UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

EULINA HELENA RAMALHO DE SOUZA

PROGRAMA VIVA MULHER E A DETECÇÃO DO CÂNCER DE MAMA NO CARIRI OCIDENTAL DA PARAÍBA

João Pessoa - PB

2007

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

PROGRAMA VIVA MULHER E A DETECÇÃO DO CÂNCER DE MAMA NO CARIRI OCIDENTAL DA PARAÍBA

EULINA HELENA RAMALHO DE SOUZA

PROGRAMA VIVA MULHER E A DETECÇÃO DO CÂNCER DE MAMA NO CARIRI OCIDENTAL DA PARAÍBA

Dissertação inserida na linha de pesquisa **Epidemiologia e Saúde**, apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração Enfermagem de Saúde Pública.

Orientadores: Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna.

Profa. Dra. Telma Ribeiro Garcia

João Pessoa - Pb

2007

S729p Souza, Eulina Helena Ramalho de.

Programa Viva Mulher e a detecção do câncer de mama no Cariri Ocidental da Paraíba/Eulina Helena Ramalho de Souza. – João Pessoa, 2007.

76p.

Orientadores: Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna e Telma Ribeiro Garcia. Dissertação (mestrado) UFPB/CCS

1. Saúde da mulher. 2. Neoplasias da mama. 3. Prevenção secundária. 4. Programas de rastreamento.

UFPB/BC CDU: 618.12–089.87(043)

EULINA HELENA RAMALHO DE SOUZA

PROGRAMA VIVA MULHER E A DETECÇÃO DO CÂNCER DE MAMA NO CARIRI OCIDENTAL DA PARAÍBA

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna
(Universidade Federal da Paraíba)

Prof. Dr. Luiz Cláudio Santos Thuler
(Instituto Nacional do Câncer)

Profa. Dra. Maria de Oliveira Ferreira Filha
(Universidade Federal da Paraíba)

Profa. Dra. Telma Ribeiro Garcia
(Universidade Federal da Paraíba)

DEDICATÓRIA

A todos os mestres e professores da minha vida, desde a primeira professora, no jardim da infância, em Piancó – Pb, Babaíta, lembrando de todos que me ensinaram no Marista Pio X, até os mais recentes, do Mestrado, especialmente, a Profa. Dra. Telma Ribeiro Garcia, a quem me sinto definitivamente ligada e grata, por ela ter visto meu “olho brilhar”. Saibam que tenho ciência do muito que devo a vocês, e que carregarei sempre comigo o compromisso de procurar não decepcioná-los no exercício do que vocês me ensinaram.

AGRADECIMENTOS

Ao Deus da minha vida, pela saúde, pelo trabalho, e pelo amor a tudo.

Às mulheres da minha vida:

Minhas avós Mariquinha, pela leveza de espírito, pelo bom humor transmitido de geração em geração; Aracy, pelo amor aos livros, à poesia e à intelectualidade, tão marcante na minha formação; Amélia, pela força e determinação, exemplos que procuro seguir.

Minha mãe, Eulina, pelo mundo cor de rosa que sempre procurou construir para nós, mas, principalmente, pelo presente do Tesouro de Bresa, que tem me motivado ao longo da vida, na busca de novos conhecimentos.

Minhas filhas: Ana Carolina e Ana Helena, como posso descrever a importância de vocês para mim? Nem mil dissertações seriam capazes de dizer tudo!

Aos homens da minha vida:

Meu pai, Wanduy, pelo exemplo de simplicidade, de apego às raízes, e sempre escolhendo o melhor, minha mãe, por exemplo. Com ele descobri que saudade é uma dor que não tem remédio.

Leônio Sérgio, meu amor, meu amigo, meu companheiro, meu tudo, não tenho como dizê-lo, “pois as palavras ditas com o coração, não há língua que as articule, retém-nas um nó na garganta e só nos olhos é que se pode lê-las”.

Tiago Sérgio, meu filho, obrigada pelo teu amor, pela admiração incondicional, “você é o meu filho amado...”

Meus irmãos, Antônio de Pádua e William Wanduy, as boas lembranças da nossa infância são terapia para os dias difíceis.

Às amigas Alana Barreto, Ana Leide, Cláudia Castro, Cristina Seixas, Fátima Carneiro, Laís Guimarães, Lakymê Mangueira, Liana Lima, Jandira Matos, Joana Marisa, Sandra Galdino, Socorro Loureiro, Socorro Ramalho, Suy-Mey Mendonça, pelo estímulo, pela colaboração, pela convivência, pela sintonia, que na intensidade que conhecemos parece existir somente entre as mulheres.

Aos amigos Evaldo Nóbrega, Cláudio Thuler, Graciano Gonçalves, Marcos Souto, Paulo Padilha, Ricardo Alexandre e José Leopoldo. Sei o quanto vocês torcem por mim.

Às colegas do mestrado Ana Cristina, Ana Paula Coutinho, Ana Paula Marques, Luciana, Fernanda, Daisy, Gisélia, Viviane, Suzana, Marclineide, Bianca, Cláudia Veras, Stella e especialmente, Candice e Rebeca, com as quais tenho uma convivência mais próxima e constante, saibam que vocês estão inscritas no meu coração, e lembrem-se que o tempo e espaço que às vezes trabalham contra nós, nos afastando, serão devidamente recolocados em seu lugar sempre que nos encontrar-mos.

