

Revista Saúde.Com

ISSN 1809-0761

<https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc>**MORTALIDADE POR NEOPLASIA DE MAMA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR - BAHIA NO PERÍODO 2017 A 2019****MORTALITY BY BREAST NEOPLASIA IN THE MUNICIPALITY OF SALVADOR - BAHIA 2017 TO 2019****Gladistone Correia Messias, Ruth Souza Alves**

Hospital Santa Izabel

Abstract

The incidence of breast cancer tends to grow progressively from the age of 40, as well as mortality from this neoplasm. In 2019, deaths from breast cancer ranked first in the country, representing 16.1% of all deaths. The study objective is to identify the number of women who died from breast cancer in the city of Salvador, Bahia in the period 2017 to 2019. This is a descriptive cross-sectional study with a quantitative approach. Data regarding mortality from breast cancer were collected using DATASUS and SIM from 2017 to 2019. The mortality rate increased from 20.25 to 24.02 in Salvador during the analyzed period. The highest number of cases of deaths from breast cancer occurred with brown-skinned women (50.24%), aged between 50 and 59 years representing 23.24% and with 8 to 11 years of schooling (27.58%) during the analyzed period. Over the years there has been an increase in the number of deaths from breast cancer. It appears that women's survival can be prolonged when the disease is diagnosed at earlier stages. Strategies are needed to raise awareness among the female population on disease prevention, early diagnosis, and adequate treatment of breast cancer.

Keywords: Breast neoplasm; Mortality rate; Prevention.

Resumo

A incidência do câncer de mama tende a crescer progressivamente a partir dos 40 anos, assim como a mortalidade por essa neoplasia. Em 2019, os óbitos por câncer de mama ocuparam o primeiro lugar no país, representando 16,1% do total de óbitos. O objetivo do estudo foi identificar o número de mulheres que vieram a óbito por ocorrência da neoplasia de mama na cidade de Salvador, Bahia no período 2017 a 2019. Trata-se de um estudo transversal descritivo com abordagem quantitativa. Os dados referentes à mortalidade por neoplasia de mama foram coletados por meio do DATASUS e SIM no período de 2017 a 2019. A taxa de mortalidade aumentou de 20,25 para 24,02 em Salvador durante o período analisado. O maior número de casos de óbitos por câncer de mama ocorreu com mulheres de cor de pele parda (50,24%), com faixa etária entre 50 a 59 anos representando 23,24% e com escolaridade de 8 a 11 anos (27,58%) durante o período analisado. Com o passar dos anos houve um aumento do número de óbitos pelo câncer de mama. Constata-se que a sobrevivência das mulheres pode ser prolongada quando a doença é diagnosticada em estágios mais precoces. As estratégias para conscientizar a população feminina na prevenção da doença, são necessárias para o diagnóstico precoce, tratamento adequado do câncer de mama.

Palavras-chave: Neoplasia de mama; Taxa de Mortalidade; Prevenção.

Introdução

O câncer consiste em uma doença crônica, caracterizada pelo crescimento desordenado de células, o qual é resultante de alterações no código genético do indivíduo. Cerca de 5% a 10% das neoplasias são resultados diretos da herança genética relacionada ao câncer, mas grande parte envolve danos ao material genético, de origem física, química ou biológica, que se acumulam ao longo da vida¹.

Representando cerca de 12% de todas as causas de morte no mundo, o câncer é um importante problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo responsável por mais de seis milhões de óbitos a cada ano mundialmente. Ainda que as maiores taxas de incidência de câncer sejam encontradas em países desenvolvidos, dentre dez milhões de casos novos anuais de câncer, cinco milhões e meio são diagnosticados nos países em desenvolvimento, como o Brasil².

O câncer de mama é um grupo heterogêneo de doenças, com comportamentos distintos. A heterogeneidade deste câncer pode ser observada pelas variadas manifestações clínicas e morfológicas, diferentes assinaturas genéticas e consequentes diferenças nas respostas terapêuticas. O espectro de anormalidades proliferativas nos lóbulos e ductos da mama inclui hiperplasia, hiperplasia atípica, carcinoma in situ e carcinoma invasivo. Dentre esses últimos, o carcinoma ductal infiltrante é o tipo histológico mais comum e compreende entre 80 e 90% do total de casos³.

