado ao perfil de cada região brasileira, a baixa escolaridade; a não realização de consulta no último ano ou consulta periódica; idade maior que 60 anos; a presença de alguma doença crônica; a prática de atividade física, foram alguns dos fatores encontrados como distanciadores para realização do rastreamento do CMA(4). Diante dessa perspectiva, encontram-se mulheres da zona rural brasileira, sendo que mais de 11 milhões das que vivem

nessa área tem mais de 15 anos de idade, o que nos indaga a questionar: Essas mulheres estão sendo assistidas pela Atenção Primária (AP) ou estão sendo negligenciadas pelo sistema de saúde?

Os dados apresentados permitem ainda interrogar sobre as disparidades de acesso das mulheres na zona urbana em comparação às da zona rural na região Nordeste brasileira aos serviços de saúde, sendo que cerca de 15 milhões de mulheres vivem na área rural, o que representa cerca de 47,5% dos indivíduos residentes no campo no Brasil, são representados por elas, fazendo com que a ausência de dados atualizados na perspectiva de gênero dificulte a formulação de políticas públicas com a demanda necessária.

A efetividade do acesso ao rastreamento do CMA como forma de prevenção e diagnóstico precoce, tendo em vista as recomendações do MS, a partir da análise dos dados encontrados sobre a população de mulheres na área rural do Nordeste brasileiro, sustenta e ratifica a importância da ampliação do acesso aos serviços de saúde como forma de modificar as condições de saúde dessa população. Com essas medidas preventivas e assistencialistas, realizadas pela Atenção Primária, a partir do entendimento dos fatores predisponentes ao não acesso aos exames recomendados, objetiva-se instituir políticas para a diminuição da morbidade e mortalidade por CMA na região Nordeste.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo

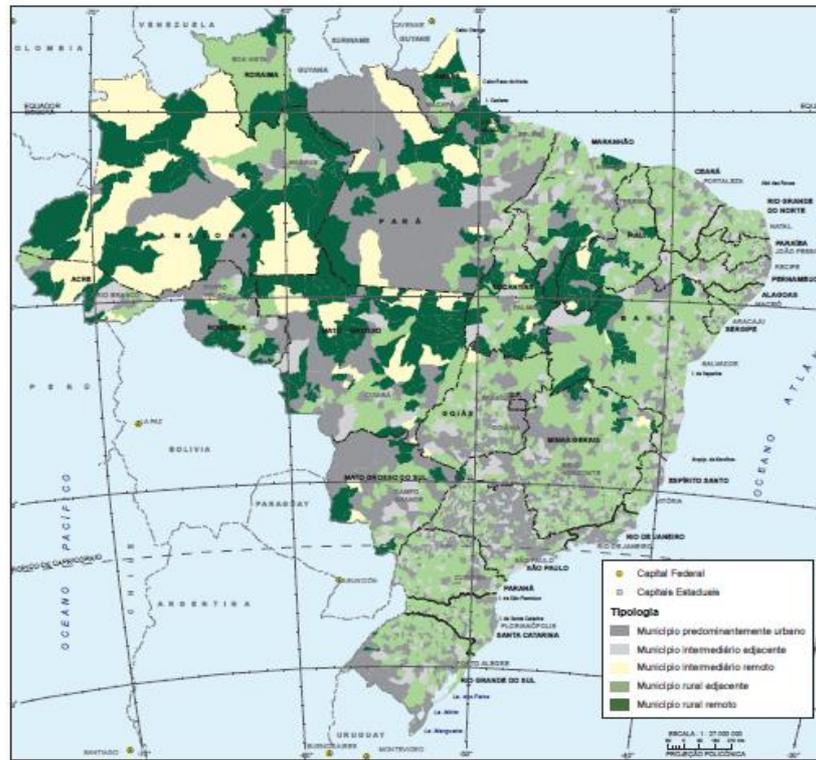
Estudo ecológico, isto é, observacional, de uma população de mulheres da região Nordeste do Brasil, tendo como pontos de análise o contexto histórico, social, ambiental, de saúde e demográfico.

2.2 Área de estudo

O Brasil conta com uma área de extensão de 8.515.767,049 km² na América do Sul e cerca de 209,3 milhões de indivíduos. É subdividido em cinco grandes regiões: norte, nordeste, sul, sudeste e centro-oeste. O NORDESTE do país conta com uma extensão de 18,2% do território, o que corresponde a 1 554 000 km² de sua totalidade. A região é formada por nove estados (Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da grande região é 0,710. Quanto à densidade populacional, apresenta um valor de 36,39hab./km², sendo parte dessa região grande extensões da zona rural brasileira.

