

Vulnerabilidad social e autocuidado relacionado a la prevención del cáncer de mama y de cuello uterino

Vulnerabilidade social e autocuidado relacionado à prevenção do câncer de mama e de colo uterino

Social vulnerability and self-care related to breast and cervical cancer prevention

Recibido: 10/12/2015

Aprobado: 03/03/2016

Publicado: 01/05/2016

Joquebede Cristina Luchetti¹

Márcia Regina Campos Costa da Fonseca²

Maria Cristina Traldi³

El objetivo del estudio fue analizar la asociación entre la vulnerabilidad social y el auto-cuidado mediante el análisis de la adhesión a las acciones de los programas de prevención de cáncer de mama y de cuello de útero en una comunidad cerrada de mujeres. Estudio transversal hecho en el periodo de 2008 al 2014 con muestra de 495 mujeres ≥ 40 años, que viven en la zona cercana de una Unidad de Salud de la Familia en una ciudad en el sureste del Brasil. El promedio anual del Papanicolaou y mamografía y/o ecografía fue 150,0 y 150,6, respectivamente. No se encontró asociación significativa entre la adhesión a exámenes preventivos para el cáncer de mama y de cuello uterino y dos grupos sin vulnerabilidad social (77,8%) y en esta condición (22,2%). En conclusión, las acciones de la Estrategia Salud de la Familia están alcanzando eficacia en la promoción de la equidad de acceso y facilitar el auto-cuidado de la salud de los grupos más vulnerables.

Descriptor: Vulnerabilidad en salud; Neoplasias de la mama; Neoplasias del cuello uterino, Salud de la mujer.

O objetivo do estudo foi analisar a associação entre vulnerabilidade social e o autocuidado através da análise da adesão às ações dos programas de prevenção do câncer de mama e de colo uterino em uma comunidade fechada de mulheres. Estudo transversal com corte no período de 2008 e 2014, com amostra de 495 mulheres ≥ 40 anos, moradoras da área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família em município do sudeste brasileiro. A média anual de Papanicolaou e mamografias e/ou ultrassonografias foi de 150,0 e 150,6, entre todas pesquisadas respectivamente. Não houve associação significativa entre adesão aos exames preventivos do câncer de mama e de colo uterino e os dois grupos: sem vulnerabilidade social (77,8%) e nesta condição (22,2%). Conclui-se que as ações da Estratégia de Saúde da Família estão alcançando efetividade em promover a equidade do acesso e facilitar o autocuidado com a saúde dos grupos mais vulneráveis.

Descritores: Vulnerabilidade em saúde; Neoplasias da mama; Neoplasias do colo do útero; Saúde da mulher.

The aim of this study was to analyze the association between social vulnerability and self-care through analyzing the accession to the actions of prevention programs for breast cancer and cervical in a closed community of women. A cross sectional study with cut in the period 2008 and 2014 years and sample of 495 women ≥ 40 years, living in the coverage area of a Family Health Unit in a city in southeastern Brazil. The average annual Pap smear and mammogram and / or ultrasound were 150.0 and 150.6, respectively. There was no significant association between adherence to preventive exams for breast and cervical cancer and two groups: without social vulnerability (77.8%) and in this condition (22.2%). In conclusion, the actions of the Family Health Strategy are reaching effectiveness in promoting equity of access and facilitate self-care for the health of the most vulnerable groups.

Descriptors: Health vulnerability; Breast neoplasms; Uterine cervical neoplasms; Women's health.

INTRODUCCIÓN

¹ Enfermera graduada por la Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ), SP, Brasil. joquebedeluchetti@gmail.com. Brasil.

² Enfermera. Maestra en Farmacología. Doctora en Ciencias Médicas. Profesora Adjunta en la Graduación y en el Programa de Maestría en Ciencias de la Salud en la Facultad de Medicina de Jundiaí (FMJ) y Profesora de la Facultad São Leopoldo Mandic - Campinas), SP, Brasil. fonseca100@uol.com.br. Brasil.

³ Enfermera. Especialista en Medicina Social Preventiva. Maestra y Doctora en Educación. Profesora Adjunta de la Graduación y del Programa de Maestría en Ciencias de la Salud en la Facultad de Medicina de Jundiaí (FMJ), SP, Brasil. mcristraldi@gmail.com. Brasil.

Cáncer es el nombre que se atribuye a un grupo de más de cien enfermedades que tienen como rasgo común la invasión de tejidos y órganos por células con crecimiento desordenado. En Brasil, de las 1,318,000 muertes registradas en 2014, 223,700 fueron causadas por el cáncer, y de esas, 104,100 (7,9%) eran mujeres. El cáncer de mama y el cervical representaron respectivamente 16,8% e 8,6% de las muertes por cáncer en mujeres, superando 25% del total de óbitos causados por neoplasias¹.