De modo geral, existem fatores que influenciam o aparecimento do câncer de mama: a hereditariedade, a obesidade, o sedentarismo, a menarca precoce, a menopausa tardia, o tabagismo, o alcoolismo, a gestação tardia, a nuliparidade, o fato de não ter amamentado, o uso de contraceptivos orais, a reposição hormonal pós menopausa e a idade maior que 50 anos. Fatores endócrinos e história reprodutiva estão relacionados ao estímulo de estrogênio, portanto quanto maior a exposição, maior o risco^{1, 4, 5}.

Dentre os tipos de câncer, o câncer de mama é o segundo tipo mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres, desconsiderando-se as neoplasias cutâneas não melanoma. Adicionalmente, a cada ano, cerca de 23% dos novos casos de câncer incidentes em mulheres estão relacionados ao câncer de mama. Estima-se que 1,38 milhão de mulheres em todo o mundo foram diagnosticadas com câncer de mama em 2008, respondendo por quase um

quarto de todos os cânceres diagnosticados em mulheres mundialmente⁶.

O perfil da morbimortalidade da população brasileira vem sofrendo uma mudança intensa com o passar dos anos, transitando de doenças infecto-parasitárias a crônico-degenerativas, como o câncer, tendo como principais causas as mudanças nos hábitos de vida e no perfil epidemiológico da população⁷.

No Brasil, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) ocorrerão cerca de 625 mil novos casos de neoplasias malignas por ano durante o triênio 2020-2022. Sendo esperados para o ano de 2020 em torno de 559.371 novos casos de câncer e 243.588 mortes^{8,9}. A taxa geral de mortalidade do câncer de mama no Brasil aumentou entre 1980 até 1994, seguida de um período de estabilidade entre 1995 a 2003. Estima-se que, no Brasil, a neoplasia de mama ocupa a primeira posição de morte por câncer em mulheres, com cerca de 18.068 óbitos somente em 2019¹⁰.

Programas de prevenção primária evitam o aparecimento de doenças, mas não são utilizados em relação ao câncer de mama devido às suas características biológicas e recursos tecnológicos disponíveis. O controle dessa doença se dá através da detecção precoce, na qual a lesão se restringe ao parênquima mamário, com um tamanho de no máximo três centímetros, permitindo o uso de recursos terapêuticos menos mutiladores e maior possibilidade de cura. Os meios mais eficazes para a detecção precoce de câncer de mama são o exame clínico de mamas (ECM) e a mamografia, pois o autoexame de mamas (AEM) detecta a doença geralmente em estágio avançado, sendo responsável por cerca de 80% das descobertas de cânceres de mama^{3, 11}.

O principal método utilizado para fornecer o diagnóstico de câncer de mama é a mamografia. O Ministério da Saúde atualmente recomenda que todas as mulheres entre 50 e 69 anos de idade realizem o exame de mamografia pelo menos uma vez a cada dois anos. A partir dos 70 anos, o método é contraindicado¹¹.

Tendo em vista a importância do conhecimento sobre a mortalidade envolvendo o câncer de mama no Brasil e suas regiões, a fim de promover um melhor planejamento de saúde pública, faz-se necessário um estudo de maior profundidade sobre a mortalidade do câncer de mama em Salvador, Bahia, assim, o estudo teve como objetivo analisar a tendência temporal de mortalidade por câncer de mama em Salvador, Bahia de janeiro de 2017 a dezembro de 2019.

de Salvador e a taxa de mortalidade, de 2017 a 2019.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa transversal de caráter descritivo e abordagem quantitativa de dados secundários a partir do Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e do o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Pesquisou-se notificações de óbitos com base na Classificação Internacional de Doenças (10ª Revisão - CID-10), utilizando o código C50, registrado no DATASUS como “Neoplasia maligna da mama”. A população de estudo foi constituída por todos os casos de mortalidade de mulheres em decorrência da neoplasia de mama que residiam do município de Salvador, Bahia no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2019. A população feminina estimada para os anos 2017 a 2019 em Salvador foi adquirida a partir da Subcoordenação de Informações em saúde (TABNET).