Figura 1- Mapa demonstrando tipologia municipal rural-urbana no Brasil

(Retirado - acesso online: https://www.ibge.gov.br/apps/rural_urbano/)

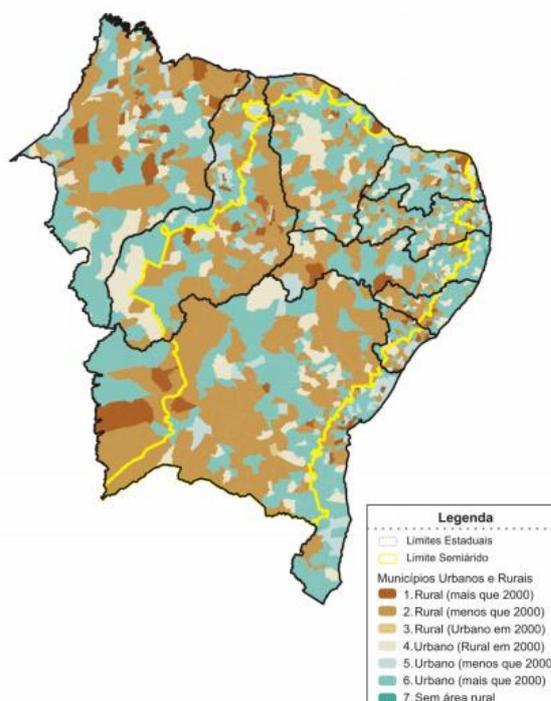


Fonte: IBGE, DGC/Coordenação de Geografia, IBGE, DGC/Coordenação de Cartografia, IBGE, Censo Demográfico 2010

Figura 2 - Situação dos Municípios quanto ao Predomínio da População Rural ou Urbana em comparação com o Censo 2000

(Retirado - Acesso online:

https://www.bnb.gov.br/documents/88765/89729/novo_perfil_nordeste_brasileiro_censo_demografico_2010.pdf/34cfcc2e-1048-4dc1-9342-46b13eda208b)



2.3 Fonte de dados

Os números de óbitos por câncer de mama foram obtidos por meio de informações do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), o qual compilou dados disponíveis nos Sistemas de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA). O SISMAMA é um subsistema de informação do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) para o monitoramento das ações de

detecção precoce do CMA.

Os dados demográficos foram obtidos por censos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), principalmente de 2010 e dados do Programa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2015. Os períodos de análise dos dados foram os que o sistema tinha atualizados, dependendo assim da disponibilidade de dados das regiões brasileiras, principalmente dados da zona rural da região Nordeste.

Foram inclusos nesse estudo os dados relacionados à região Nordeste, na perspectiva de gênero, para realização da revisão sistemática, como também dados do Ministério da Saúde (MS), Organização Mundial de Saúde (OMS), e Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher (PNASIM)(5).

Os dados analisados nesse trabalho levam em consideração o último censo do IBGE de 2010 bem como os dados atualizados sobre a questão da mulher na zona rural nos demais meios de busca, como os subsistemas do Ministério da Saúde, entre eles o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA). Embora o trabalho se restrinja à região Nordeste, foi importante para a elaboração desse estudo, um mapeamento da questão da mulher na zona rural nas demais regiões, bem como a comparação do acesso delas na zona urbana e rural, mesmo que na literatura existissem dados limitados. Para a pesquisa desses dados foram utilizados os descritores, como MULHER, ZONA RURAL, ACESSO, ATENÇÃO PRIMÁRIA E NORDESTE. Grandes quantidades dos estudos encontrados permitiram uma busca por semelhança, uma vez que apresentavam também, dados do nordeste, embora fossem de outras regiões.

2.4 Local da pesquisa

Os artigos selecionados para o desenvolvimento dessa revisão foram buscados na base de dados MEDLINE, por meio do PubMed, LiLACS e biblioteca digital Scielo. Os artigos analisados foram aqueles que incluíam dados sobre mulheres da região Nordeste do Brasil, foco desse estudo, e, quando necessário, utilizados dados das demais regiões. Além disso, foram inclusos dados nacionais para efeito de comparação.

2.5 Amostra

A base desse estudo são mulheres da área rural do Nordeste brasileiro, principalmente a partir dos 40 anos, já que o período selecionado para estudo pelo PNAD é de 40-59 anos. Sabe-se que 28,66% da população nordestina vivem em áreas rurais. Essa revisão não tem nenhum viés que comprometa o desenvolver da mesma, uma vez que, qualquer mulher acima dos 50 anos, tem maiores chances de desenvolver o CMA.