En 10 años (2003-2013), los óbitos causados por cáncer en todas las partes del cuerpo crecieron; específicamente el cáncer en el cuello del útero creció 29,2%, y el cáncer de mama, 52%. Ese crecimiento indica el aumento de casos de cáncer en la población, y otros factores como la tardanza en el hallazgo del diagnóstico o en el comienzo del tratamiento^{2,3}.

El cáncer de cuello de útero posee una de las mayores tasas de cura, llegando a el 100% si diagnosticado y tratado en sus fases iniciales o precursoras; su frecuencia es mayor desde los 30 años de edad⁴. El cáncer de mama, también, presenta un buen pronóstico y gran probabilidad de cura si diagnosticado con precocidad⁵.

Esos son los dos tipos de cáncer con políticas preventivas más bien definidas, medidas de averiguación sistematizadas y divulgadas ampliamente en campañas para la concienciación de la población en el Brasil^{6,7}.

Las acciones de rastreo del cáncer de cuello uterino tienen como objeto mujeres que ya iniciaron su vida sexual, especialmente aquellas entre los 25 y los 64 años. Son recomendados dos exámenes en años consecutivos, y caso los dos resultados sean negativos, que se los pase a hacer de tres en tres años⁷. Sin embargo, mujeres aún más jóvenes se someten a los exámenes; en 2010, cerca del 10% de las pruebas de Papanicolaou fueran hechas con mujeres menores de 25 años^{8,9}.

Actualmente, los métodos para el rastreo del cáncer de mama se resumen a la mamografía, examen de máxima confianza,

gracias a su potencial de detectar la mayoría de los tipos de cáncer, antes mismo que se los pueda percibir por medio del auto examen mamario. Es recomendado que mujeres entre 50 y 69 años la hagan a cada dos años, con excepción de las que pertenecen a los grupos de riesgo, como: histórico familiar de la enfermedad, primera menstruación precoz, primero embarazo para allá de los 30 años, menopausia tardía (después de los 50 años), y el hecho de nunca haber parido; en esos casos, la mamografía se recomienda desde los 35 años¹⁰.

Entre los meses de enero y octubre de 2013 en el Brasil, 4,1 millones de mujeres de todos los grupos de edad se sometieron a exámenes mamográficos, y a los de rastreo y diagnóstico, y los registros indicaron un crecimiento de 25% en el número de mamografías conducidas por el Sistema Único de Salud (SUS) entre 2010 y 2012¹¹.

La gran reglamentación de medidas preventivas contra los cánceres de mama y cuello uterino permitió que se criara en el país un sistema para supervisar las acciones desarrolladas. El Sistema de Informaciones del Cáncer de Cuello del Útero (SISColo), y el Sistema de Información de Control del Cáncer de Mama (SISMama) son sistemas informatizados que reúnen informaciones con respecto a los programas de prevención de los dos tipos de cáncer que más afectan la población femenina, aunque todavía necesiten de registros completos sobre la totalidad de las acciones conducidas por los servicios - especialmente los del sector privado de salud^{12,13}.

La existencia de esos sistemas informatizados, la definición clara de la reglamentación de las políticas públicas oncológicas, y la facilidad del acceso a acciones de ambos los programas en la atención primaria a la salud son los principales motivos que llevarán a elegirles para efectuar un análisis del auto-cuidado con la salud de la mujer, así influenciando en la realización de esa investigación.

Diversas investigaciones conducidas en el Brasil se dedicaron a la evaluación de la adhesión a medidas de prevención y control de los cánceres de mama y cuello uterino, pero su atención se enderezó especialmente a uno u otro programa de rastreo, haciendo con que aún no sean conocidos algunos aspectos esenciales con respecto a esa adhesión, particularmente los factores sociodemográficos para allá de características como ingreso y escolaridad, que pueden influenciar el acceso a las acciones ofrecidas por la atención primaria^{4,5,14}.

Una pregunta que nació del desconocimiento de tales aspectos encaminó el desarrollo de esta investigación: ¿Son las mujeres que practican acciones de autocuidado cuanto a la prevención de los cánceres de mama y uterino el sector menos socialmente vulnerable de la población femenina?" De otro modo: ¿Las mujeres que dedican menos tiempo a la salud son aquellas que viven en núcleos familiares en los cuales el riesgo de enfermedades es mayor, gracias a condiciones especiales traídas por el comprometimiento de la salud de uno o más de sus miembros?

La decisión de investigar la conexión entre el autocuidado y la vulnerabilidad social surgió del concepto de esa última expresión, según el cual personas así vulnerables tienen más dificultad en el confronto de situaciones de riesgo y en la tomada de decisiones importantes. Gracias a la relación comúnmente establecida entre la vulnerabilidad social y los procesos de exclusión, discriminación, y debilitamiento de los grupos sociales y de su capacidad de reacción, la relación entre esa vulnerabilidad y los riesgos a la salud también se hace estrecha¹⁵.