Para desenvolvimento do estudo foram utilizadas como variável de análise a cor/raça, faixa etária e escolaridade. As faixas etárias utilizadas foram agrupadas em intervalos de 10 anos, iniciando em 20 a 29 anos e terminando em 80 anos e mais, somando 7 grupos etários. A escolaridade foi agrupada de acordo com os grupos disponíveis na plataforma de dados. O gerenciamento de dados e a análise estatística foram conduzidos usando o software Microsoft Office Excel 2019 (Microsoft, Redmond, WA, EUA). A fim de determinar a taxa de mortalidade por causa (TMC) foi utilizada sempre a fórmula padrão: $TMC = \frac{N.º \text{ de óbitos por determina causa (ou grupo de causas) no período}}{\text{população total exposta do período}} \times 100.000$. Os resultados foram apresentados em formas de tabelas, expressos em números absolutos e porcentagem, foi utilizado o programa Microsoft Excel 2019.

Esta pesquisa não foi submetida à análise de comitê de ética, pois trata-se de uma pesquisa com dados secundários provenientes de domínio público.

Resultados

Durante o período analisado nesta pesquisa, que compreende entre 2017 a 2019, foram registrados 1037 óbitos por neoplasia maligna de mama no município de Salvador, Bahia. A tabela 1 expressa o número acumulado de mortes por câncer de mama na cidade de Salvador, o quantitativo da população feminina

Tabela 1 - Número de óbitos e taxa de mortalidade por neoplasia maligna de mama, em Salvador - Ba, Brasil, 2017 a 2019.

Ano	Número de óbitos	População feminina	Taxa de mortalidade
2017	319	1.575.177	20,25
2018	350	1.523.632	22,97
2019	368	1.531.648	24,02

Fonte: Elaboração própria, com dados disponibilizados pelo SIM/DATASUS

A tabela 2 informa o número de óbitos por neoplasia maligna de mama segundo a variável cor/raça em Salvador, entre os anos 2017 a 2019. Observa-se que mulheres com cor/raça parda apresentaram maior número de mortes pela neoplasia.

Tabela 2 - Número de óbitos e porcentagem de óbitos por neoplasia maligna de mama, segundo cor/raça em Salvador - Ba, Brasil, 2017 a 2019.

Cor/Raça	Óbitos/ano	
2017		%
Branca	74	23,20%
Preta	51	15,99%
Amarela	0	0,00%
Parda	167	52,35%
Indígena	0	0,00%
Cor/Raça ignorada	27	8,46%
2018		%
Branca	93	26,57%
Preta	71	20,29%
Amarela	1	0,29%
Parda	164	46,86%
Indígena	1	0,29%
Cor/Raça ignorada	20	5,71%
2019		%
Branca	77	20,92%
Preta	88	23,91%
Amarela	0	0,00%
Parda	190	51,63%
Indígena	1	0,27%
Cor/Raça ignorada	12	3,26%
Total		%
Branca	244	23,53%
Preta	210	20,25%
Amarela	1	0,10%
Parda	521	50,24%
Indígena	2	0,19%
Cor/Raça ignorada	59	5,69%

FONTE: Elaboração própria, com dados disponibilizados pelo SIM/DATASUS

A tabela 3 informa o número de óbitos por neoplasia maligna de mama segundo a variável faixa etária em Salvador, entre os anos 2017 a 2019. Observa-se que mulheres com faixa etária entre 50 a 59 anos representaram maior porcentagem, 23,24% dos óbitos, seguido da faixa etária 60 a 69 que representou 22,95% dos óbitos no período analisado.

Tabela 3 - Número de óbitos e porcentagem de óbitos por neoplasia maligna de mama, segundo faixa etária em Salvador - Ba, Brasil, 2017 a 2019.

Faixa etária	Óbitos/ano	
2017		%
20 a 29 anos	0	0,00%
30 a 39 anos	16	5,02%
40 a 49 anos	47	14,73%
50 a 59 anos	80	25,08%
60 a 69 anos	77	24,14%
70 a 79 anos	49	15,36%
80 anos e mais	50	15,67%
2018		%
20 a 29 anos	2	0,57%
30 a 39 anos	25	7,14%
40 a 49 anos	59	16,86%
50 a 59 anos	70	20,00%
60 a 69 anos	76	21,71%
70 a 79 anos	57	16,29%
80 anos e mais	61	17,43%
2019		%
20 a 29 anos	0	0,00%
30 a 39 anos	22	5,98%
40 a 49 anos	57	15,49%
50 a 59 anos	91	24,73%
60 a 69 anos	85	23,10%
70 a 79 anos	57	15,49%
80 anos e mais	56	15,22%
Total		%
20 a 29 anos	2	0,19%
30 a 39 anos	63	6,08%
40 a 49 anos	163	15,72%
50 a 59 anos	241	23,24%
60 a 69 anos	238	22,95%

Continuação...