Foram excluídos trabalhos que apresentavam dados sobre mulheres em área rural abaixo dos 40 anos, principalmente envolvendo a região nordestina.

No Nordeste somam-se 46% da população acima dos 40 anos. Por esse motivo, torna-se importante salientar o quanto essas mulheres estão sendo assistidas pela Atenção Primária de Saúde e Sistema de Saúde como um todo, uma vez que os dados brasileiros, em geral, sobre os dados de mulheres nesse grupo – área rural – são insuficientes, mesmo com os esforços do MAPA e MS.

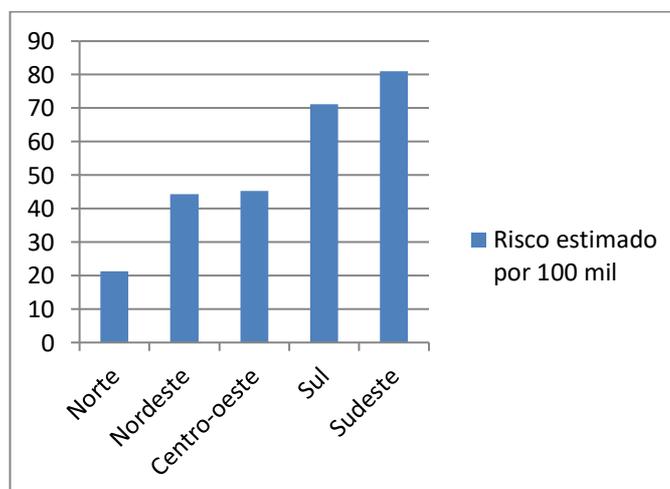
3 RESULTADOS

Para elaboração desse trabalho foi realizada busca ativa sobre a estimativa de CMa no Brasil, sendo que os dados encontrados foram uma hipótese elaborada pelo INCA para o ano de 2020. Para a região Norte foi encontrado um risco estimado de 21,34 por 100 mil; para a região Sudeste um risco de 81,06 por 100 mil; região Centro-Oeste um risco de 45,24 por 100 mil; região Sul um risco de 71,16 por 100 mil, e por fim a região Nordeste com um risco de 44,29 por 100 mil habitantes. Os dados mencionados foram organizados no *Gráfico 1* para melhor compreensão.

Gráfico 1 - Estimativa 2020 para Câncer de Mama por Grandes Regiões - INCA

(Modificado INCA - Acesso online:

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>)

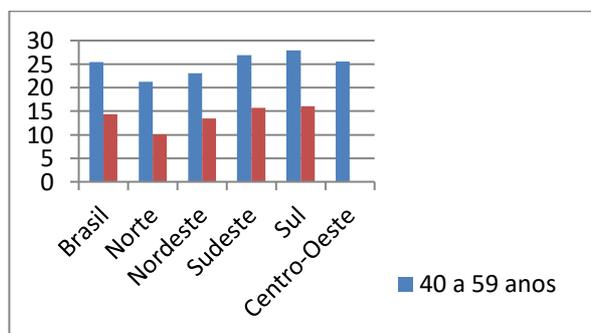


Embora os dados, considerando as macrorregiões não indicassem um estudo

diretamente da região Nordeste, sendo que essa foi um das regiões com menores riscos estimados ficando atrás apenas da região Norte, foi necessária uma busca que denotasse a distribuição da população residente por Grandes Regiões, segundo os grupos de idade, principalmente, a partir dos 40 anos. Feito isso, foram encontrados dados de 2015 do IBGE, especificamente da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios, referente aos grupos de idade, a partir de 40 anos, nas grandes regiões e no Brasil, para efeito de comparação. No Brasil foram encontrados 25,4% de indivíduos de 40 a 59 anos, e 14,3% de indivíduos com 60 anos ou mais; na região Norte 21,2% de 40 a 59 anos, e 10,1% com 60 anos ou mais; na região Nordeste 23% de 40 anos ou mais, e 13,4% com 60 anos ou mais; na região Sudeste 26,9 de 40 a 59 anos, e 15,7% com 60 anos ou mais; na região Sul 27,9% de 40 a 59 anos, e 16% com 60 anos ou mais, e, por fim, na região Centro-Oeste 25,5% de 40 a 59 anos, e 12,2% com 60 anos ou mais. Esses dados estão demonstrados no *Gráfico 2*.