De manera a producir una respuesta a la cuestión propuesta, ese estudio he hecho un rescate retrospectivo de los registros de los exámenes de mamografía y/o ultrasonido y Papanicolaou, para así analizar el padrón de adhesión de una cierta población femenina a las medidas de prevención contra los cánceres de mama y útero, procurando caracterizar las acciones preventivas de esas mujeres en dos

grupos: el de mujeres cuyas familias son socialmente vulnerables, y el de mujeres no sometidas a esa condición.

Así, el objetivo de esta investigación fue analizar la relación entre la vulnerabilidad social y la adhesión a los programas de prevención del cáncer de mama y del cuello uterino, en mujeres de una comunidad, en un período de siete años (del 2008 al 2014).

Se partió de la hipótesis que las mujeres en situación no-vulnerable son también las que más practican el autocuidado y realizan regularmente la mamografía y/o la prueba de ultrasonido, y el Papanicolaou, para el rastreo de los cánceres de mama y de cuello uterino.

MÉTODO

Este es un estudio transversal, realizado con mujeres que habitan el área de alcance y hacen uso de una Unidad de la Salud de la Familia (USF) en una ciudad del interior de São Paulo, en el Suroeste del Brasil, en un período de siete años, entre 2008 y 2014.

Se definió la muestra desde una lista de 657 mujeres cuya edad fuera igual o mayor que 40 años, habitantes de las seis micro-áreas que componen la región atendida por la Unidad de Salud de la Familia que se investigó. La lista en cuestión es un registro utilizado por los Agentes Comunitarios de Salud para la programación anual de los exámenes mamográficos en el rastreo del cáncer de mama, y la busca activa de las faltantes. La ciudad, vale decir, orienta las unidades de atención primaria para que conduzcan el rastreo del cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años.

Se excluyó de la investigación 162 mujeres que no estuvieran en la Unidad, resultando en una muestra de 495 mujeres, o sea, 75,3% de las registradas.

La generalización de los resultados de esa investigación es limitada por el hecho de que en la muestra se optó por retirar de un registro ya existente, compuesto solamente por mujeres con edad mayor o igual a 40 años, que no distingue la población que participó del examen de Papanicolaou; la diferencia entre

los grupos de edad de los públicos objeto se consideró baja, como factor de confusión, ya que este estudio buscó observar la práctica del autocuidado por medio de la frecuencia de realización de los exámenes que las políticas públicas de salud recomiendan, y no establecer su prevalencia.

Las fuentes de información fueron el Sistema Informatizado de Informaciones de Salud de la Ciudad (SIIM), los registros médicos de las usuarias, el Sistema de Información del Cáncer de Mama (SISMama) y el Sistema de Información del Cáncer de Cuello de Útero (SISColo), los registros de la Unidad y los relatos producidos por los Agentes Comunitarios de Salud.

Fue elaborado un guión estructurado, en lo cual se incluyó las variables sociodemográficas interesantes para el estudio: edad, escolaridad, estado civil, ingresos, profesión, número de hijos y riesgo familiar; las variables relativas al autocuidado fueron: data de los exámenes de mamografía y/o ultrasonido realizados, y de las coletas de material para la prueba de Papanicolaou.

Se atribuyó el riesgo familiar y la condición de vulnerabilidad social según la Escala de Coelho-Savassi (ERF-CS), que el Ministerio de la Salud brasileño adopta para clasificar el riesgo social en su Estrategia Salud de la Familia. Esa escala es un instrumento de estratificación de la vulnerabilidad familiar, desarrollado en la ciudad de Contagem, en Minas Gerais, Brasil, y elaborado a partir de la ficha A del Sistema de Información de la Atención Primaria (SIAB). La escala se rellena por el Agente Comunitario de Salud, lo haciendo al registrar las familias y determinar su riesgo social, considerando la posibilidad de que enfermedades lleguen a cada núcleo familiar. La escala utilizada atribuye "puntos" de riesgo familiar a las familias que poseen personas acamadas, con deficiencia motriz o mental, bajas condiciones de higiene, desnutrición, vicios (Drogadicción/Tabaquismo/Alcoholismo), desempleo, analfabetismo, niños menores que

1 año, personas mayores de 70 años, personas hipertensas y diabéticas¹⁶.

Se realizó la colecta de los datos entre marzo y abril de 2015, se les digitalizó en una hoja de cálculo del programa Excel, y para les analizar estadísticamente se utilizó el programa SAS (*Statistical Analysis System*) version 9.2.

El análisis estadístico fue conducido por medio de frecuencias absolutas (n) y relativas (%), medidas de tendencia central (media y mediana) y dispersión (desviación típica) para las variables cuantitativas. Para evaluar el grado de dependencia entre los grupos con y sin riesgo social y las variables, se he utilizado el teste Chi-cuadrado y el *Odds Ratio*, siendo el grupo de control las mujeres sin riesgo social. El nivel de significación asumido en los análisis fue 5%.