70 a 79 anos	163	15,72%
80 anos e mais	167	16,10%

FONTE: Elaboração própria, com dados disponibilizados pelo SIM/DATASUS

A tabela 4 abaixo informa o número de óbitos por neoplasia maligna de mama segundo a variável faixa etária em Salvador, entre os anos 2017 a 2019. Observa-se que mulheres com escolaridade de 8 a 11 anos representaram 27,58% dos óbitos, seguido de mulheres com escolaridade de 1 a 3 anos que representou 23,72% dos óbitos registrados no período analisado.

Tabela 4 - Número de óbitos e porcentagem de óbitos por neoplasia maligna de mama, segundo escolaridade em Salvador - Ba, Brasil, 2017 a 2019.

Escolaridade	Óbitos/ano	
2017		%
Nenhuma	8	2,51%
1 a 3 anos	68	21,32%
4 a 7 anos	35	10,97%
8 a 11 anos	92	28,84%
12 anos e mais	46	14,42%
Ignorada	70	21,94%
2018		%
Nenhuma	13	3,71%
1 a 3 anos	80	22,86%
4 a 7 anos	43	12,29%
8 a 11 anos	92	26,29%
12 anos e mais	50	14,29%
Ignorada	72	20,57%
2019		%
Nenhuma	21	5,71%
1 a 3 anos	98	26,63%
4 a 7 anos	52	14,13%
8 a 11 anos	102	27,72%
12 anos e mais	52	14,13%
Ignorada	43	11,68%
Total		%
Nenhuma	42	4,05%
1 a 3 anos	246	23,72%
4 a 7 anos	130	12,54%
8 a 11 anos	286	27,58%
12 anos e mais	148	14,27%
Ignorada	185	17,84%

FONTE: Elaboração própria, com dados disponibilizados pelo SIM/DATASUS

Discussão

No Brasil, a saúde da mulher começou a ser incorporada às políticas nacionais com o atendimento limitado ao ciclo gravídico-puerperal, por meio do Programa de Saúde Materno Infantil, no final dos anos 60. A fim de consolidar os serviços básicos de atenção à saúde feminina, o Ministério da saúde organizou em 1984 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, englobando a prevenção do câncer de colo do útero e de mama. Entretanto, as atividades permaneceram centradas nas demandas relativas ao ciclo gravídico-puerperal e anticoncepção^{12,13}.

Em 1996, o Ministério da Saúde, por intermédio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), lançou o Programa Viva Mulher, cujo objetivo era reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais dos cânceres de mama e de colo do útero, oferecendo serviços de prevenção e detecção precoce¹².

O Plano Estadual de Atenção ao Câncer 2016- 2023, aprovado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), conforme Resolução nº 170/2015, estabelece, entre seus princípios e diretrizes, a organização de redes de atenção regionalizadas e descentralizadas, com pontos de atenção integrados, em observância aos critérios de acesso, escala e escopo para oferta do cuidado integral em tempo oportuno¹⁴.

A Rede de Atenção ao Câncer no Estado da Bahia está presente em 6 das 9 macrorregiões de saúde do estado, totalizando 13 serviços, sendo 6 (46,1%) localizados na cidade de Salvador; e 7, em municípios-sede de regiões de saúde, para atender os 417 municípios que compõem sua base territorial (BAHIA, 2016)¹⁴.

A taxa de mortalidade por câncer de mama, ajustada pela população mundial, foi 14,23 óbitos/100.000 mulheres, em 2019, com as maiores taxas nas regiões Sudeste e Sul, com 16,14 e 15,08 óbitos/100.000 mulheres, respectivamente³. O câncer de mama é a primeira causa de morte por câncer na população feminina em todas as regiões do Brasil, exceto na região Norte, onde o câncer do colo do útero ainda ocupa o primeiro lugar.

