

Programa de rastreamento do câncer de mama em mulheres da região do Cariri Ocidental, estado da Paraíba

Breast cancer screening program in women of Western Cariri region, state of Paraíba

Eulina Helena Ramalho de Souza¹, Telma Ribeiro Garcia²

¹ Mastologista do Centro Especializado de Diagnóstico do Câncer da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba e do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Cariri Ocidental, estado da Paraíba.

² Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Endereço para correspondência: Eulina Helena Ramalho de Souza, Avenida General Edson Ramalho, 61, Manaira, 58038-100, João Pessoa, PB, e-mail: eulina.helena@uol.com.br

Recebido em: 2/5/2009. Aceito após modificações em: 24/8/2009

Palavras-chaves

Câncer de mama;
Mamografia;
Rastreio;
Epidemiologia.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a receptividade e a adesão das mulheres ao programa de rastreamento do câncer de mama implantado na região do Cariri Ocidental do estado da Paraíba, Brasil. **Métodos:** Realizou-se estudo retrospectivo, envolvendo 5.198 mulheres procedentes de 16 municípios da região, atendidas no Centro de Atenção à Saúde da Mulher de Monteiro e submetidas a exames de imagem (mamografia e ultrassonografia complementar) entre janeiro de 2001 e dezembro de 2005. Avaliou-se a receptividade e a adesão à mamografia por meio do número de mulheres cadastradas no Programa, por ano do período estudado; da média anual de mulheres que realizaram a primeira mamografia; e da taxa de cobertura mamográfica por 100 mil mulheres, segundo a faixa etária e a estimativa populacional do IBGE para os municípios da região. **Resultados:** As 7.537 mamografias corresponderam à média de 1,4 mamografia por mulher. A média anual de primeira mamografia foi de 1.039,6 $\pm$ 747,5 mulheres. Em 2002, foram cadastradas 300 mulheres no programa e, em 2003, 1.918 mulheres, observando-se redução nesse número nos anos subsequentes. Entre as 300 mulheres cadastradas em 2002, somente 0,66% submeteu-se a rastreamento anual no período estudado. A taxa de cobertura mamográfica populacional foi de 31,8% para mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos e de 35,9% para mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, variando segundo o município. **Conclusão:** Esses resultados requerem estudos posteriores para aprofundamento dos aspectos sociológicos e políticos envolvidos nas ações de detecção do câncer de mama, em que se investiguem, entre outros aspectos, os motivos para a não receptividade das mulheres ao rastreamento mamográfico, as dificuldades dos profissionais de saúde em atender as normas de rastreamento mamográfico preconizadas pelo Ministério da Saúde e, por fim, o compromisso político regional em relação à saúde da mulher.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the acceptability and compliance of women to the breast cancer screening program implanted in the Cariri Western region of the state of Paraíba, Brazil. **Methods:** A retrospective study was performed involving 5.198 women from sixteen municipalities of the Cariri Western region of the state of Paraíba, attended at the Women Health Care Center of Monteiro, and submitted to imaging tests (mammography and complementary ultrasound) between January 2001 and December 2005. To evaluate the acceptability and adherence to the mammography, it was used the number of women enrolled in the program per year of the period studied; the annual average of women submitted to first mammography, as well as the mammographic covering rate per 100,000 women, according to age and population

Keywords

Breast cancer;
Mammography;
Screening;
Epidemiology.

estimations from IBGE for the region municipalities. Results: The 7.537 mammograms corresponded to an average of 1.4 mammograms per woman. The annual average of the first mammogram was of 1039.6 $\pm$ 747.5 women. In 2002, 300 women were enrolled in the program and, in 2003, 1.918 women, one observing a reduction in that number in the subsequent years. Among the 300 women enrolled in 2002, only 0.66% were submitted to the annual screening during the period studied. The mammography population covering rate was equal to 31.8% for women in the 40-49 years age group, and equal to 35.9% for women in the 50-69 years age group, varying according to the different municipalities. Conclusion: These results require further studies to deepen the political and sociological issues involved in the actions of breast cancer detection, in order to investigate, among other things, the reasons for non-responsiveness of women to mammographic screening, the difficulties of the health professionals in addressing the standards for mammographic screening recommended by the Ministry of Health and, finally, the regional political commitment related to the women's health.