El protocolo de esa pesquisa fue aprobado por el Comité de Ética bajo el nº42499215.8.0000.5412, y la investigación siguió las recomendaciones de la Resolución CNS nº 466/12 y da Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

La edad media de las 495 mujeres en la investigación fue de 55,8±10,89 años (40-90); siendo el 34% (172/493) entre 50 y 59 años, el 21,9%(108/493) entre 60 y 69 años y el 12,0%(59/493) eran mayores que o tenían 70 años. No se descubrió la edad de dos de ellas. La expresiva mayoría es caucásica (92,7%). El 3,5% es afrodescendiente; los demás 3,9% son de origen indígena o asiática. No fue posible identificar la etnia de seis mujeres.

El 70,3% de las mujeres vivía con sus parejas, sea por medio de un contrato de casamiento o unión estable; el 9,4% eran solteras, el 8,6% divorciadas y el 9,0% viudas. No se pudo identificar el estado civil de siete mujeres.

La mayoría de las mujeres (62,4%) no trabajaba, el 31,7% tenía una profesión definida, y el 5,9% era jubilado. El análisis de la escolaridad indicó que el 80,8% han empezado la Educación Básica, aunque ni todas la hayan concluido; el mismo es verdad para las 8,5%

que empezaron la educación secundaria, y las 2,5% que empezaron su educación superior; 8,4% eran analfabetas. No se pudo hallar en los registros la escolaridad de seis mujeres.

En la Tabla 1, se puede percibir que entre 2008 y 2014, la inclusión de mujeres en los programas de prevención de cáncer de cuello uterino y de mama creció substancialmente. Hasta 2010, el número de mujeres recibidas para realizar el examen de citología vaginal llegó al 30% de la población del estudio. Desde 2011, el número de

Tabla 1. Exámenes de Papanicolaou y de MMG y/o USG, según el año en que se los realizó, de mujeres con 40 años o mayores, usuarias de una Unidad Primaria de Salud de una ciudad en el interior de São Paulo, 2008-2014.

Año	Papanicolaou		MMG/USG	
	n	%	n	%
2008	102	20,6	4	0,8
2009	88	17,8	114	23,0
2010	122	24,6	143	28,9
2011	178	36,0	214	43,2
2012	218	44,0	248	50,1
2013	171	34,5	166	33,5
2014	171	34,5	165	33,3
Total	1050		1054	

participantes aumenta perceptiblemente, llegando al 44% de mujeres atendidas en 2012.

El porcentaje de mujeres atendidas para el rastreo del cáncer de mama fue mayor que para el de cuello uterino en cuatro de los siete años investigados, llegando al 51%, también en 2012 - año con el mejor resultado de esos programas. La media anual de exámenes realizados por las 495 mujeres fue similar: fueron conducidas 150,0 citologías vaginales y 150,6 mamografías (MMG) y/o ultrasonidos (USG) (Tabla 1).

Según la escala Coelho-Savassi, 385 de las participantes (77,8%) pertenecían a familias sin riesgo social, y 110 (22,2%) a familias con riesgo de algún grado. De aquellas

con riesgos sociales, 57 (51,8%) tenían riesgo de grado 1, 33 (30%) de grado 2, y 20 (18,2%) de grado 3 (Tabla 2).

Tabla 2. Mujeres según su micro-área de residencia y riesgo social, de una Unidad Primaria en una ciudad del interior de São Paulo, 2014.

Micro-áreas	Mujeres		Sin Riesgo		Con Riesgo			R 1	R 2	R 3
	N	%	R 0	%	n	%				
MA 1	56	11,3	49	87,5	7	12,5	3	3	1	
MA 2	92	18,6	73	79,3	19	20,7	10	7	2	
MA 3	58	11,7	49	84,5	9	15,5	5	1	3	
MA 4	115	23,2	86	74,8	29	25,2	13	8	8	
MA 5	86	17,4	60	69,8	26	30,2	13	9	4	
MA 6	88	17,8	68	79,1	20	22,7	13	5	2	

El micro-área cuatro contiene la mayor parte de las mujeres de la muestra, pero el que posee más familias con riesgo para la salud es el cinco, con el 30,2% del total de familias

presentando algún tipo de factor social que las incluya entre las vulnerables. Sin embargo, habitar una u otra micro-área no presentó diferencia significativa en el riesgo social

($p=0,8634$), así como también no fue significativo ($p=0,9666$) tener un grado mayor o menor de riesgo (R1, R2, R3) y vivir en las diferentes micro-áreas, aunque algunas presenten una concentración mayor de mujeres/familias con riesgo social, como nos muestra la Tabla 2.

La media de edad de las mujeres de los grupos fue similar, $55,9\pm 10,64$ (40-88) para aquellas sin riesgo social y $55,8\pm 11,76$ (41-90) para aquellas que lo tenían.