Gráfico 2 - Distribuição percentual da população residente, por Grandes Regiões, segundo os grupos de idade, a partir de 40 anos – 2015

(Modificada IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios 2015.)



A análise desses dados evidencia a prevalência de indivíduos com mais de 40

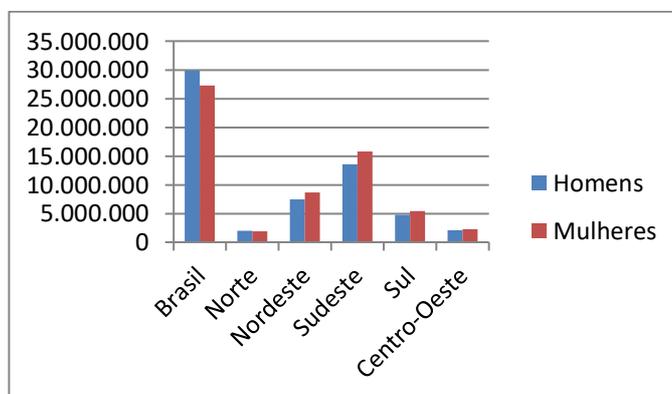
anos em todas as macrorregiões o que implica na adoção de políticas públicas para a prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) bem como de outras patologias, como o CMA, ponto chave deste estudo.

De modo a aprofundar nos dados e evidenciar a necessidade e relevância deste estudo, foi realizada uma busca pela distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade nas macrorregiões. Foram encontrados os seguintes dados, considere homens e mulheres em todas atribuições, respectivamente: Brasil – 29.906.034 homens/ 27.255.107 mulheres; região Norte – 1.946.664/1.906.443; região Nordeste – 7.453.510/8.618.118; região Sudeste 13.548.292/15.765.901; região Sul – 4.804.781/5.411.235, e região Centro-Oeste – 2.122.787/2.242.205. No *Gráfico 3* os dados foram dispostos, evidenciando a prevalência de mulheres, primeiramente, na região Sudeste e, secundamente, na região Nordeste.

Gráfico 3 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Região Nordeste, a partir de 40 anos - IBGE

(Modificado IBGE Censo Demográfico 2010 - Acesso online:

<https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12>)



A partir da análise do *Gráfico 3*, foram instituídas algumas hipóteses: quais os

fatores ligados à não realização de rastreamento para CMa? Quais macrorregiões mais acometidas por esses fatores?

Assim sendo, foram encontrados os fatores listados na *Tabela 1*: acesso ao sistema de saúde, desigualdades relacionadas ao gênero e trabalho, grandes distâncias entre as residências e os serviços de saúde, idade avançada e nível de escolaridade.

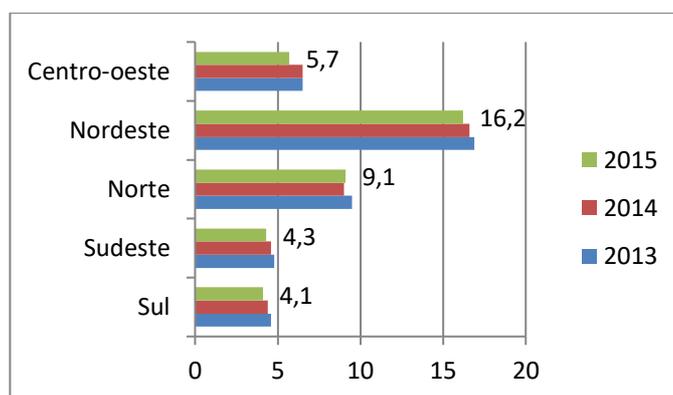
Tabela 1 – Fatores associados à não realização de exames de rastreamento para o Câncer de Mama por mulheres no Brasil

1. Acesso ao sistema de saúde
 2. Desigualdades relacionadas ao gênero e trabalho
 3. Grandes distâncias entre as residências e os serviços de saúde
 4. Idade avançada
 5. Nível de escolaridade
-

O *Gráfico 4* demonstra os dados encontrados para a taxa de analfabetismo de pessoas de 15 anos ou mais de idade, por Grandes Regiões, entre 2013 e 2015. Ela indica que a taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais de idade, por Grandes Regiões foram: 5,7% na Região Centro-oeste; 16,2% na Região Nordeste; 9,1% na Região Norte; 4,3% na região Sudeste, e 4,1% na Região Sul. Diante disso, mesmo com o decréscimo de 0,4% do ano de 2014 para o de 2015 na Região Nordeste, ainda se apresenta como a região brasileira com maior prevalência de analfabetos.