Aos funcionários do mestrado D. Maria, Luzinete, Ivan e a Maria das Vitórias, companheira dos serviços domésticos da minha casa, cuja diligência me permitiu o sossego e o tempo para desempenhar os papéis de médica e mestranda.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa do estado da Paraíba, destacando-se os dezesseis municípios do V NRS. 35

Tabela 1 – População residente em municípios do V NRS, 2005. 36

Figura 2 – Modelo lógico da intervenção 41

Tabela 2 – Número de mulheres cadastradas no Programa Viva Mulher para realização de mamografia, no período de 2001 a 2005, por local de residência. 43

Tabela 3 – População feminina entre 40 e 69 anos de idade, estimada pelo IBGE para 2005, e mulheres cadastradas no setor de mamografia do Programa (todas as idades), por local de residência. 44

Tabela 4 – Distribuição da faixa etária das mulheres cadastradas, segundo os municípios de residência. 46

Tabela 5 – Cobertura populacional mamográfica segundo município de residência do V NRS e faixa etária. 47

Gráfico 1 – Distribuição das mulheres cadastradas no Programa, segundo número de exames mamográficos realizados. 48

Tabela 6 – Distribuição do resultado dos exames de mamografia das mulheres cadastradas, segundo a categoria de BI-RADS® e local de residência. 50

Tabela 7 – Distribuição do resultado dos exames de ultrassonografia das mulheres cadastradas, segundo a categoria de BI-RADS® e local de residência. 52

Tabela 8 – Distribuição dos casos de câncer por estadiamento clínico, 2001 a 2005. 54

Gráfico 2 – Distribuição dos casos de câncer de mama com diagnóstico de doença localizada (estadiamento clínico in situ, I e IIA), 2001 a 2005. 54

Tabela 9 – Distribuição dos casos de câncer de mama diagnosticados em estádios iniciais (estadiamento clínico I, IIA e IIB), 2001 a 2005. 55

Tabela 10 – Medidas descritivas dos intervalos de tempo, em meses, entre os exames mamográficos. 55

LISTA DE ABREVIATURAS

AJCC	American Joint Committee on Cancer
BI-RADS	Breast Imaging Reporting and Data System
CGHFBC	Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer
CID	Classificação Internacional das Doenças
CNS	Cartão Nacional de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
INCA	Instituo Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
NBCCEDP	National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program
NRS	Núcleo Regional de Saúde
PAAF	Punção Aspirativa com Agulha Fina
PPI	Programação Pactuada Integrada
PSF	Programa Saúde da Família
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SBM	Sociedade Brasileira de Mastologia
SIA/SUS	Sistema Informação Ambulatorial / Sistema Único de Saúde
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama

RESUMO

SOUZA, E. H. R. **Programa Viva Mulher e a detecção do câncer de mama no Cariri Ocidental da Paraíba.** 2007. 76p. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB.

A neoplasia maligna da mama é a principal causa de óbito por câncer entre as mulheres acima dos 40 anos de idade e é a neoplasia mais incidente entre as mulheres excluindo-se o câncer de pele não melanoma. Por todas as estatísticas disponíveis de incidência e mortalidade, o câncer de mama é um grande desafio para a Saúde Pública, no que diz respeito à atenção à saúde da mulher. O Ministério da Saúde/INCA idealizou em 1999 o Programa Viva Mulher, cujo objetivo é reduzir a mortalidade e as repercussões físicas e psicológicas do câncer de mama e do colo do útero entre as mulheres brasileiras. A região do Cariri Ocidental da Paraíba foi selecionada para receber em regime de comodato um mamógrafo doado pelo Ministério da Saúde/INCA, no final do ano de 2000 para que fosse implantado, um pólo secundário descentralizado de detecção e diagnóstico do câncer de mama. A partir de 2001, foram iniciadas as ações do Programa naquela região, e o presente trabalho tem como objetivos analisar o processo de implantação e funcionamento do Programa; descrever as ações e procedimentos realizados para a detecção e diagnóstico do câncer de mama no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005; avaliar o funcionamento do Programa em relação à metas propostas pelo Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer, e verificar se houve modificação no perfil epidemiológico relacionado aos estágios em que as alterações mamária suspeitas para malignidade passaram a ser diagnosticadas. Entre janeiro de 2001 e dezembro de 2005, foram cadastradas 5.198 mulheres para realização de mamografia, e 1.896 mulheres para a realização de consulta especializada em mastologia. Nesse período foram diagnosticados 46 casos de câncer de mama, dos quais 73,9% em estágios iniciais. Em 2001, a percentagem de casos iniciais representou 28,6% e foi crescente à medida que o Programa passou a ser divulgado e suas ações estendidas a um maior número de mulheres. A cobertura populacional para a faixa etária indicada pelo Programa, no que diz respeito à realização de mamografia foi de 35,9%, abaixo da meta de 60% proposta pelo Ministério da Saúde. A conclusão desse trabalho é que ações precisam ser desenvolvidas para que um maior número de mulheres, na faixa etária indicada, submeta-se às ações de rastreamento e permaneçam nesse processo, o que permitirá o atingimento do objetivo esperado que é a diminuição das repercussões físicas e psicológicas do diagnóstico e tratamento do câncer de mama e, mais importante, a redução das taxas de mortalidade por essa patologia.

Palavras-chave: 1. Saúde da mulher; 2. Neoplasias da mama; 3. Prevenção secundária; 4. Programas de rastreamento.

ABSTRACT

SOUZA, E. H. R. **Live Woman Program and the detection of breast cancer in the Western Cariri of Paraíba.** 2006. 76p. Dissertation (Master Degree) – Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa-PB.