Introdução

Doença devastadora, tanto do ponto de vista psicológico quanto físico, em virtude de sua alta incidência, da morbidade relacionada ao tratamento e à letalidade de um grande número de casos, o câncer de mama (CM) é uma enfermidade que preocupa mulheres, médicos e planejadores em saúde.

No mundo inteiro, sua incidência permanece crescente com taxa anual de 0,5% a 3%, e nas regiões sem programa de detecção precoce a mortalidade também é crescente. A estimativa de novos casos diagnosticados em 2010 é de 1,4 a 1,5 milhão de novos casos¹.

No Brasil, o Instituto Nacional de Combate ao Câncer estimou 49.400 novos casos para 2008, correspondendo a uma taxa bruta de 50,71 novos casos para 100 mil mulheres; no Nordeste, essa taxa é da ordem de 28,38:100.000, aumentando para 51,70:100.000, nas capitais; nos países desenvolvidos, estima-se que a sobrevida geral, após cinco anos, chegue até 74%, enquanto nos países em desenvolvimento essa estimativa é de 51%².

Apesar de alguns fatores de risco para carcinoma mamário serem conhecidos, a implantação de medidas preventivas eficazes em larga escala não é possível. Por outro lado, fatores de risco conhecidos, como envelhecimento, idade precoce da menarca e menopausa tardia, história de vida reprodutiva (redução da taxa de fertilidade com aumento da idade ao primeiro filho), são eventos sobre os quais as ações de saúde dificilmente podem intervir³.

Historicamente, o CM foi entendido como doença locorregional à época de Halsted; como doença sistêmica por Fisher; e como doença locorregional, em seu início, mas progressiva se não tratada, podendo levar ao desenvolvimento de metástases a distância⁴⁻⁶. Esse novo paradigma entende que o CM é uma doença progressiva, mas não obrigatoriamente sistêmica em sua origem, e permite a abordagem para combatê-la com combinações terapêuti-

cas efetivas em cada estágio da doença e para prevenir sua evolução para estágios avançados.

A história natural do CM, por intermédio dos estudos de rastreamento, permitiu aprender que, interrompendo a progressão da doença por meio da detecção precoce e do tratamento, o rastreamento pode prevenir uma significativa proporção de mortes pela doença, pois o mecanismo básico de prevenção de mortes pelo rastreamento é a diminuição da taxa de incidência de tumores avançados⁷.

Do ponto de vista de saúde pública, é importante empenhar-se em aproveitar todo o potencial que determinada intervenção possa trazer como resultado para controle de determinada doença. Além disso, a sobrevida da portadora de um tumor maligno de mama, quando este é diagnosticado em uma fase ainda sem comprometimento linfonodal axilar, supera em muito qualquer terapêutica adjuvante instituída. As evidências sustentam claramente o valor de programas de rastreamento para CM para diminuir a mortalidade⁸.

O desenvolvimento e a progressão da doença podem ser interrompidos pela tríade: detecção precoce, primordialmente por rastreamento mamográfico, diagnóstico e tratamento adequados, em curto espaço de tempo após a detecção. O rastreamento mamográfico em mulheres assintomáticas promove a detecção do CM nos estágios iniciais, quando a mulher ainda não apresenta sintomatologia clínica. Esse procedimento justifica-se porque um grande número de casos pode ser tratado com medidas terapêuticas menos agressivas e de menor custo, com taxa de cura maior que 95%⁹. Do ponto de vista da saúde pública, as evidências mostram claramente o valor de um programa de qualidade para o rastreamento mamográfico¹⁰.

A Sociedade Americana de Cancerologia recomenda o rastreamento rotineiro para CM na população feminina em geral como um processo que deve iniciar-se aos 20 anos de idade¹¹, sendo uma combinação de exame clínico

das mamas, aconselhamento para o desenvolvimento da percepção de sintomas e sinais mamários e mamografia regular a partir dos 40 anos de idade¹².