Gráfico 4 - Taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais de idade, por Grandes Regiões - 2013/2015

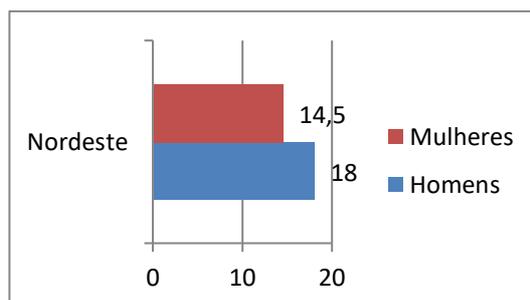
(Modificado PNAD - 2015)



Quando se aprofunda nos dados sobre a Região Nordeste, com ênfase na taxa de analfabetismo por sexo, o *Gráfico 5* apresenta a taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais da região Nordeste, segundo o sexo, de 2015 do PNAD. Embora as mulheres apresentem taxas menores quando comparada aos homens, nota-se que a alta incidência em toda região necessita de intervenção mais eficaz, buscando total compreensão por parte delas para os cuidados preventivos e necessários para com sua saúde.

Gráfico 5 - Taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais de idade, Região Nordeste, segundo o sexo - 2015

(Modificado PNAD - 2015)

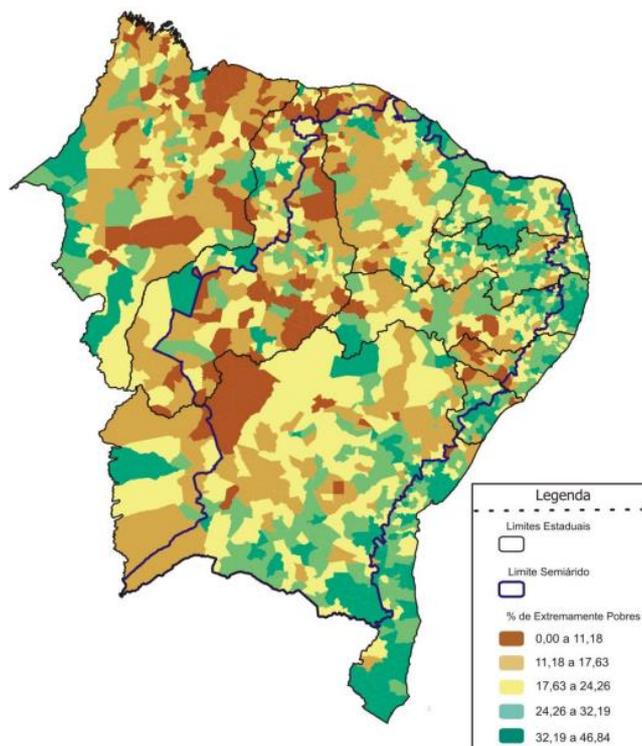


Denotando a necessidade deste trabalho e importância para a elaboração e adoção das políticas públicas já mencionadas, a *Figura 3* representa os municípios do Nordeste segundo a proporção de pessoas com renda familiar per capita de até R\$ 70, microdado do último Censo de 2010. Avaliando a alta prevalência de indivíduos em municípios com menos de 35 mil habitantes, evidenciado na região da última faixa do mapa.

Figura 3 - Municípios do Nordeste segundo a Proporção de Pessoas com Renda Familiar Per Capita de até R\$ 70 - Microdado Censo 2010

(Modificado - Acesso online:

https://www.bnb.gov.br/documents/88765/89729/novo_perfil_nordeste_brasileiro_censo_demografico_2010.pdf/34cfcc2e-1048-4dc1-9342-46b13eda208b)



4 DISCUSSÃO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) é um documento do MS, o qual foi elaborado juntamente ao movimento de mulheres, que visa documentar, por meio de princípios e diretrizes, os compromissos e deveres do sistema de saúde(6). Isso se torna importante quando se verifica a existência de 51,5% da população brasileira ser representada por mulheres (105,5milhões)(7). Esse documento garante, entre outras formas, a integralidade à saúde de mulheres lésbicas; de mulheres negras; de mulheres indígenas e da saúde de mulheres residentes e trabalhadoras na área rural, confirmando o cuidado específico e individualizado para cada uma das categorias mencionadas e das demais.