The breast malignant neoplasia is the principal death cause for cancer among women above the 40 years of age and it is the most incident neoplasia among the women, when one exclud the non melanoma cancer of skin. For all the available statistics of incidence and mortality, breast cancer is a great challenge for the Public Health, mainly in what it concerns to the women's health attention. To face that problem, the Health Ministry/INCA idealized, in 1999, the Live Woman Program, whose objective is to reduce the mortality and the physical and psychological repercussions of the breast and uterine cervix cancer among Brazilian women. The area of Western Cariri of Paraíba was selected to receive, in a temporarily taking over regime, a mammogram device donated by the Health Ministry/INCA, in the end of the year of 2000, so that it was implanted a decentralized secondary pole of detection and diagnosis of breast cancer. Starting from 2001, the actions of the Program were initiate in that region, and the present work has as objectives to analyze the Program's implantation and functioning process; to describe the actions and procedures accomplished for the detection and diagnosis of breast cancer in the period of January of 2001 to December of 2005; to evaluate the Program's functioning in relation to the goals proposed by the National Health Ministry/INCA; and to verify if there was modification in the epidemiological profile related to the stages in which the mammary alterations suspected for malignance became diagnosed. Between January of 2001 and December of 2005, 5.198 women were registered for mammography accomplishment, and 1.896 women for the accomplishment of specialized mastology attention. In that period 46 cases of breast cancer were diagnosed, of which 73,9% diagnosed in initial stages. In 2001 the percentage of initial cases represented 28,6% and it was growing as the Program became well known and its actions extended to a larger number of women. In what it concerns to the accomplishment of mammography, the population coverage for the Program's suggested age group was of 35,9%, below the goal of 60% proposed by National Health Ministry. The conclusion of that work is that actions need to be developed so that a larger number of women, in the suggested age group, undergo the screening actions and stay in that process, what will allow the attainment of the expected aims, which is the decrease of the physical and psychological repercussions of the breast cancer diagnosis and treatment and, of more importance, the reduction of the mortality rates due to that pathology.

Key words: 1. Women's health. 2. Breast neoplasmas. 3. Secondary prevention. 4. Mass screening.

RESUMEN

SOUZA, E. H. R. **Programa Viva Mujer y la detección del cáncer de la mama en el Cariri Occidental de Paraíba.** 2006. 76p. Disertación (Mestrado) – Centro de Ciencias de Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa-PB.

La neoplasia maligna de la mama es la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres con más de 40 años de edad y es la neoplasia más incidente entre las mujeres, excluyéndose el cáncer de piel non melanoma. Por todas las estadísticas disponibles de incidencia y mortalidad, el cáncer de la mama es un gran desafío para la Salud Pública, principalmente en lo que dice respecto a la atención de salud de las mujeres. Para enfrentar ese problema, el Ministerio de la Salud/INCA idealizó, en 1999, el Programa Viva Mujer, cuyo objetivo es reducir la mortalidad y las repercusiones físicas y psicológicas del cáncer de la mama y de la cerviz uterino entre las mujeres brasileñas. El área del Cariri Occidental de Paraíba fue seleccionada para recibir, en régimen de comodato, un mamógrafo donado por el Ministerio de la Salud/INCA, en el fin del año de 2000, para que se implantara un polo secundario descentralizado de detección y diagnóstico del cáncer de la mama. Las acciones del Programa fueran iniciadas en esa región en 2001, y el presente trabajo tiene como objetivos analizar el proceso de implantación y funcionamiento del Programa; describir las acciones y procedimientos realizados para la detección y diagnóstico de cáncer del pecho en el periodo de enero de 2001 a diciembre de 2005; evaluar el funcionamiento del Programa en lo que dice respecto a las metas propuestas por el Ministerio de la Salud/INCA; y verificar si ha habido modificación en el perfil epidemiológico relacionado a los estadios en que se diagnosticó las alteraciones mamarias sospechas para malignidad. Entre enero de 2001 y diciembre de 2005, fueran cadastradas 5.198 mujeres para realizar la mamografía, y 1.896 mujeres para atención especializada en mastología. En ese periodo se diagnosticaron 46 casos de cáncer de la mama, entre los cuales 73,9% fueran diagnosticados en estadios iniciales. En 2001 el porcentaje de casos iniciales representó 28,6% y fue creciente a medida que el Programa pasó a ser divulgado y sus acciones extendidas a un número más grande de mujeres. En lo que dice respecto a la realización de la mamografía, la cobertura de la población en la edad sugerida por el Programa fue de 35,9%, abajo de la meta de 60% propuesta por el Ministerio de la Salud. La conclusión de ese trabajo es que se necesitan desarrollar acciones para que un número más grande de mujeres, en el grupo de edad sugerido, se submeta a las acciones de tamizage y se queden en el proceso, lo que permitirá el logro de los objetivos esperados que son la disminución de las repercusiones físicas y psicológicas del diagnóstico y tratamiento del cáncer de la mama y, de más importancia, la reducción de la tasa de mortalidad debida a esa patología.

Palabras clave: 1. Salud de la mujer. 2. Neoplasias de la mama. 3. Prevención secundaria. 4. Tamizaje masivo.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	**13**
2 OBJETIVOS	**18**
3 REVISÃO DA LITERATURA	**19**
4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	**35**
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	**39**
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	**63**
REFERÊNCIAS	**69**
ANEXO 1 – FICHA DE SOLITAÇÃO DE MAMOGRAFIA	**75**
ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA	**76**

É assim o mundo, junta no mesmo lugar o grande gosto e a grande dor, o bom cheiro dos humores sadios e o podre fétido da ferida gangrenada. Para inventar céu e inferno não precisa mais que conhecer o corpo humano.

José Saramago

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama, a neoplasia maligna responsável pelas maiores taxas de incidência e mortalidade nas mulheres no Brasil, é uma doença complexa, heterogênea, multifatorial e de etiologia ainda desconhecida, para a qual não se identificou prevenção primária aceitável em grande escala, apesar do conhecimento de alguns importantes fatores de risco.

Existem várias teorias para explicar a história natural do câncer de mama e sua evolução. Para Halsted (1894 *apud* JATOI, 1999), o câncer de mama era uma doença local que se disseminava progressivamente para os gânglios linfáticos regionais e, daí, para outros órgãos à distância. Este era um conceito aceito pela maioria dos cirurgiões no final do século XIX.