A incidência do câncer de mama tende a crescer progressivamente a partir dos 40 anos, assim como a mortalidade por essa neoplasia. Na mortalidade proporcional por câncer em mulheres, em 2019, os óbitos por câncer de mama ocupam o primeiro lugar no país, representando 16,1% do total de óbitos. Esse

padrão é semelhante para as regiões brasileiras, com exceção da região Norte, onde os óbitos por câncer de mama ocupam o segundo lugar, com 13,2%. Os maiores percentuais na mortalidade proporcional por câncer de mama foram os do Sudeste (16,9%) e Centro-Oeste (16,5%), seguidos pelo Nordeste (15,6%) e Sul (15,4%)^{3,9}.

De acordo com os dados coletados, ao avaliar o período de 2017 a 2019, presentes na tabela 1 e figura 1, percebe-se um aumento do número de vítimas da neoplasia maligna de câncer no município. A taxa de mortalidade aumentou de 20,25 para 24,02 mulheres a cada 100.000 habitantes em Salvador durante o período analisado.

Quanto à variável raça/cor de pele presentes na tabela 2 e figura 2, foram selecionadas branca, preta, amarela, parda, indígena e cor/raça ignorada. Observa-se que, quando relacionado à raça amarela e indígena, apenas 1 e 2 casos foram registrados respectivamente durante o período que compreende de 2017 a 2019. O maior número de casos de óbitos por câncer de mama ocorreu com mulheres de cor de pele parda, com total de 521 óbitos (50,24%), seguido de mulheres de cor de pele branca, com total de 244 óbitos (23,53%) durante o período analisado.

Identificou-se dado semelhante aos encontrados nesta pesquisa em um estudo realizado no Hospital Santa Rita de Cássia, em Vitória (ES), de 2000 a 2006. O referido estudo encontrou, após análise composta por 2930 cadastros de mulheres com tumor primário de mama, que 53% das pacientes correspondiam a cor parda e 43,3% com cor de pele branca.¹⁵

A fonte de informação da variável cor/raça é autoanálise da paciente no momento da primeira consulta, por formulação da pergunta pelo profissional de saúde, ou pela concepção do próprio profissional, sem questionamento à paciente. Não há uma uniformização de conduta relativa à coleta dessa informação, assim, o critério de obtenção fica por conta do profissional que realiza o atendimento. A falta de consistência conceitual acerca das definições das categorias raça e etnia dificulta a análise dessa variável^{16,17}.

De acordo com o sistema de classificação de raça/cor brasileiro, Cardoso e colaboradores¹⁸ se referem à parcialidade dos registros, fundamentada nos significados dos atributos históricos e de *status* da sociedade brasileira:

De fato, o padrão classificatório no Brasil é frequentemente caracterizado pela fluidez (indeterminação, subjetividade e dependência contextual) em sua aplicação. Constata-se, por exemplo, que quanto maior a posição sócio-econômica do indivíduo, mais recorrente é a possibilidade dele se *embranquecer*.

A influência da variável raça/cor e etnia como um fator determinante das desigualdades sociais e de acesso os serviços de saúde vêm sendo estudada nos últimos anos por diversos pesquisadores. Em consonância com este determinante, aponta-se que a raça negra, em geral, está associada a um fator de pior prognóstico quando comparada a outros grupos étnicos-raciais, apontando como possíveis causas o diagnóstico tardio da doença, o acesso mais dificultado à assistência e às possíveis diferenças no tratamento e nos seus resultados^{15,17}.

De acordo com a tabela 3 e figura 3, o número total e a porcentagem de óbitos por câncer de mama por faixa etária aumentaram com aumento da idade até a faixa etária de 79 anos em todos os anos do período estudado. Observou-se, igualmente, que, em todos os anos analisados, houve um número expressivo de casos, de 15 a 17%, de óbitos de mulheres acima de 80 anos de idade. Menores porcentagens de óbitos foram observadas entre as mulheres mais jovens, com faixa etária entre 20 a 29 anos e 30 a 39 anos. Observa-se que mulheres com faixa etária entre 50 a 59 anos representaram maior porcentagem, 23,24% dos óbitos, seguido da faixa etária 60 a 69 que representou 22,95% dos óbitos no período analisado.