Embora os índices de desigualdade e pobreza tenham se alterado significativamente no Brasil nos últimos anos, as discrepâncias no acesso ao sistema de saúde ainda é uma realidade muito prevalente, mesmo que tenha aumentado a abrangência pela Estratégia da Saúde e da Família (ESF) em todo território nacional(8). Sendo essa uma característica evitável, as disparidades se tornam injustas, contraditórias ao Estado Democrático de Direito, e ligadas, intimamente, às desvantagens sociais, econômicas e/ou ambientais de determinada população ou região(9). Dentre essas discrepâncias, o acesso ao sistema de saúde é um fator importante a ser discutido tendo em vista que, levando em consideração a heterogeneidade - cultural, demográfica, social –, as desigualdades de relação de gênero e de trabalho, as grandes distâncias entre as residências e os serviços de saúde e a idade avançada, sendo fundamentais para explicar o não acesso. Ainda, o nível de escolaridade foi um aspecto

predisponente para a não realização do exame mamográfico, por exemplo, por mulheres nordestinas. A taxa de analfabetismo chegou a 16,2% nessa região, representando a maior taxa brasileira(7), sendo que 14,5% das mulheres com 15 anos ou mais se encontram nessa situação educacional. Essas taxas, quando contrastadas às demais regiões, como a Região Sul, com uma taxa de analfabetismo de 4,1%, evidencia a necessidade de abrangência das políticas públicas de combate ao analfabetismo na região Nordeste.

Diante dos dados apresentados, encontram-se, inseridas em todas as características sociodemográficas mencionadas, as mulheres da região Nordeste, em especial àquelas que se encontram em área rural. Elas são subestimadas pela sociedade, já que seus esforços se tornam invisíveis sob a ótica patriarcalista muito presente no Brasil e em regiões como a deste estudo. Nessa perspectiva de gênero e trabalho, a dominação masculina afastam as mulheres do protagonismo social, interferindo seriamente em seus direitos e conquistas, subordinando-as a condições meramente de subserviência(10). Não obstante, é importante elencar a contraposição salarial entre homens e mulheres, fato presente em todo território nacional mesmo com as melhorias no decorrer dos anos, mas ainda com uma taxa 5,2% de diferença(11). Isso implica diretamente nos índices socioeconômicos das trabalhadoras, uma vez que o patriarcalismo existente ratifica as diferenças salariais e fazem com que os mínimos recursos financeiros afastem aquelas que poderiam ter acesso ao sistema privado de saúde, caso não fossem assistidas pelo setor público de saúde, bem como tiram a garantia de acesso às Redes de Atenção à Saúde (RAS) distantes de suas residências e seus trabalhos, o que implica diretamente nas suas condições de saúde. Para mais, nota-se que a presença das áreas as

quais há maior proporção de pessoas com renda mínima per capita de até R\$70,00 estão difusamente distribuídas no interior da Região Nordeste. Isso implica na mobilidade e, conseqüente, chegada às Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Em contrapartida, para que se tenha informação sobre a necessidade de realizar o rastreamento do CMA e um diagnóstico precoce, deve ser disponibilizada a informação sobre os fatores de risco para o desenvolvimento dessa neoplasia além de estratégias que possam diminuir sua exposição. Uma das ações mediadas pelos órgãos supracitados, as Redes de Atenção ao Câncer de Mama da APS, se tornam um modificador relevante para o acesso. Entretanto, vê-se uma dificuldade para agendamento de consultas, falta de manutenção de aparelhos de mamografia e baixa eficiência de referência e contrarreferência da Atenção Secundária e Terciária, o que inviabiliza o programa do MS(12). As condições apresentadas podem estar relacionadas à maior incidência estimada para a região Nordeste quando nos referimos ao CMA, com um risco estimado de 44,29 por 100 mil. Os dados mencionados ainda se cruzam com a distribuição percentual da população residente na região: 23% de mulheres entre 40 e 59 anos, e 13,4% com 60 anos ou mais, idades essas que coincidem com a diretriz brasileira para rastreamento do CMA do MS – 50 a 69 anos -, reafirmando a necessidade do acesso a esses exames preventivos(1).

A ampliação da utilização de mamógrafos móveis é inerente à falta de manutenção de mamógrafos fixos, uma vez que estudos na região serrana do Rio de Janeiro foram eficazes, demonstrando a possibilidade de adaptação para demais regiões brasileiras, diminuindo o desperdício de recursos direcionado à realização de exames de rastreamento e ampliando a quantidade de mulheres,

no período de idade preconizado, assistidas(13).