Posteriormente, Fisher (1986 *apud* JATOI, 1999) argumentou que o câncer de mama operável é uma doença sistêmica, que envolve um complexo espectro de interações entre o hospedeiro e o tumor, para a qual a terapia regional dificilmente proporcionaria a cura. Em 1997, Hellman desenvolveu a tese de que o câncer de mama é uma doença locorregional, no seu início, sendo que a doença local persistente pode dar origem a metástases distantes (*apud* JATOI, 1999). Assim sendo, são imprescindíveis a detecção precoce e o tratamento adequado para o seu controle. Compete discutir o que fazer e como fazer para que essa detecção e tratamento precoces sejam efetivamente realizados.

O câncer de mama é uma doença devastadora tanto do ponto de vista físico quanto psicológico para as mulheres, seus familiares e aqueles que as acompanham. Além da sua alta morbidade física e psicológica é uma doença extremamente letal, levando aproximadamente 400.000 mulheres, em todo o mundo, a morrerem, por ano, por conta da sua agressividade.

Smith e Giusti (2000) afirmam que a Sociedade Americana de Cancerologia estimou o diagnóstico de 182.000 casos novos de carcinoma invasivo, e 25.000 casos novos de carcinomas *in situ* para o ano de 1995, nos Estados

Unidos da América (EUA). Estimativas como essas permitiram avaliar que, nos EUA, a cada quinze minutos, cinco mulheres recebem o diagnóstico de câncer de mama e uma morra por essa doença.

A tendência mundial é de alta incidência dessa patologia em todos os países, principalmente os industrializados, observando-se que o câncer de mama é o segundo mais freqüente em todo o mundo, ficando atrás, apenas, do câncer de pele não melanoma. Entre as mulheres é o mais freqüente, e aproximadamente um milhão de casos novos são esperados a cada ano no mundo (SMITH; GIUSTI, 2000).

No mundo inteiro, o câncer de mama é uma doença preocupante por conta de sua alta taxa de incidência e prevalência, tanto nos países de primeiro mundo, quanto nos países em desenvolvimento. É doença potencialmente letal, que tem apresentado altas taxas de mortalidade. Por tudo isso, o câncer de mama é considerado um grave problema de saúde pública (INCA, 2002).

No Brasil, mudanças no perfil epidemiológico das doenças ocorreram por profundas modificações sócio-econômicas e demográficas, sendo possível observar que o crescimento populacional se deu em parte pela queda da mortalidade infantil, por um vigoroso processo de urbanização e industrialização, e um maior controle das doenças infecto-contagiosas. Uma das conseqüências dessas mudanças foi que as doenças crônico-degenerativas, entre elas o câncer, passaram a ocupar lugar de destaque no planejamento de políticas públicas de saúde. Atualmente, o diagnóstico das doenças crônico-degenerativas é também relacionado a uma maior acessibilidade da população aos serviços de saúde (BRASIL, 2004a).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) informou que o câncer de mama, em mulheres, teve um aumento da taxa de mortalidade de 6,14 em 1979, para 9,70 em 1998, e ocupava o primeiro lugar nas estimativas de incidência (INCA, 2002). Pelas estimativas do INCA, eram esperados, em 2006, 48.930 casos novos; e um risco estimado de 51,66 casos novos a cada 100.000 mulheres. Na região Nordeste este é também o tipo de câncer mais freqüente entre as mulheres, estimando-se uma taxa de 27,16 por 100.000. Os indicadores previstos pelo INCA para o Estado da Paraíba mostravam que deveriam ocorrer 350 casos novos em 2006, nesse Estado, com uma taxa de 18,97 por 100.000 mulheres (INCA, 2006).

O conhecimento epidemiológico da distribuição de incidência e mortalidade no país é importante e fundamental para que se possam organizar, efetivamente, medidas de prevenção, detecção, diagnóstico e tratamento dessa patologia. Contudo, essas informações raramente são encontradas e disponíveis, seja no âmbito nacional ou regional. O Brasil não possui um registro nacional de câncer, não sendo possível, portanto, conhecer o número exato de casos novos ocorridos a cada ano. Assim, os dados estimativos propostos pelo INCA são o principal parâmetro para o planejamento de ações voltadas para diminuição da mortalidade pelo câncer de mama.

O câncer de mama é diagnosticado tardiamente em aproximadamente 50% a 70% dos casos no Brasil (THULER; MENDONÇA, 2005), havendo um retardo no tratamento de até doze meses, em muitas situações. Isso reflete a dificuldade de acesso às ações de saúde, imposta às mulheres, relacionada, entre outros fatores, às desigualdades das relações de gênero e de trabalho, às grandes distâncias entre residência ou trabalho e serviços de saúde, à precária capacitação dos gestores e profissionais de saúde, e às limitações de teto orçamentário para atender às demandas (BRASIL, 2004a). Tudo isso acarreta o quadro caótico e desumano com que é tratado o problema do câncer de mama no Brasil. O acesso da população, principalmente a rural, aos serviços de saúde, bem como a integralidade da atenção, são um grande desafio.

Atualmente, não se conhecem medidas preventivas primárias específicas e eficazes contra o câncer de mama que possam ser aplicadas à população geral. São recomendadas medidas gerais de prevenção, como o combate ao sedentarismo, ao tabagismo, à obesidade e ao alcoolismo, para diminuição da mortalidade por câncer de mama. Assim sendo, a melhor estratégia para combater este câncer é a prevenção secundária, através de ações que busquem a detecção e o diagnóstico precoce, bem como seu tratamento em tempo oportuno.