No Brasil, apesar de o Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer (Inca), ter iniciado, em 1998, a estruturação de um programa para o controle do CM, promovendo treinamento de recursos humanos e doação de equipamentos (mamógrafos e pistolas para biópsia), sob a forma de comodato, a várias regiões do país, só em 2004 recomenda o exame clínico das mamas a 100% das mulheres, a partir de 40 anos de idade, e o rastreamento mamográfico para mulheres com idade entre 50 e 69 anos, sem definir, contudo, a meta específica de cobertura¹³.

O Ministério da Saúde pioneiramente estipula uma meta de ação definida para o controle do CM, nas Diretrizes Operacionais – Pactos pela Vida, em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e de Gestão¹⁴, de fevereiro de 2006, ao ampliar para 60% a cobertura de mamografia, conforme protocolo. Mesmo assim, a avaliação dessa meta foi prejudicada porque o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS somente informava os exames clínicos da mama realizados em serviços de média e alta complexidades, deixando a lacuna de serviços de atenção primária, que atendem a grande massa da população feminina.

O V Núcleo Regional de Saúde da região do Cariri Ocidental da Paraíba, no interior do estado, foi contemplado com equipamentos para rastreamento e diagnóstico pelo programa do Ministério da Saúde para o controle do CM, o “Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero e de Mama”¹⁵. O V Núcleo Regional de Saúde tem 16 municípios adscritos e sua sede, o município de Monteiro, PB, é referência de assistência à saúde à população dos municípios circunvizinhos, inclusive do estado de Pernambuco. É uma região geográfica de baixa renda, tendo sua economia baseada em agricultura e pecuária de subsistência. Segundo dados do Relatório de Desenvolvimento Humano das Nações Unidas (2008)¹⁶, os municípios da região do Cariri Ocidental da Paraíba são considerados de médio desenvolvimento humano, com um índice de desenvolvimento humano entre 0,5 e 0,8.

Nesse trabalho, avaliaram-se a receptividade e a adesão das mulheres caririzeiras ao Programa Viva Mulher, entre 2001 e 2005, na região do Cariri Ocidental da Paraíba.

Metodologia

Por meio da análise da série temporal do período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005, desenvolveu-se pesquisa envolvendo 5.198 mulheres, submetidas à mamografia no Centro de Atenção à Saúde da Mulher, do município de Monteiro, que concentra recursos humanos e tecnológicos para o desen-

volvimento das ações do Programa Viva Mulher, a partir de solicitação emitida nas Unidades Básicas de Saúde, no Centro de Especialidades ou no próprio Centro de Atenção.

O município de Monteiro é sede do V Núcleo Regional de Saúde, ao qual estão adscritos 16 municípios: Amparo, Camalaú, Caraúbas, Congo, Coxixola, Monteiro, Ouro Velho, Parari, Prata, São João do Cariri, São João do Tigre, São José dos Cordeiros, São Sebastião do Umbuzeiro, Serra Branca, Sumé e Zabelê.

Os dados foram obtidos a partir de um banco com informações, como os resultados de exames de imagem (mamografia e ultrassonografia complementar, quando a mamografia foi categorizada como 0 do BI-RADS®), com o qual se avaliaram a evolução temporal da receptividade e a adesão ao exame mamográfico, no período em estudo.

As variáveis analisadas foram: evolução temporal do número de mamografias e taxa de cobertura mamográfica por 100 mil habitantes, segundo estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁷.

A classificação mamográfica obedeceu ao Sistema BI-RADS®, como proposto pelo Colégio Brasileiro de Radiologia, pela Sociedade Brasileira de Mastologia e pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (CBR/SBM/Febrasgo).

Resultados

No período de estudo, foram realizados 7.537 exames mamográficos em 5.198 mulheres cadastradas, correspondendo a uma média de 1,4 mamografia/mulher, sendo 6.476 (85,9%) exames em mulheres residentes nos municípios do V Núcleo Regional de Saúde. Entre as 5.198 mulheres submetidas ao rastreamento mamográfico, 4.269 (82,1%) eram residentes em municípios do V Núcleo Regional de Saúde e 929 (17,9%), em municípios circunvizinhos, não pertencentes a esse núcleo.