Sabe-se, ainda, que, quanto menor o nível de escolaridade menores são suas condições de saúde(14). Na ótica por gênero desse local, homens e mulheres com taxas de analfabetismo de 18 e 14,5%, respectivamente, em pessoas com 15 anos ou mais, associado à prevalência em indivíduos a partir dos 40 anos, legitima a indigência de ações e políticas públicas que visem à promoção de saúde e prevenção em saúde como forma de modificar os determinantes sociais e o estado de saúde(7).

Quando se contrapõe o acesso de mulheres que vivem em área urbana com mulheres que vivem na área rural ao sistema de saúde, encontramos algumas diferenças como facilidade de acesso para aquelas em área urbana, o que contrapõe os dados da Região Sudeste com uma incidência de 81,06 para cada 100 mil habitantes, mas se justifica pela alta densidade demográfica, 93 hab/km². Para as mulheres em área rural no Nordeste, mesmo com uma baixa densidade de 36,39 hab/km², encontra-se uma elevada incidência, 44,29 para cada 100 mil habitantes, exponencialmente menor quando comparada ao Sudeste, mesmo que também haja uma menor densidade nessa região. Essa elevação em ambas regiões, tanto para incidência em área urbana quanto para áreas rurais, é um acontecimento da última década, visto que alguns estudos apontam que no período de 1980-2010 as taxas de mortalidade nas áreas rurais eram três vezes menores quando comparadas à mortalidade da zona urbana(15). Ademais, a diferença para a mortalidade dessas mulheres ainda pode ser explicada pela exposição aos fatores de risco que elas estão submetidas, como o diagnóstico tardio. Esses fatores ainda podem ser comparados com os dados analisados das mulheres na região Nordeste, as quais têm menor estudo – 14,5% delas são

analfabetas – e por estarem em área rural, sofrem com o isolamento, às condicionando a uma menor qualidade de vida social(16). Não obstante, mulheres isoladas, ou seja, aquelas que não têm companheiro(a) e autônoma, são duas vezes mais prováveis de morrer de câncer de mama quando comparadas com mulheres que têm convívio social(17). Outros fatores, como a terapia hormonal combinada após menopausa, a não amamentação, a obesidade, o alcoolismo, a ausência de prática de atividade física, entre outros fatores, tornam, tanto as mulheres em área urbana quanto as em área rural, suscetíveis ao desenvolvimento do CMA, reafirmando a hipótese deste estudo(18).

Diante dos argumentos supracitados, constata-se a importância do diagnóstico precoce, por meio da mamografia, para melhora do prognóstico e qualidade de vida das mulheres. Desde os fatores que influenciam na incidência da doença como também os meios pelos quais elas não realizam o exame de rastreamento, se tornam barreiras para a ineficiência das políticas públicas existentes e adoção dos protocolos de saúde. Alguns estudos indicam que há ainda insuficiência da Atenção Secundária (AS), uma vez que apenas 46 serviços do país realizavam todos os procedimentos necessários para confirmação do diagnóstico de CMA, sendo que quase 50% dos casos de câncer chegaram à AS sem o diagnóstico definitivo(2). Desse modo, além da dificuldade de adesão tanto por meio de rastreamento oportunista quanto para busca ativa por meio de projetos do MS e OMS, é o conflito entre diretrizes nacionais e internacionais, já que as diretrizes brasileiras indicam um início para rastreamento depois dos 50 anos enquanto diretrizes internacionais indicam um rastreamento precoce, antes dos 50 anos(2). Por isso, entender as dificuldades de base que impedem mulheres,

principalmente na zona rural da região Nordeste, a ter acesso ao rastreamento é de extrema necessidade para que se possa nortear intervenções específicas para esse grupo, efetivando os princípios de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde.