El porcentaje de mujeres que realizaron el MMG/USG y el Papanicolaou fue mayor entre las pertenecientes a familias sin riesgo social en todos los años; como estas constituían la gran mayoría de la muestra (77,8%), eso ya se esperaba.

Los resultados presentados en las Tablas 3 y 4 indican que, analizando los datos desde una perspectiva que lleve en cuenta su condición de vulnerabilidad y su riesgo social, no hay diferencia significativa en la adhesión de las mujeres a los programas de prevención contra los cánceres de mama y uterino. Eso sugiere que, aunque algunas mujeres tengan algún tipo de deficiencia o dependencia, o que convivan con algún familiar sin empleo, y que eso les comprometa la rutina y les exija mayor dedicación, no interfiere en el autocuidado que dedican a si mismas, por lo menos con respecto a los exámenes de Papanicolaou y MMG.

DISCUSIÓN

Se puede comprender la vulnerabilidad social como reflejo de las condiciones de bienestar social, y tiene relación con aspectos sociopolíticos y culturales, como el acceso a informaciones, el nivel de escolaridad, el acceso a los recursos materiales y el poder de enfrentamiento de barreras culturales, además de otros factores. Esa conjunción de tales aspectos combinados intensifica la relación entre vulnerabilidad y riesgo¹⁴.

El riesgo se lo utilizan los epidemiólogos, le asociando a grupos o poblaciones¹⁷. Él puede ser inmediato o causar una disminución de la cualidad de vida gracias a la ausencia de acciones preventivas, resultando en el riesgo social, o sea, en la incapacidad de los individuos de asegurar por si mismos su independencia social^{18,19}.

Con respecto a las mujeres, la vulnerabilidad social como sugerida por la Escala de Coelho-Savassi puede resultar en una mayor dificultad para que ellas encuentren tiempo para acciones que tengan a si mismas como centro, como el cuidado a la propia salud, y eso podría incrementar el riesgo traído por enfermedades como el cáncer de mama y uterino, ya que su detección tardaría más⁵.

Se define el autocuidado como la práctica de cuidados para mantener la salud y el bienestar de la propia persona. Son las acciones que uno les hace a si mismo, con el objetivo de tener una vida más saludable en diversos aspectos²⁰.

En la salud, el autocuidado es necesario tanto para que se pueda diagnosticar como para tratar a las patologías²¹.

Tabla 3. Exámenes de Papanicolaou, según el año y el riesgo social, en mujeres con 40 años o mayores, usuarias de la Unidad de Salud de la Familia, en una ciudad del interior de São Paulo, 2008-2014.

Año	Exámen de Papanicolaou			OR*	IC 95%	Valor P
2008	Sí	No	Total			
	Con riesgo	23 87	110	1,024	(0,6076-1,7257)	p=0,9645
	Sin riesgo	79 306	385			
	Total	102 393	495			
2009	Con riesgo	19 91	110	0,9562	(0,5469-1,6720)	p=0,9875
	Sin riesgo	69 316	385			
	Total	88 407	495			
	Con riesgo	27 83	110	0,993	(0,6070-1,6245)	p=0,9223
2010	Sin riesgo	95 290	385			
	Total	122 373	495			
	Con riesgo	38 72	110	0,9236	(0,5922-1,4405)	p=0,8120
	Sin riesgo	140 245	385			
2011	Total	178 317	495			
	Con riesgo	52 58	110	1,1828	(0,7731-1,8096)	p=0,5058
	Sin riesgo	166 219	385			
	Total	218 277	495			
2012	Con riesgo	37 73	110	0,9094	(0,6068-1,4855)	p=0,9095
	Sin riesgo	134 251	385			
	Total	171 324	495			
	Con riesgo	40 70	110	1,108	(0,7121-1,7238)	p=0,7331
2013	Sin riesgo	131 254	385			
	Total	171 324	495			
	Con riesgo	40 70	110	1,108	(0,7121-1,7238)	p=0,7331
	Sin riesgo	131 254	385			
2014	Total	171 324	495			

*Controlo sin riesgo.

Tabla 4. Exámenes de MMG e/ou USG, según el año y el riesgo social, en mujeres con 40 años o más, usuarias de una USF en un municipio del interior de São Paulo, 2008-2014.

Año	MMG e/ou USG			OR*	IC 95%	Valor P
	Sí	No	Total			
2008						
	Con Riesgo	0	110	110	el programa no calcula con casa 0	
	Sin riesgo	4	381	385		
	Total	4	491	495		
2009						
	Con riesgo	24	91	115	0,8498	(0,5113-1,4126) p=0,6158
	Sin riesgo	90	290	380		
	Total	114	381	495		
2010						
	Con riesgo	28	68	96	1,1137	(0,6797-1,8248) p=0,7642
	Sin riesgo	105	284	389		
	Total	133	352	485		
2011						
	Con riesgo	35	67	102	0,6245	(0,3965-0,9838) p=0,0538
	Sin riesgo	179	214	393		
	Total	214	281	495		
2012						
	Con riesgo	51	57	108	0,8629	(0,5630-1,3228) p=0,5701
	Sin riesgo	197	190	387		
	Total	248	247	495		
2013						
	Con riesgo	33	80	113	0,7723	(0,4890-1,2195) p=0,3188
	Sin riesgo	133	249	382		
	Total	166	329	495		
2014						
	Con riesgo	33	72	105	0,8958	(0,5642-1,4224) p=0,7265
	Sin riesgo	132	258	390		
	Total	165	330	495		