Na tabela 1, observa-se a evolução temporal do número de mulheres submetidas à primeira mamografia. A média anual de mulheres submetidas à primeira mamografia igualou-se a $1.039,6 \pm 747,5$ mulheres, com variação de 300 mulheres, no primeiro ano do programa, todas residentes em municípios do V Núcleo Regional de Saúde, a 1.918 mulheres, no ano de 2003. No período de 2002 a 2003, houve aumento do número de mulheres, seguindo-se uma redução em 2004, que persistiu em 2005.

As 5.198 mulheres cadastradas no período estudado fizeram pelo menos um exame mamográfico. Quanto aos exames subsequentes, 1.566 (30,1%) mulheres submeteram-se a dois exames; 572 (11%) mulheres, a três exames; 178 (3,4%) mulheres, a quatro exames; e duas (0,4%)

Tabela 1. Número de mulheres cadastradas no "Programa Viva Mulher" para realização de mamografia, no período de 2001 a 2005

Ano	Total		Variação anual (%)
	f	%	
2001	300	5,8	–
2002	1.732	33,3	+ 477,33
2003	1.918	36,9	+ 10,73
2004	838	16,1	– 56,31
2005	410	7,9	– 51,07
Total	5.198	100,0	

Fonte: Centro de Atenção à Saúde da Mulher, Monteiro, PB, 2005.

mulheres, a cinco exames. Considerando-se as 300 mulheres que se inscreveram no Programa no primeiro ano, observou-se que menos de 1% (0,66%) permaneceu no processo de rastreamento anual.

A tabela 2 mostra a distribuição das mulheres submetidas à mamografia, segundo município de residência, número total de mulheres inscritas no Programa e população estimada pelo IBGE com 40 a 69 anos para esses municípios. Em números absolutos, o município de Monteiro foi o que teve o maior número de mulheres cadastradas, com 2.303 mulheres (44,31%), seguido de Sumé (352; 6,77%) e Serra Branca (305; 5,87%).

Quanto à taxa de cobertura, relativa à população estimada de 40 a 69 anos de idade, a maior ocorreu no município de Monteiro (65,61%), seguindo-se Zabelê (55,04%), Coxixola (49,54%) e São Sebastião do Umbuzeiro (40,89%), adscritos ao V Núcleo Regional de Saúde, além de Gurjão (33,54%) (Tabela 3).

Na tabela 3, relacionou-se a distribuição etária da população feminina submetida à mamografia com a população estimada pelo IBGE, para as mesmas faixas etárias, determinando-se a taxa de cobertura por município. Ressalte-se a inclusão de mulheres com idade acima de 70 anos, uma decisão tomada pela equipe técnica do Programa, diante da orientação da Sociedade Brasileira de Mastologia, que recomenda a condição clínica da mulher e não sua idade como aspecto a ser observado no rastreamento do CM. A taxa de cobertura populacional pelo exame mamográfico foi de 31,8% para a faixa etária dos 40 aos 49 anos, de 35,9% para a faixa etária dos 50 aos 69 anos e de 24,1% para mulheres acima de 70 anos.

Quando se analisa separadamente cada município, vê-se que as taxas de cobertura mamográfica não foram homogêneas para as faixas etárias, ou seja, em alguns municípios, as mulheres da faixa etária de 40 a 49 anos tiveram maior receptividade ao programa, como se verificou em Coxixola, Ouro Velho, Amparo, Sumé, São João do Cariri

Tabela 2. População feminina entre 40 e 69 anos de idade, estimada pelo IBGE para 2005, e mulheres cadastradas no Programa e submetidas à mamografia, por município de residência

Município de residência		Mulheres cadastradas no Programa		População feminina estimada entre 40 e 69 anos de idade ¹	
		n	%	Total	% de mulheres cadastradas
Municípios do V NRS	Amparo	69	1,33	227	30,40
	Camalaú	216	4,16	679	31,81
	Caraúbas	20	0,38	429	4,66
	Congo	88	1,69	554	15,88
	Coxixola	107	2,06	216	49,54
	Monteiro	2.303	44,31	3.510	65,61
	Ouro Velho	96	1,85	348	27,59
	Parari	60	1,15	192	31,25
	Prata	133	2,56	453	29,36
	São João do Cariri	94	1,81	621	15,14
	São João do Tigre	52	1,00	579	8,98
	São José dos Cordeiros	57	1,10	470	12,13
	São Sebastião do Umbuzeiro	175	3,37	428	40,89
	Serra Branca	305	5,87	1.658	18,40
	Sumé	352	6,77	1.844	19,09
	Zabelê	142	2,73	258	55,04
Subtotal		4.269	82,13	12.466	34,25
Outros municípios	Esperança	404	7,77	3.479	11,61
	Gurjão	110	2,12	328	33,54
	Livramento	154	2,96	831	18,53
	Sertânia	126	2,42	3.913	3,22
	Outros	135	2,60	20.832	0,65
Subtotal		929	17,87	29.383	3,16
Total		5.198	100,00	41.849	12,42