O prognóstico é considerado relativamente bom, se o câncer for diagnosticado e tratado nos estágios iniciais. Nos países desenvolvidos, a sobrevida após cinco anos varia de 53% a 74%; nos países em desenvolvimento, essa sobrevida varia entre 49% a 51% (INCA, 2004a). Observa-se nos países do primeiro mundo uma diminuição da mortalidade, apesar do crescente número de casos novos. No Brasil, diferindo dos países desenvolvidos, onde, nas últimas duas

décadas, o aumento da incidência foi acompanhado por uma queda da mortalidade, observa-se uma taxa crescente de incidência, acompanhada de altos índices de mortalidade (INCA, 2004a).

O aumento da incidência pode ser explicado pelo envelhecimento da população, pelo intenso processo de urbanização que a população brasileira experimentou nas últimas décadas, pelas modificações no processo reprodutivo que essa urbanização acarretou, assim como pelo aumento da oferta de serviços de assistência à saúde, voltados para a detecção precoce do câncer de mama. As altas taxas de mortalidade se devem, principalmente, ao diagnóstico tardio e à insuficiência de serviços médicos de nível terciário, que impedem a adoção de medidas terapêuticas adequadas.

No Brasil, a explicação principal para este perfil da mortalidade por câncer de mama é o fato de que aproximadamente 60% dos tumores malignos da mama sejam diagnosticados em estágios avançados. O controle do câncer de mama no Brasil representa um desafio especial para a saúde pública pois, além de todas as questões relacionadas com a extensão territorial, educação em saúde, acesso aos centros especializados, escassez de recursos, este controle demanda ações com vários graus de complexidade e o entrosamento de recursos humanos egressos de várias áreas do conhecimento (INCA, 2002).

Segundo Brenelli e Kalaf (1999), o rastreamento é a modalidade de detecção mais eficaz e racional para reduzir a mortalidade por câncer de mama. Esse rastreamento pode ser feito de várias maneiras: auto-exame das mamas, exame clínico das mamas, mamografia, ultra-sonografia mamária e ressonância magnética mamária.

Conhecedor das questões que envolvem o controle do câncer no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) promoveu, através da Secretaria de Políticas de Saúde e do INCA, a oficina “Câncer de Mama – Perspectiva de Controle”, realizada em Salvador-BA, em novembro de 1998. Durante esta oficina houve uma discussão para a elaboração de um programa que atendesse a necessidade de estruturação de ações para o controle do câncer de colo de útero e de mama no Brasil, e que representasse um conjunto de métodos e medidas continuadas, capazes de controlar essas patologias, o “Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero e de Mama”. Nessa oficina, que contou com a participação

de representantes da sociedade civil, entidades governamentais e sociedades científicas interessadas no tema, foram traçados os objetivos gerais do Programa e as diretrizes norteadoras do enfrentamento do câncer de colo de útero e de mama no Brasil. Conceitualmente, o “Viva Mulher” tem como objetivo “reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais do câncer de mama na mulher brasileira, por meio da oferta de serviços para detecção do câncer em estágios iniciais, tratamento e reabilitação” (INCA, 2002, p.7).

O Programa Viva Mulher foi implantado na região do Cariri Ocidental do estado da Paraíba no ano de 2000. Desde então, tem-se observado uma alteração no perfil das pacientes atendidas; especialmente, uma redução do estágio clínico em que as lesões mamárias passaram a ser diagnosticadas. Se, antes do Programa, havia maior freqüência de lesões nos estádios III e IV, isto é, avançadas no momento do diagnóstico, no decorrer dos anos, foi possível a detecção de lesões impalpáveis, representando um aumento da expectativa de vida dessas pacientes.

Foi essa modificação do perfil epidemiológico que motivou a presente pesquisa. Acredita-se que a avaliação da implantação e a análise crítica do funcionamento do Programa Viva Mulher possa representar um subsídio para o planejamento das estratégias de operacionalização dessa política pública e correção de eventuais falhas.

2 OBJETIVOS

- Descrever o processo de implantação do Programa Viva Mulher na região do Cariri Ocidental do estado da Paraíba.
- Descrever as ações e procedimentos realizados para detecção e diagnóstico do câncer de mama nas mulheres residentes em municípios da Região, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005;
- Avaliar o funcionamento do Programa em relação às metas propostas pelo MS/INCA;
- Verificar se houve modificação no perfil epidemiológico relacionado aos estágios em que as alterações mamárias passaram a ser diagnosticadas.

3 REVISÃO DA LITERATURA

As mamas, geralmente em número de duas, situadas anteriormente no tórax, resultam de um espessamento do ectoderma e são glândulas sudoríparas, altamente especializadas em produzir leite.

Um grande número de hormônios atua fisiologicamente sobre as mamas ao longo da vida, da puberdade à senescência, passando pelo período de vida reprodutiva, lactação, climatério e pós-menopausa, tendo importante papel no processo de desenvolvimento e involução fisiológicos, bem como nos mecanismos de lactação e processos patológicos (KELLER-WOOD; BLAND, 1994).

Entre os hormônios de maior influência sobre o tecido mamário podem ser citados o estrogênio, a progesterona e a prolactina. O estrogênio atua com potenciais efeitos mitóticos no tecido epitelial mamário e promove o início do desenvolvimento ductal, é, também, responsável pelo aumento do número de receptores estrogênicos e progesterônicos no epitélio mamário. A progesterona é o mais importante hormônio envolvido no processo de diferenciação da célula epitelial mamária e no desenvolvimento lobular. A prolactina tem importante papel no desenvolvimento do tecido adiposo mamário e, juntamente com o cortisol e o hormônio do crescimento, está envolvida no processo de desenvolvimento do epitélio mamário, sendo necessária a sua presença para que o estrogênio e a progesterona exerçam seus efeitos (TAVASSOLI, 1999a). Exerce também o principal papel no processo de lactogênese, estimulando a diferenciação das células que produzem o leite. Esse processo de mamogênese e galactopoiese tem início na vida fetal e continua pela puberdade, vida reprodutiva e nos anos seguintes à menopausa (KELLER-WOOD; BLAND, 1994). Esses mesmos estímulos hormonais atuam durante o ciclo menstrual promovendo alterações funcionais periódicas.