*Controlo sin riesgo

Los dos grupos estudiados, las mujeres cuyas familias no sufren ninguna vulnerabilidad social (77,8%) y las cuyas familias las sufren (22,2%), tuvieron acceso igualitario a la realización de los exámenes de rastreo del cáncer de mama y del cuello uterino, ya que no se pudo encontrar cualquier asociación significativa entre las variables riesgo social y MMG/USG o Papanicolaou, lo que sugiere que los dos grupos adhieren de manera similar a las medidas preventivas - lo que contraría las proposiciones conocidas

sobre el aumento del riesgo y la vulnerabilidad social^{18,19,22}.

A pesar de eso, la aparente contradicción de los resultados remete a una cuestión cara al campo de la Salud Colectiva, que propone las condiciones específicas de vulnerabilidad como base para acciones y prácticas cualificadas, y para el desarrollo de instrumentos y tecnologías que puedan suplir las necesidades de determinados grupos sociales²³.

La utilización de la Escala de Coelho-Savassi en la Estrategia de la Salud de la Familia (ESF) tiene el claro objetivo de identificar las familias en situación de vulnerabilidad, y por medio de acciones planeadas por un equipo, intervenir de manera estratégica para reducir la desigualdad en el acceso a los servicios y aumentar el poder de enfrentamiento de las situaciones cotidianas de esas familias, reduciendo la exclusión y la discriminación por medio de la acogida y de la responsabilidad parcial por la salud de la población⁵.

La adhesión de mujeres de los dos grupos a las medidas de rastreo del cáncer de mama y del uterino que nuestra investigación encontró puede resultar del trabajo de la ESF del local, de su actuación junto a la población en su ofrecimiento de las acciones de salud, y de una dedicación mayor al sector más necesitado - el de mayor vulnerabilidad social.

Un estudio con la población brasileña he mostrado que la mamografía fue realizada por el 60% de las mujeres con edad entre los 50 y los 69 años, y el Papanicolaou, por el 84,5% de la población, e indicó como uno de los factores que dificultan el acceso a la mamografía la distancia geográfica de los servicios ofrecidos, la estructura familiar, definida por la condición económica, y la falta de estímulos para el cuidado a la salud, para allá de la percepción de la importancia de ese cuidado^{22,24}.

Con respecto a la población femenina de nuestra investigación, el examen de Papanicolaou se realizó en la USF, próxima a sus residencias, y ocurrió a lo largo de la consulta, pero la mamografía exige la programación en un centro de especialidades, exigiendo que las mujeres van a un otro barrio, lo que probablemente dificulta el acceso al examen, especialmente para aquellas cuya familia está en una situación de riesgo social.

Sin embargo, los resultados del estudio acá presentado son contrarios a los de otros que afirman ser mayor la adhesión a los exámenes MMG/USG que al Papanicolaou, ya que la media anual de los dos exámenes realizados en el período de siete años fue

similar, la variación siendo de solamente seis décimos.

Los equipos de la ESF son esenciales para la adhesión de la familia al autocuidado, especialmente en los grupos vulnerables, los que más demandan orientación y cuidados, y es necesario que el equipo sea preparado para observar las particularidades de cada situación, adaptando sus acciones a las necesidades específicas de ellas - especialmente las relacionadas a la baja escolaridad, que dificultan la comprensión de las informaciones. El nivel de escolaridad puede influenciar en la tomada de medidas para la prevención del cáncer de mama, y por consiguiente, retardar la identificación del tumor²⁵⁻²⁷.

En este estudio, la mayoría de las mujeres (80,8%) no tenía la educación básica, o sea, la población tenía bajo nivel de escolaridad.

En los Estados Unidos, las mujeres que nunca hicieron la mamografía presentan más baja escolaridad y mayor vulnerabilidad económica²⁶. En Brasil, el 36,8% de las mujeres sin escolaridad y más de 24 años ya habían hecho la mamografía, mientras el 90% de las mujeres con 15 años o más de escolaridad y mismo grupo de edad la habían hecho²⁸.

En ese contexto, aún más una vez, es subrayado el papel de la ESF de intervenir en situaciones específicas, por ejemplo, por medio de un abordaje educativo, dinámico y lúdico que intente atraer a mujeres de baja escolaridad, procurando incrementar su conocimiento y desarrollar acciones y prácticas para promover su autocuidado con la salud.