Fonte: Centro de Atenção à Saúde da Mulher, Monteiro, PB, 2005; ¹Estimativa IBGE para o ano de 2005.

e São José dos Cordeiros. No entanto, nos municípios de Monteiro, Zabelê, São Sebastião do Umbuzeiro, Camalaú, Prata, Parari, Serra Branca, Congo, São João do Tigre e Caraúbas, houve maior receptividade pelas mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos.

Tabela 3. Cobertura populacional de exames mamográficos dos municípios do V Núcleo Regional de Saúde por faixa etária das mulheres

Município	Faixas etárias da população feminina estimada ¹			Faixas etárias das mulheres examinadas			Taxas de cobertura segundo faixas etárias		
	40 a 49	50 a 69	≥ 70	40 a 49	50 a 69	≥ 70	40 a 49	50 a 69	≥ 70
Monteiro	1.365	1.161	984	813	767	485	59,6	66,1	49,3
Zabelê	104	86	68	56	48	24	53,8	55,8	35,3
São Sebastião do Umbuzeiro	159	142	127	50	72	40	31,4	50,7	31,5
Coxixola	59	89	68	38	39	23	64,4	43,8	33,8
Camalaú	254	239	186	58	92	48	22,8	38,5	25,8
Prata	163	145	145	47	50	25	28,8	34,5	17,2
Ouro Velho	138	106	104	47	33	11	34,1	31,1	10,6
Parari	76	71	45	20	26	7	26,3	36,6	15,6
Serra Branca	629	517	512	93	125	57	14,8	24,2	11,1
Amparo	80	91	56	35	20	12	43,8	22,0	21,4
Sumé	718	618	508	137	110	70	19,1	17,8	13,8
Congo	193	199	162	23	40	16	11,9	20,1	9,9
São João do Cariri	235	214	172	39	35	13	16,6	16,4	7,6
São José dos Cordeiros	176	156	138	25	19	10	14,2	12,2	7,2
São João do Tigre	228	205	146	18	23	6	7,9	11,2	4,1
Caraúbas	164	156	109	8	9	2	4,9	5,8	1,8
Total	4.741	4.195	3.530	1.507	1.508	849	31,8	35,9	24,1

Fonte: Centro de Atenção à Saúde da Mulher, Monteiro, PB, 2005; ¹ Estimativa IBGE para o ano de 2005.

Discussão

O significado dos dados do presente trabalho transcende a exposição numérica, porque o rastreamento do CM envolve mais que campanhas de educação e disponibilização de serviço de saúde especializado em mastologia. Estão envolvidos em um Programa de rastreamento do CM: a manutenção da disponibilidade do serviço que compreende o acesso aos métodos de detecção do CM; a compreensão das mulheres de que o rastreamento mamográfico reduz a mortalidade por CM; o envolvimento dos profissionais de saúde em seguir a rotina de indicação do rastreamento; e o compromisso político de difundir o Programa em todas as localidades, com uma linguagem adequada à realidade cultural, social e religiosa da população¹.

A importância da manutenção da disponibilidade dos serviços pôde ser observada na evolução temporal do número de mulheres submetidas à mamografia. O aumento verificado entre 2001 e 2003 explica-se pela oferta desse serviço pioneiramente na região. A despeito de toda a estrutura montada na região do Cariri Ocidental da Paraíba, descentralizando as ações de detecção e diagnóstico do CM, houve uma subutilização dessa estrutura principalmente nos anos de 2004 e 2005.