5 CONCLUSÃO

Diante dos argumentos expostos, esta pesquisa torna-se relevante por apresentar questões pouco discutidas na área da saúde, promovendo assim uma ótica específica, tanto em aspectos socioeconômicos e culturais quanto de saúde pública, a respeito de mulheres em área rural no Nordeste brasileiro. Embora a limitação deste trabalho tenha sido a obtenção de dados atualizados, o que se foi encontrado conseguiu corroborar com as principais hipóteses para o não acesso aos exames de rastreamento para o câncer de mama. Algumas dessas hipóteses foram comentadas nesta revisão com o objetivo de promover a significância do rastreamento em mulheres como forma de prevenção primária. Portanto, alternativas que possam alterar os problemas levantados neste estudo revelam, de certa forma, um caminho para a ampliação do acesso ao Sistema de Saúde bem como a alteração em alguns problemas de base, como o analfabetismo, por exemplo, que impede indivíduos de garantir seus direitos básicos de cidadania. Sendo o câncer de mama a principal causa de morte de mulheres no Brasil, ratifica-se, mais uma vez, a necessidade deste estudo, de modo a ampliar o número de mulheres em rastreamento com o intuito melhorar a qualidade e sobrevivência delas além de alterar as estimativas para os próximos anos. Por fim, ampliar os estudos da região Nordeste de modo a se obter uma ótica ampliada da situação é fundamental, garantindo que as dificuldades de acesso aos exames de rastreamento possam ser superadas e, definitivamente, se faça valer os princípios de integralidade, equidade e universalidade do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA/ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil [livro online]. Rio de Janeiro, 2020. [acesso em 05 jun 2020]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
2. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA/ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil. Rio de Janeiro, 2015. [acesso em 10 jun 2020]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-para-deteccao-precoce-do-cancer-de-mama-no-brasil>
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Primária / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
4. BARBOSA, Y.C., OLIVEIRA, A.G.C., RABÊLO, P. P. C., SILVA, F.S.S., SANTOS, A.M. Fatores associados à não realização de mamografia: Pesquisa Nacional de Saúde. Revista Brasileira de Epidemiologia [online]. 2013; v. 22: 1-13.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher / Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília :Ministério da Saúde, 2004.

6. MINISTÉRIO DA SAÚDE/SECRETARIA DE ATENÇÃO BÁSICA. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes [livro online]. Brasília, 2004. [acesso em 10 jun 2020]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf.
7. INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro; 2018. [acesso em 10 jun 2020]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>.
8. Viacava F, Bellido JG. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; vol. 21: 1-24.
9. Antunes JLF. Desigualdades em saúde: Entrevista com Nancy Krieger. *Tempo Soc.* [Internet]. 1 de junho de 2015 [citado 11 de junho de 2020];27(1):177-94. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ts/article/view/103360Autor/es>.
10. SANTOS, L.A. MULHER CAMPONESA: UMA LUTA POR VISIBILIDADE E DIREITOS NO MEIO RURAL. Goianésia: Faculdade Evangélica de Goianésia; 2019.
11. Soares S, Ribeiro LC. COMPARAÇÃO E MAPEAMENTO DO RENDIMENTO PRINCIPAL. 2019. *Revista Multidisciplinar. Humanidades & Tecnologias*. Ano XIV; vol 20.
12. Goldman Rosely Erlach, Figueiredo Elisabeth Niglio, Fustinoni Suzete Maria, Souza Káren Mendes Jorge de, Almeida Ana Maria de, Gutiérrez Maria Gaby Rivero de. Brazilian Breast Cancer Care Network: the perspective of health managers. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2019 Feb [cited 2020 Nov 22]; 72(Suppl 1):274-281. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

- 71672019000700274&Ing=en. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0479>.
13. Cunha GN, Vianna MM, Mosegui GBG, Silva MPR, Jardim FN. Rastreamento do câncer de mama: modelo de melhoria do acesso pelo uso de mamógrafos móveis. *Rev Panam Salud Publica*. 2019;43: e19. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.19>
14. Lima BM. Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. Julho de 2017 [citado em 22 de novembro de 2020]; 22 (7): 2097-2108. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002702097&Ing=en. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>.
15. Gonzaga CMR, Freitas-Junior R., Souza MR, Curado MP, Freitas NMA. Disparities in female breast cancer mortality rates between urban centers and rural areas of Brazil: Ecological time-series study. *Breast* [Internet]. 2014;23(2):180–7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.breast.2014.01.006>
16. Graells-Sans A, Serral G, Puigpinós-Riera R. Social inequalities in quality of life in a cohort of women diagnosed with breast cancer in Barcelona (DAMA Cohort). *Cancer Epidemiol* [Internet]. 2018;54(March):38–47. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.canep.2018.03.007>
17. Kroenke CH, Kubzansky LD, Schernhammer ES, Holmes MD, Kawachi I. Social networks, social support, and survival after breast cancer diagnosis. *J Clin Oncol*. 2006;24(7):1105–11. Available from: <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.04.2846>.

18. Spada FC, Pires KG, Costa LO, Figueiredo SBC. Fatores de risco e prevenção do câncer de mama risk factors and prevention of. 02:135–45