Al si sumar la baja escolaridad a las vulnerabilidades relativas, se percibe que la mayoría de las mujeres (62,4%) no tienen actividad en el mercado de trabajo y, por lo tanto, no poseen ingresos propios, dependiendo financieramente de sus parejas, ya que el 70,3% de ellas son casadas o viven una unión estable. De esa manera, todo un grupo de mujeres está sometido a una situación de vulnerabilidad social

independiente de aquella indicada por la Escala de Coelho, como muestran estudios que asocian la menor cobertura de Papanicolaou y mamografía a las bajas condiciones económicas y baja escolaridad de las mujeres^{19,30}.

Los resultados de esa investigación no confirmaron la hipótesis de que el autocuidado con la salud es mayor entre las mujeres sin riesgo social, ya que no hubo diferencia estadísticamente significativa entre la existencia o no de vulnerabilidad social. Sin embargo, esta investigación indica que ciertos estudios asociaron la vulnerabilidad social caracterizada por bajos ingresos y escolaridad a la cobertura de los programas de prevención del cáncer de mama y uterino, ya que el número de mujeres con esa vulnerabilidad no llega a 50%, estén o no tales grupos en la escala de riesgo de Coelho-Savassi.

El número de mujeres que realiza el examen todos los años sigue creciendo en la unidad primaria estudiada, pero aún permanece muy distante del que se considera el ideal: la totalidad de las mujeres del área. Es importante advertir que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de la Salud brasileño establecen como meta que 70% de las mujeres de 50 a 69 años hagan una mamografía a cada dos años, y que 80% de las mujeres de 25 a 64 años hagan el examen de Papanicolaou a cada tres años^{24,31}.

La adhesión a las medidas preventivas de los programas de cáncer de cuello uterino y de mama presentó una evolución positiva a lo largo de los siete años de seguimiento y ambos los programas presentaron medias anuales similares. No se pudo encontrar una diferencia estadísticamente significativa entre el autocuidado y la vulnerabilidad social según la Escala de Coelho-Savassi, entre las mujeres de la comunidad investigada.

Las acciones desarrolladas por la Estrategia Salud de la Familia se muestran eficaces al promover la igualdad en el acceso de las mujeres, facilitando el autocuidado con la salud de los grupos más vulnerables, aunque

la adhesión de ellos sea baja, no llegando a los 50% en las mujeres mayores que 40 años.

CONCLUSIÓN

La vulnerabilidad social según la Escala de Coelho-Savassi no justificó la adopción de los programas de rastreo de los cánceres de mama y de cuello uterino.

Hay que se intensificar las acciones del equipo de salud de la ciudad para ampliar el acceso de las mujeres del área a las medidas de rastreo de los cánceres del cuello del útero y de mama.

REFERENCIAS

1. World Health Organization (WHO). Cancer Country Profiles, 2014. [Internet] [Acceso en 2015 Nov 04]. Disponible en: www.who.int/cancer/country-profiles/en/
2. Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. ABC do Câncer, abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2011 [Internet]. [Acceso en 2015 Nov 03]. Disponible en: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf
3. Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA). Atlas da mortalidade, 2014. Rio de Janeiro: INCA, 2014. [Internet]. Acceso en [2015 Oct 10]. Disponible en: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo01/consultar.xhtml#panelResultado>
4. Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA). Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002–2003. Rio de Janeiro, 2005. [Internet] [Acceso em: 2015 Ago 22] Disponible en: http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/detec_mama_colo.pdf Acceso em: 10 out. 2015.
5. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília, 2013. [Internet] [Acceso en: 2015 Ago