As mamas também se encontram sob o controle de mecanismos hormonais autócrinos e parácrinos, através da atuação de fatores de crescimento

polipeptídicos capazes de modular a ação dos esteróides sexuais (SECRETO, 2002).

Alterações do equilíbrio de controle hormonal, seja uma alteração do tipo elevação dos hormônios estimulantes ou um defeito dos hormônios antagonistas do crescimento celular, podem estar implicadas no processo de aparecimento dos tumores mamários (carcinogênese).

Anatomicamente a mama consiste de quinze a vinte segmentos ou lobos formados de tecido glandular túbulo-alveolar conectados entre si por tecido conjuntivo fibroso e tecido adiposo entre esse lobos (ROMRELL; BLAND, 1994). O sistema ductal constitui-se no componente funcional da mama; esses ductos são revestidos por uma camada dupla de células e qualquer aumento do número dessas camadas é considerado alteração patológica.

Funcionalmente as mamas são referidas na literatura como órgãos responsáveis pelo fornecimento de leite para a alimentação do recém-nato no pós-parto (TAVASSOLI, 1999b), sem exercer função específica fora desse período (SECRETO, 2002).

As mamas também são descritas e valorizadas nas artes, principalmente na literatura e na pintura como símbolos e atributos de beleza, sensualidade e como representação do feminino e da imagem materna. Entende-se, portanto, a razão das reações emocionais vinculadas ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama, relacionadas com perdas extremas que vão desde a mutilação à morte (BARROS; FERREIRA, 1999).

O carcinoma da mama desenvolve-se a partir do crescimento desordenado das células epiteliais mamárias, podendo ser invasivo ou não invasivo. O carcinoma não invasivo é aquele que, do ponto de vista microanatômico, está confinado ao interior do ducto mamário, sendo também chamado carcinoma *in situ* ou intraductal, e, teoricamente, não pode causar metástase. O carcinoma infiltrante é a proliferação neoplásica que rompe a membrana do ducto (membrana basal) e invade o estroma da mama, onde pode penetrar vasos linfáticos e sanguíneos, podendo causar metástases.

Do ponto de vista da saúde pública mundial, é um problema que chama a atenção pelo crescimento contínuo de sua incidência e pela alta morbiletalidade a

ele associada. Estima-se uma incidência crescente de aproximadamente 1% a 2% em muitos países e que, durante a primeira década do terceiro milênio, aproximadamente um milhão de mulheres irá, anualmente, no mundo todo, desenvolver o câncer de mama (GOLDHIRSCH, 1997).

O câncer de mama é heterogêneo na sua expressão biológica e na sua apresentação clínica, requerendo uma abordagem multidisciplinar para seu diagnóstico e tratamento (GOLDHIRSCH, 1997).

Apesar das inúmeras pesquisas realizadas, continua impossível predizer com acurácia quem vai desenvolver câncer de mama na população geral, isso provavelmente pelo aspecto multifatorial de sua gênese, onde estão envolvidos aspectos genéticos, hormonais, nutricionais, morfológicos e relacionados com radiação (TAVASSOLI, 1999b).

A etiologia do câncer de mama é desconhecida. Moolgavkar e Knudson (1981 *apud* TAVASSOLI, 1999b) propuseram um modelo de carcinogênese em dois estágios, no qual é postulado que o carcinoma humano desenvolve-se a partir das células tronco epiteliais por conta de dois ou mais erros no processo de divisão celular. Esses erros resultariam, provavelmente, do dano ao DNA da célula epitelial causado por agentes iniciadores que poderiam ser físicos, químicos ou biológicos (processo de iniciação). Por outro lado, o estrogênio e a progesterona, além de outros hormônios, teriam grande influência na carcinogênese, alterando a cinética da proliferação celular com modificação na proliferação, diferenciação e atrofia daquelas células tronco, resultando em um aumento do número de células susceptíveis aos agentes carcinogênicos (fase de promoção). Embora sua etiologia seja desconhecida, são conhecidos, hoje, alguns fatores de risco indicadores de uma maior probabilidade de se desenvolver a doença.

O risco de desenvolvimento de câncer de mama para mulheres que tiveram parentes no primeiro grau (mãe, irmã, filha) com câncer de mama é o dobro do da população que não apresenta esse histórico familiar (BERRINO; MICHELI; BELLATI, 2002). Mas, observa-se que aproximadamente 20% das mulheres com câncer de mama referem esse antecedente e que 5% desses casos estão relacionados com a característica autossômica dominante. A grande maioria dos carcinomas da mama desenvolve-se a partir de mutações adquiridas (TAVASSOLI, 1999b).

Alterações genéticas como a mutação dos genes onco-supressores BRCA-1 e BRCA-2 determinam um risco relativo de adoecer de câncer de mama durante a vida, da ordem de 60% a 80%. As outras síndromes hereditárias associadas ao aparecimento do câncer de mama são a síndrome de Lynch tipo II, síndrome de Cowden e síndrome de Li-Fraumeni (BERRINO; MICHELI; BELLATI, 2002).