Os dados apresentados corroboram com estudos que demonstram que o câncer de mama acomete, principalmente mulheres de 40 a 69 anos, mas a incidência não está restrita somente a essa faixa etária. A mortalidade do câncer de mama no Brasil não é homogênea entre as faixas etárias e vem aumentando entre as mulheres mais jovens com tendência semelhante à de mulheres acima de 50 anos. Além disso, deve-se enfatizar que o rastreamento com mamografia, geralmente não é indicado para mulheres com menos de 50 e mais de 69 anos, estando associado ao equilíbrio entre riscos e benefícios possíveis^{19,20}.

A faixa etária é apontada por diversos estudos como um dos principais fatores prognósticos a serem avaliados em relação aos

tumores malignos de mama, apontando pior prognóstico para a faixa etária igual ou inferior aos 35 anos e também para aquelas cujo diagnóstico venha a ser estabelecido a partir dos 75 anos. Já o melhor prognóstico para sobrevida em cinco anos é apontado no grupo de mulheres que têm o diagnóstico entre os 40 e 49 anos¹⁹⁻²¹.

Em estudo epidemiológico conduzido por Thuler²² utilizando dados dos registros de câncer de base populacional de Goiânia, São Paulo e Manaus, encontrou que 60 a 70% dos casos novos de neoplasias de mama ocorreram na faixa etária compreendida entre 40 e 69 anos de idade, em outro estudo realizado por Rezende e colaboradores²³ encontraram incidência maior na média de idade de 54 anos, com intervalo de mais ou menos 12 anos, valores semelhantes aos encontrados na presente pesquisa.

De acordo com a tabela 4 e a figura 4, mulheres com escolaridade de 8 a 11 anos representaram 27,58% dos óbitos, seguido de mulheres com escolaridade de 1 a 3 anos que representou 23,72% dos óbitos registrados no período analisado. Dados semelhantes sobre a escolaridade foram encontrados no estudo de Guerra e colaboradores²⁴, analisando os dados do Sistema de Informação Hospitalares (SIH), do Sistema de Informação ambulatorial (SIA) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do município de Juiz de fora, Minas Gerais, e concluíram que quanto à mortalidade e a variável escolaridade, há o predomínio de escolaridade menor que 11 anos, faixa etária de 50 a 69 anos e mulheres casadas.

A análise da mortalidade de acordo com a escolaridade apresentou dificuldade, tendo em vista o percentual de mulheres que foram a óbito e tiveram essa variável ignorada no momento do preenchimento dos dados do óbito. O percentual ignorado variou entre 11,68% em 2019 até 21,94% em 2017. Romero e Cunha²⁵ sugeriram uma classificação para a incompletude usando os seguintes graus de avaliação: excelente (menor de 5%), bom (5 a 10%), regular (10 a 20%), ruim (20 a 50%) e muito ruim (50% ou mais). De acordo com esta classificação a incompletude da variável escolaridade na mortalidade feminina por câncer de mama nos anos de 2017 a 2019 em Salvador foi reduzindo a cada ano, sendo ruim com 21,94% em 2017 e 20,57% em 2018 e regular em 2019 com 11,68% da variável escolaridade ignorada no preenchimento dos dados de óbitos.

O analfabetismo entre a população do presente estudo reflete as desigualdades sociais estabelecidas entre os mais e os menos favorecidos economicamente, bem como entre

negros e pardos, dificultando o acesso às informações importantes sobre prevenção e detecção precoce de doenças, além da dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Cruz²⁶ em seu estudo sobre as desigualdades raciais no Brasil em relação à saúde considera que “A escolaridade é um importante indicador de saúde por estar relacionada à aquisição de comportamentos saudáveis e de habilidades para o gerenciamento da doença e do tratamento”.

A recomendação para rastreamento do câncer de mama é controversa nos grupos de mulheres de baixo risco, sob o argumento de que o aumento do acesso e uso de serviços nesses grupos podem representar desperdício de recursos. A literatura, portanto, alerta para os benefícios ambíguos da rotina de rastreamento nesse subgrupo populacional, salvo quando o benefício individual deva ser considerado, especialmente nas mulheres com alto risco. Embora, é sabido que não há dúvidas de que o rastreamento de câncer de mama salva vidas, mas o faz a um preço considerável: muitos casos sobrediagnosticados e tratados de forma desnecessária, implicando em anos potenciais de vida perdidos graças ao tratamento, muitas vezes agressivo e que repercute negativamente na qualidade de vida das mulheres¹⁹.