- 12] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control_canceres_colo_uterio_2013.pdf
6. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 1228/30 out 2012: Regulamenta a habilitação para o Programa de Mamografia Móvel, instituído pela Portaria nº 2.304/GM/MS, de 4 de outubro de 2012.
7. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 20 p. (Cad Atenção Básica; 13).
8. Martins LFL, Thuler LCS, Valente JG. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 27(8):485-92.
9. Ministério da Saúde (Br). Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 13).
10. Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA). Controle do câncer de mama: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004. [Internet] [Acesso em: 2015 Ago 13]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/ti_posdecancer/site/home/mama+/prevencao
11. Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA). SUS assegura às mulheres exames de mamografia. 2014. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/02/sus-assegura-as-mulheres-exames-de-mamografia> Acesso em: 10 out. 2015.
12. Ministério da Saúde (Br). Portaria n. 408, de 30 de agosto de 1999. Programa Nacional de Prevenção ao Câncer de Colo Uterino. Diário Oficial da União. Brasília, p.14. 2 agosto de 1999. Seção 1.
13. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 779/31 dez 2008. Institui o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA). [Internet] [Acesso em: 2015 Out 12] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0779_31_12_2008.html
14. Lima-Costa MF, Matos DL. Prevalência e fatores associados à realização da mamografia na faixa etária de 50-69 anos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2003). *Cad Saúde Pública* 2007;23(7):1665-73.
15. Palma A, Mattos UAO. Contribuições da ciência pós normal à saúde pública e a questão da vulnerabilidade social. *Hist Ciênc Saúde Manguinhos* [Internet]. 2001 [Acesso em: 2015 Oct 09] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702001000400004&script=sci_abstract&tlng=pt
16. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização de Visitas Domiciliares. *Rev. Bras. Med. Família e Comunidade.* 2004; (2):24-8.
17. Yunes MAM, Szymanski H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: Tavares J. (Org.). *Resiliência e educação.* 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.
18. Castel R. *A insegurança social: o que é ser protegido?* Petrópolis: Vozes, 2005.
19. Janczura R. Risco ou vulnerabilidade social? *Textos & Contextos Porto Alegre,* 2012;11(2):301-308. [Internet] [Acesso em: 2015 Ago 12]. Disponível em: <file:///C:/Users/Val/Downloads/12173-48632-1-PB.pdf>
20. Bub MBC, Medrano C, Silva CD, Wink S, Liss PE, Santos EKA. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15(Esp):152-7. [Internet] [Acesso em: 2015 Oct 10]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea18>.
21. Orem D. *Nursing: concepts of practice.* 6ª ed. St. Louis: Mosby, 2001.
22. Oliveira EXG, Pinheiro RS, Melo ECP, Carvalho MS. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. *Ciênc saúde coletiva.* 2011; 16(9):3649-64.
23. Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Rev esc enferm USP.* 2009; 43(spe2):1326-30. [Internet] [Acesso em: 2015 Oct 03]. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a31v43s2.pdf>.

24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 2008 – Suplemento Saúde. 2011. [Internet] [Acceso en 2015 Oct 10] Disponible en: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/default.shtm.

25. Pinheiro AB, Lauter DS, Medeiros GC, Cardozo IR, Menezes LM, Souza RMB, et al. Câncer de mama em mulheres jovens: análise de 12.689 Casos. Rev Bras Cancerol. 2013; 59(3):351-9.

26. Schootman M, Jeffe DB, Reschke AH, Aft RL. Disparities related to socioeconomic status and access to medical care remain in the United States among women who never had a mammogram. Cancer Causes Control 2003; 14(5):419-25.

27. Höfelmann DA, Anjos JC. Autoavaliação de Saúde e Câncer de Mama em Mulheres de Cidade do Sul do Brasil. Rev Bras de Cancerol. 2012; 58(2):209-22.

28. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 874, de 16 de Maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede

de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2013.

29. Matos JC, Pelloso SM, Carvalho MDB. Fatores associados à realização da prevenção secundária do câncer de mama no Município de Maringá, Paraná, Brasil. Cad Saúde Pública. 2011; 27(5):888-98.

30. Murata IMH, Gabrielloni MC, Schirmer J. Cobertura do papanicolaou em mulheres de 25 a 59 anos de Maringá – PR, Brasil. Rev Bras Cancerol 2012; 58:409-15.

31. World Health Organization. Early detection. Cancer control: knowledge into action. Geneva: World Health Organization; 2007. (WHO Guide for Effective Programmes, Module 3).

CONTRIBUCIONES

Joquebede Cristina Luchetti participó de la concepción de la investigación, de la colecta y análisis de los datos, además de la elaboración del artículo. **Márcia Regina Campos Costa da Fonseca** participó del análisis de los datos y de la revisión crítica del texto. **Maria Cristina Traldi** orientó la concepción de la investigación, de su delineamiento, además del análisis de los datos, y de la discusión y revisión crítica del artículo.

Como citar este artículo (Vancouver):

Luchetti JC, Fonseca MRCC, Traldi MC. Vulnerabilidad social e autocuidado relacionado a la prevención del cáncer de mama y de cuello uterino. REFACS [Online]. 2016 [citado en: *(poner día, mes, año del acceso)*]; 4(2). Disponible en: *(enlace de acceso)*. DOI: 10.18554/refacs.v4i2.1639.

Como citar este artículo (ABNT):

LUCHETTI, J. C.; FONSECA, M. R. C. C.; TRALDI, M. C. Vulnerabilidad social e autocuidado relacionado a la prevención del cáncer de mama y de cuello uterino. REFACS, Uberaba, MG, v. 4, n. 2, p. 74-85, 2016. Disponible in: *(enlace de acceso)*. DOI: 10.18554/refacs.v4i2.1639. Acceso en: *(poner día, mes, año del acceso)*.

Como citar este artículo (APA):

Luchetti, J. C., Fonseca, M. R. C. C. & Traldi, M. C. (2016). Vulnerabilidad social e autocuidado relacionado a la prevención del cáncer de mama y de cuello uterino. REFACS, 4(2), 74-85. Recuperado en: *(día), (mes), (año) de (enlace de acceso)*. DOI: 10.18554/refacs.v4i2.1639.