Fatores de risco para desenvolver câncer de mama associados com hormônios sexuais estão relacionados com o sexo feminino e a história pessoal de vida menstrual e reprodutiva. As mulheres têm cem vezes mais câncer de mama que os homens. Mulheres que tiveram sua primeira menstruação antes dos treze anos têm risco relativo dobrado em relação àquelas que menstruaram a primeira vez depois dessa idade. Do mesmo modo, mulheres que tiveram seus ciclos menstruais interrompidos após os 55 anos têm o risco duas vezes maior que as mulheres que tiveram menopausa antes dos 45 anos, tenha sido esta interrupção natural ou artificial. A hipótese proposta para explicar esse fator é atribuída a um período mais prolongado de exposição a altos níveis de hormônios sexuais endógenos (BERRINO; MICHELI; BELLATI, 2002).

A paridade é também importante na determinação do risco para o câncer de mama, e a idade por ocasião do primeiro parto a termo, o mais importante fator reprodutivo na epidemiologia do câncer de mama (BERRINO; MICHELI; BELLATI, 2002). A relação da paridade com o risco de câncer de mama é observada de forma mais acentuada nos países pobres e em desenvolvimento, sendo fator protetor quando ocorre em mulheres jovens, antes dos vinte anos de idade. A hipótese que propõe explicar o mecanismo biológico determinante dessa proteção é a proliferação celular iniciada pela primeira gravidez a termo, em mulher jovem, seguida por uma especialização secretória que causa diferenciação irreversível na célula mamária (TAVASSOLI, 1999b). Sabe-se que células mais diferenciadas são menos susceptíveis à ação de agentes carcinogênicos.

Associação entre uso de esteróides sexuais exógenos e risco para desenvolver câncer de mama apresenta algumas controvérsias. Segundo meta-análise realizada pelo *Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer* (COLLABORATIVE..., 1996), existe um pequeno risco de desenvolver câncer de

mama durante o uso e por um período de dez anos subseqüente à utilização de contraceptivos hormonais orais.

Em estudo recente, sujeito a críticas com relação aos resultados obtidos, observou-se um risco relativo (RR) de 1,26 (IC de 5% = 1,0-1,59) para câncer de mama em mulheres pós-menopáusicas submetidas à terapêutica de reposição hormonal estro-progestativa combinada contínua (RISKS..., 2002).

Na reavaliação conjunta de 51 estudos epidemiológicos sobre terapêutica hormonal substitutiva, conclui-se que o risco aumenta 2,3% a cada ano de uso. Interessante observar que, nas mulheres que não utilizaram esse tratamento, há um crescimento do risco, da ordem de 2,8% a cada ano, para mulheres pós-menopausadas (COLLABORATIVE..., 1997).

Estudo epidemiológico desenvolvido pelo *Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer* mostrou associação entre o risco de desenvolver câncer de mama e o tempo de duração de uso da reposição hormonal, aparecendo dois casos de câncer de mama a mais se o uso continuar por cinco anos; seis casos a mais se ocorrer uso por dez anos e doze casos a mais se ocorrer uso por quinze anos, considerando cada mil mulheres que iniciaram a terapia hormonal aos 50 anos de idade (BERRINO; MICHELI; BELLATI, 2002).

A importância dos fatores nutricionais com relação ao risco para desenvolver câncer de mama está no fato de que a obesidade e a menarca estão intrinsecamente relacionadas a influências nutricionais. Tessaro e Brezolin (2006) sugerem que o alto consumo de gordura animal pode estar associado a um maior risco de desenvolver câncer de mama.

A obesidade influi no risco de câncer de mama de maneira diferente na pré e na pós-menopausa, sendo associada com maior risco quando está presente nas mulheres na pós-menopausa. Um estudo da Sociedade Americana de Cancerologia, com seguimento de 495.477 mulheres, por dezesseis anos, comparou mulheres com IMC abaixo de 25 a mulheres com IMC entre 25 e 29,9, 30 e 39,9 e acima de 40, observando-se um RR de mortalidade por câncer de mama de 1,34, 1,63, 1,7 e 2,12, respectivamente (DE VITTA, 2005).

Uma associação positiva entre consumo de álcool e aumento do risco de desenvolver câncer de mama tem sido consistentemente demonstrada, sendo o

risco diretamente proporcional à quantidade consumida. Mulheres que consomem mais de quatro doses diárias têm seu risco pessoal aumentado em duas a três vezes (DE VITTA, 2005).

De maneira geral, a literatura mostra que uma associação entre obesidade, consumo de álcool e sedentarismo aumenta o risco para o desenvolvimento do câncer de mama (DE VITTA, 2005).

Todos esses fatores de risco comportamentais são relatados na literatura como associados ao câncer de mama. Porém, é difícil sua comprovação como fenômenos de causa e efeito.

Uma grande variedade de modificações morfológicas podem ocorrer nas mamas. A relação entre essas modificações e o risco para o desenvolvimento futuro de câncer de mama foi estabelecida em estudos relativamente recentes. Segundo Tavassoli (1999a), as lesões que constituem fator de risco para o desenvolvimento de câncer de mama incluem a hiperplasia ductal, hiperplasia ductal atípica, hiperplasia lobular atípica ou neoplasia lobular e, em grau menor, a adenose esclerosante.

É sabido, também, que a associação entre fatores de risco morfológicos e fatores de risco familiares aumenta consideravelmente a chance para desenvolver câncer de mama e que a associação de alterações com atipia e relato de câncer de mama em parenta de primeiro grau aumenta em onze vezes esse risco (DE VITTA, 2005).

Está relatado na literatura que a exposição à radiação ionizante, seja para procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, está associada com risco para câncer de mama, especialmente se a exposição ocorreu antes dos quarenta anos de idade (DE VITTA, 2005).

Como se pode ver, os fatores de risco para o aparecimento do câncer de mama são complexos com relação à sua interação e com relação à possibilidade de modificação, dificultando as medidas de prevenção primária. Portanto, é de extrema importância a detecção precoce da doença.