Em relação ao câncer de mama, a sobrevida é maior nos casos em que a doença é diagnosticada em estádios mais precoces, o que faz dos programas de rastreamento efetiva estratégia em reduzir a mortalidade^{8, 14}. No Brasil, a recomendação do Ministério da Saúde para o rastreamento do câncer de mama inclui exame das mamas anual para mulheres a partir dos 40 anos e realização de mamografia pelo menos a cada dois anos entre 50 e 69 anos; para mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama, exame clínico e mamografia anuais a partir dos 35 anos.^{4,8,14}

Considerações finais

A mortalidade do câncer de mama no Brasil não é homogênea entre as faixas etárias, e observa-se que a mortalidade vem aumentando em mulheres jovens, com tendência semelhante de aumento, embora não com o mesmo comportamento das mulheres acima de 50 anos

Em síntese, a pesquisa apontou um aumento na taxa de mortalidade entre o período de 2017 a 2019. O maior número de casos de óbitos por câncer de mama ocorreu com mulheres de cor de pele parda, com total de 521

óbitos (50,24%), seguido de mulheres de cor de pele branca com total de 244 óbitos (23,53%), ao analisar a faixa etária, observou-se que mulheres com faixa etária entre 50 a 59 anos representaram maior porcentagem, 23,24% dos óbitos, seguido da faixa etária 60 a 69 que representou 22,95% dos óbitos e que mulheres com escolaridade de 8 a 11 anos representaram 27,58% dos óbitos, seguido de mulheres com escolaridade de 1 a 3 anos que representou 23,72% dos óbitos registrados no período analisado.

Conclui-se, diante do aumento na mortalidade por câncer de mama Salvador entre o período de 2017 a 2019, que é necessário intensificar a busca pela detecção precoce, em fase pré-clínica da enfermidade, e universalizar o acesso aos serviços locais que se mostraram adequados para o tratamento.

A descrição do perfil sociodemográfico da mortalidade do câncer de mama em Salvador durante o período de 2017 a 2019 pode oferecer bases para a avaliação das políticas de Saúde Pública, favorecendo o enfrentamento dessa neoplasia, diminuindo as diferenças e iniquidades entre as grandes regiões.

Campanhas de conscientização sobre prevenção, diagnóstico e tratamento servem como alerta e estimulam o cuidado feminino e o conhecimento do próprio corpo pela mulher. No entanto, o foco não deve ser mais no autoexame, mas sim nos fatores de risco. Além do que, tal campanha precisa estar integrada com as Diretrizes do Ministério da Saúde. Finalmente, é importante considerar que o fortalecimento do Sistema Único de Saúde é indispensável para que as ações preconizadas pelas diretrizes cheguem em todas as grandes regiões do Brasil, de forma igualitária às mulheres, independente da escolaridade, cor de pele, estado civil e idade.

Referências

1. Adami HO, Day NE, Trichopoulos D, Willett WC. Primary and secondary prevention in the reduction of cancer morbidity and mortality. *Eur J Cancer*. 2001 Oct;37 Suppl 8:S118-27. doi: 10.1016/s0959-8049(01)00262-3.
2. World Health Organization (WHO). Policies and managerial guidelines for national cancer control programs. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;12(5):366-370. doi: 10.1590/S1020-49892002001100015.
3. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Conceito e Magnitude do câncer de mama. [Internet]. 2021 [citado em 20 de julho de 2023]. Disponível em:

- <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-de-mama>.
4. de Assis EA, Barreto Mda L, Lima KB. Perfil Sociodemográfico Do Câncer De Mama Na Bahia Nos Anos De 2013 a 2018. *Textura*. 2019;13(21):104-113. doi: 10.22479/desenreg2019v13n21p104-113.
 5. Inumaru LE, da Silveira ÉA, Naves MM. Risk and protective factors for breast cancer: A systematic review. *Cad Saude Publica*. 2011;27(7):1259-1270. doi: 10.1590/S0102-311X2011000700002.
 6. Kluthcovsky ACGC, Faria TNP, Carneiro FH, Strona R. Female breast cancer mortality in Brazil and its regions. *Rev Assoc Med Bras*. 2014;60(4):387-393. doi: 10.1590/1806-9282.60.04.019.
 7. Paulinelli RR, Freitas Júnior Rd, Curado MP, Souza A de Ae. A situação do câncer de mama em Goiás, no Brasil e no mundo: tendências atuais para a incidência e a mortalidade. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2003;3(1):17-24. doi: 10.1590/S1519-38292003000100004.
 8. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estimativa 2020: incidência do Câncer no Brasil. [Internet]. 2019 [citado em 20 de julho de 2023]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/f>
 9. World Health Organization (WHO). World cancer report 2020. International Agency for Research on Cancer (IARC). [Internet]. 2020 [citado em 20 de julho de 2023]. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today>.
 10. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Atlas da mortalidade. [Internet]. 2021 [citado em 20 de julho de 2023]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/app/mortalidade>.
 11. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil. [Internet]. 2015 [citado em 20 de julho de 2023]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diret>
 12. Corrêa DAD, Villela WV. O controle do câncer do colo do útero: desafios para implementação de ações programáticas no Amazonas, Brasil. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2008;8(4):491-497. doi: 10.1590/S1519-38292008000400015.
 13. Schraiber LB. Equidade de gênero e saúde: O cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: *Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão*. 2005. p. 39-58. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/grupos/arquivos/20080228034019.pdf>.
 14. Bahia. Plano Estadual de Atenção ao Câncer. Salvador: Sesab; 2016.
 15. Silva PFE. Perfil de mulheres com câncer de mama atendidas em Vitória - ES : Influência das variáveis sociodemográficas com o estadiamento clínico do tumor antes do tratamento. 2009;122.
 16. Maio MC, Monteiro S, Chor D, Faerstein E, Lopes CS. Cor/raça no Estudo Pró-Saúde: resultados comparativos de dois métodos de autotaxonomia no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(1):171-180. doi: 10.1590/s0102-311x2005000100019.
 17. Olinto MTA, Olinto BA. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2000;16(4):1137-1142. doi: 10.1590/s0102-311x2000000400033.
 18. Cardoso AM, Santos RV, Coimbra CA. Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação? *Cad Saude Publica*. 2005;21(5):1602-1608. doi: 10.1590/s0102-311x2005000500035.
 19. Albuquerque Martins C, Mendonça Guimarães R, Leiróz Pereira Duarte Silva R, Pate de Souza Ferreira A, Lourenço Gomes F, Cavalcante Sampaio JR, Sá de Souza M, de Souza TS, Felix Ribeiro da Silva M. Evolução da Mortalidade por Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Desafios para uma Política de Atenção Oncológica. *Rev Bras Cancerol*. 2013;59(3):341-349. doi: 10.32635/2176-9745.rbc.2013v59n3.499.
 20. Höfelmann DA, dos Anjos JC, Ayala AL. Sobrevida em dez anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Joinville, Santa Catarina, Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2014;19(6):1813-1824. doi: 10.1590/1413-81232014196.03062013.
 21. Guerra MR, Gallo CVdM, Mendonça GAeS. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Rev Bras Cancerol*. 2005;51(3):227-234. doi: 10.32635/2176-9745.rbc.2005v51n3.1950.
 22. Thuler LC. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. *Rev Bras Cancerol*. 2003;49(4):227-238. doi: 10.32635/2176-9745.rbc.2003v49n4.2076.
 23. Rezende MCR, Koch H, Figueiredo JA, Thuler LS. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009;31(2):75-81. doi: 10.1590/s0100-72032009000200005.
 24. Guerra MR, Azevedo e Silva G, Nogueira MC, Leite ICG, de Oliveira RVdC, Cintra JRD, et al.

Sobrevida por câncer de mama e iniquidade em saúde. *Cad Saude Publica*. 2015;31(8):1673-1684. doi: 10.1590/0102-311X00145214.

25. Romero DE, Cunha CBD. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). *Cad Saude Publica*. 2006;22(3):673-681. doi: 10.1590/s0102-311x2006000300022.

26. da Cruz ICF, Saúde e iniquidades raciais no Brasil: O caso da população negra. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2006;5(2).

Endereço para Correspondência

Gladistone Correia Messias

E-mail: gladmessias@hotmail.com

Recebido em 26/07/2023

Aprovado em 26/03/2024

Publicado em 10/04/2024