No ano de 2004, o declínio pode ter decorrido da resistência da população feminina à realização do exame ou ao desconhecimento por parte dessa população da importância do exame. O Global Summit de 2005, ao se referir às barreiras culturais e sociais que podem levar a uma falha do programa, alerta que taxas de cobertura baixas podem não significar insucesso do Programa, mas apenas refletir a força dessas barreiras para a receptividade da detecção precoce e dos cuidados¹.

O baixo índice de desenvolvimento humano dos municípios da região em estudo¹⁶ e a atividade econômica de agricultura de subsistência, associados à baixa escolaridade, podem ter contribuído para esses resultados.

Novamente, em 2005, observou-se acentuada queda de inserção de mulheres para o rastreamento mamográfico, com registro de apenas 355 mulheres, fato atribuído à suspensão do atendimento para realização de mamografia por um período de quatro meses, em virtude de quebra de uma peça do mamógrafo. A descontinuidade de um serviço de saúde pode desmotivar as mulheres, assim como reforçar as barreiras contra o exame¹⁸.

Yabroff e Mandelblatt¹⁹ referem que, ao serem inquiridas sobre a participação ou não em programa de rastreamento mamográfico, as mulheres responderam não achar

necessário o teste, sendo elas assintomáticas; uma outra resposta frequente foi que elas não acreditavam estar sob o risco de desenvolver CM. Outra questão também referida foi o mito do quanto o exame é desconfortável, embaraçoso e doloroso.

Não existe, no Centro de Atenção à Saúde da Mulher do V Núcleo Regional de Saúde, pesquisa que avalie, na população geral daquela região, o interesse, as expectativas e a efetiva motivação para se submeter ao rastreamento mamográfico, mas a prática clínica permite afirmar que as reações vão de um extremo a outro. Sabe-se que, em função de comunicação pessoal com a equipe técnica responsável pelas ações do Programa, muitas mulheres têm medo da “máquina” (como o mamógrafo é conhecido na região); outras acreditam que fazendo o exame não vão desenvolver a doença.

Segundo Partin e Slater²⁰, as razões mais frequentemente citadas pelas mulheres para não se submeterem ao rastreamento de rotina foram, em primeiro lugar, “deixei de lado”, “esqueci”, “estava muito ocupada”; em segundo lugar, o custo que na região do Cariri Ocidental da Paraíba é indireto, já que o exame é pago pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Em áreas rurais ou de difícil acesso à mamografia, as mulheres têm menor chance de realizar esse exame¹⁹, o que dá a magnitude dos resultados obtidos no programa de rastreamento de CM implantado na região do Cariri Ocidental da Paraíba. A maioria da população dos municípios daquela região, contemplados pelo Programa, tinha como principal atividade econômica a agricultura. Assim sendo, o que, a princípio, pode parecer uma subutilização do serviço de mastologia, representou, na verdade, um sucesso na motivação de mulheres de baixa renda e baixa escolaridade para se submeterem ao rastreamento do CM.

Para discutir o envolvimento dos profissionais de saúde em seguir a rotina de indicação do rastreamento, é necessário considerar estatísticas do Ministério da Saúde. A avaliação do Programa de Saúde da Família realizada entre 2001 e 2002, quando existiam 16.812 equipes de saúde da família, dando cobertura a 33,6% da população brasileira, demonstrou que, nessas equipes, 31,1% dos médicos e 41,1% dos enfermeiros estavam capacitados para as ações do Programa de Saúde da Mulher. Na Paraíba, apenas 4,9% dos médicos e 6,8% dos enfermeiros estavam capacitados para as ações daquele Programa²¹. Ressalte-se que a recomendação médica é um dos mais fortes preditores da realização da mamografia, sendo a razão mais frequentemente citada pelas mulheres para a não realização desse exame a de que seu médico não o indicou ou solicitou¹⁹.

Quanto ao compromisso político de difundir o Programa em todas as localidades e dar acesso ao rastreamento mamográfico, na região do Cariri Ocidental da Paraíba, os

dados do presente artigo refletem o que se pode denominar distorção factual, o que evita o erro do julgamento de que as taxas de cobertura foram pequenas.

O município de Monteiro é o Centro de Referência para as ações de controle do CM na região do Cariri Ocidental da Paraíba. Na Programação Pactuada Integrada entre os diversos municípios sobre os procedimentos a serem realizados, consta a disponibilização de duas a quatro mamografias ao ano pelo município de Monteiro. Atualmente, a Secretaria Municipal de Saúde de Monteiro disponibiliza 100 mamografias ao ano para os municípios menos populosos da região e 300 mamografias ao ano para os dois outros municípios mais populosos.

No presente estudo, sobressaem como principais pontos positivos do programa para detecção do CM no Cariri Ocidental da Paraíba a descentralização e a interiorização das ações, dirigidas para uma região pobre e distante 300 km da capital do estado.

Todo o processo de implantação e funcionamento do Programa serviu de experiência e de aprendizado para técnicos e gestores, sobre o desenvolvimento de programas e das dificuldades e possíveis soluções para elas. Os resultados mostraram que a interpretação dos números requer uma análise crítica dos aspectos sociológicos e políticos envolvidos direta ou indiretamente nessas ações e devem servir de estímulo para que outros estudos, com maior abrangência, sejam realizados, investigando motivos da não receptividade de programas de rastreamento mamográfico para CM, dificuldades dos profissionais de saúde na obediência aos preceitos preventivos da mastologia e avaliação do compromisso político regional para com a saúde da mulher.

Referências

1. Smith RA, Caleffi M, Albert US, Chen THH, Duffy SW, Franceschi D, et al. Breast cancer in limited-resource countries: early detection and access to care. *Breast J.* 2006;12 Suppl 1:S16-26.
2. Instituto Nacional do Câncer. Relatório de desenvolvimento humano das Nações Unidas para o desenvolvimento. Rio de Janeiro: Inca; 2008.
3. Tavassoli FA. Normal development and anomalies. In: Tavassoli FA. *Pathology of the breast*. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange; 1999. chapter 1.
4. Donegan WL. History of breast cancer. *EDS cancer of the breast*. 5ª ed. St. Louis: Saunders; 2002.
5. Fisher B. Highlights from recent National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project studies in the treatment and prevention of breast cancer. *CA Cancer J Clin.* 1999;49(3):159-77.
6. Hellman S. Stopping metastasis at their source. *N Engl J Med.* 1997;337(14):996-7.
7. Tabár L, Duffy SW, Vitak B, Chen HH, Prevost TC. The natural history of breast carcinoma: what have we learned from screening? *Cancer.* 1999;86(3):449-62.

8. Tabár L, Vitak B, Chen HH, Yen MF, Duffy SW, Smith RA. Beyond randomized controlled trials: organized mammographic screening substantially reduces breast carcinoma mortality. *Cancer*. 2001;91(9):1724-31.
9. Aguillar VLN, Bauab SP. Rastreamento mamográfico para detecção precoce do câncer de mama. *Rev Bras Mastol*. 2003;13(2):82-9.
10. Brenelli HB, Kalaf JM. Rastreamento mamográfico do câncer de mama. In: Barros ACSD, organizador. *Mastologia: condutas*. Rio de Janeiro: Revinter; 1999. p. 1-6.
11. Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer, 2005. *CA Cancer J Clin*. 2005;55(1):31-44.
12. Kemp C, Petti DA, Ferraro O, Elias S. Projeto Diretrizes: Câncer de mama – prevenção secundária. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Mastologia e Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia; 2002. p. 1-9.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF; 2004. p. 80.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília, DF; 2006.
15. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero e de Mama – Viva Mulher. Rio de Janeiro: Inca/Conprev; 2000.
16. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [acesso em 14 de dezembro de 2005]. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/idh/>>.
17. IBGE. Estimativas de população, 2005 [acesso em 13 de maio de 2007]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2006/estimativa.shtm>.
18. Young RF, Severson RK. Breast cancer screening and mammography completion in older minority women. *Breast Cancer Res Treat*. 2005;89(2):111-8.
19. Yabroff KR, Mandelblatt JS. Interventions targeted toward patients to increase mammography use. *Cancer Epidemiol, Biomarkers Prev*. 1999;8(9):749-57.
20. Partin MR, Slater JS. Promoting repeat mammography use: insights from a systematic needs assessment. *Health Educ Behav*. 2003;30(1):97-112.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família (2001-2002). Brasília, DF; 2004. p. 104.