O câncer de mama pode se apresentar de várias maneiras. Clinicamente, como uma massa ou um tumor palpável, ou como alteração imaginológica,

mamográfica, ultrassonográfica ou, mais recentemente, detectada por meio de ressonância magnética.

Segundo Goldhirsch (1997), achados clínicos relacionados com a evidência de câncer de mama referem que, aproximadamente 85% dos casos novos de câncer de mama são diagnosticados como um nódulo na mama. Em 80% desses casos é a própria mulher quem detecta a alteração. Entretanto, a moderna abordagem do câncer de mama mostrou que a detecção precoce através de rastreamento mamográfico pode promover uma significativa redução da mortalidade por câncer de mama, estatisticamente significante, da ordem de 25% a 30% entre as mulheres rastreadas em relação ao grupo controle, resultado este observado após, em média, 5 a 7 anos de seguimento (LEE, 2002).

As principais queixas que levam as mulheres a procurar um especialista são as massas mamárias, o derrame papilar, a dor e as mamografias anormais (SCOTT; MORROW, 1999). O primeiro ponto a ser esclarecido quando uma mulher se queixa de uma massa mamária é se essa massa representa realmente uma área nodular dominante ou uma nodularidade glandular normal da mama. As massas nodulares dominantes caracterizam-se pela persistência durante todo o ciclo menstrual e em ciclos subseqüentes. Na verdade, a exatidão do exame clínico isolado para o diagnóstico do câncer de mama é bastante limitada, dado que as características clínicas das massas palpáveis benignas e malignas são pouco específicas e não são absolutas (SCOTT; MORROW, 1999). Pacientes que apresentam massa mamária e têm mais de quarenta anos devem ser submetidas à mamografia diagnóstica. Mulheres abaixo dos quarenta anos devem submeter-se a ultrassonografia mamária, ou também à mamografia, se a massa for clinicamente suspeita para malignidade.

As lesões com aspecto suspeito aos exames de imagem devem ser estudadas microscopicamente, pois o diagnóstico de câncer de mama só se confirma através da cito/histopatologia. O material para essa análise pode ser obtido através de punção aspirativa com agulha fina (PAAF); punção biópsia com agulha grossa (*core biopsy*) e biópsia cirúrgica com ou sem estereotaxia.

Esses métodos de abordagem têm indicações específicas de acordo com as condições individuais e a disponibilidade nos serviços.

A PAAF apresenta altas taxas de exatidão quando realizada e avaliada por mastologista e citopatologista experientes, chegando a apresentar taxa de resultados falso-negativos entre 0% a 4%, e taxa de resultados falso-positivos entre 0% e 0,4% (SCOTT; MOROW, 1999). É um procedimento de extrema simplicidade e rapidez, pouco invasivo, que determina desconforto mínimo para a paciente, de baixo custo para o sistema de saúde, realizado ambulatorialmente e o resultado pode ser disponibilizado em vinte e quatro horas. A principal desvantagem da PAAF é não possibilitar o diagnóstico diferencial entre câncer invasivo e carcinoma *in situ*. É importante lembrar que uma lesão clínica e mamograficamente suspeita para malignidade, com citologia negativa, deve ser encaminhada para realizar biópsia para estudo anátomo-patológico.

A punção biópsia ou *core biopsy* é uma técnica que fornece fragmentos teciduais para análise histopatológica, demonstrando uma sensibilidade de 89% e uma especificidade de 100%. Segundo Scott e Morow (1999), um estudo de Shabot, Goldberg e Schick, comparando a exatidão diagnóstica da PAAF e da punção biópsia, mostrou que a PAAF era diagnóstica em 95% dos casos, e a punção biópsia era diagnóstica em 70% dos casos. As vantagens da técnica estão relacionadas ao fato de que é possível distinguir o tipo histológico da lesão, se é invasiva ou não, e qualquer patologista pode interpretar o material fornecido. Uma desvantagem potencial da punção biópsia com agulha grossa seria a contaminação do trajeto da agulha com células neoplásicas malignas.

As biópsias cirúrgicas podem ser incisionais, quando se retira parte da volumosa massa tumoral; excisional, quando se retira toda a massa tumoral a ser estudada; e biópsia por estereotaxia realizada posteriormente à marcação pré-cirúrgica de lesões impalpáveis.

O derrame papilar é um sinal comum, mas pouco freqüentemente relacionado ao câncer de mama, sendo que apenas 3% a 11% das mulheres com carcinoma vão apresentá-lo. Quando relacionado com câncer de mama, o derrame papilar apresenta-se de forma espontânea, unilateral e, em geral, por um único ducto.

Segundo Preece *et al.* (1982 *apud* HUGHES, 2000), a dor mamária esteve presente em apenas 7% de 240 casos de carcinoma de mama como sintoma isolado. Apesar de aproximadamente 70% das mulheres virem a sofrer de uma dor

mamária em algum momento de suas vidas, só raramente ela será um sinal de câncer. Na maioria dos casos a dor mamária está relacionada com as alterações funcionais benignas das mamas, e não requer intervenção específica.

A utilização cada vez maior da mamografia como método de rastreamento tem aumentado consideravelmente o número de mulheres assintomáticas com indicação para procedimentos investigativos. Apesar dos benefícios com relação à diminuição da mortalidade e morbidade pelo câncer de mama, e sendo a mamografia um teste sensível, mas inespecífico, Scott e Morrow (1999) relatam que apenas 20% a 35% das lesões consideradas suspeitas para malignidade comprovaram ser carcinoma.

O exame ultrassonográfico das mamas é, atualmente, o método complementar mais importante no diagnóstico das massas mamárias (HEYWANG-KÖBRUMER *et al.*, 1999). Entretanto, não serve como método de rastreamento por conta de sua limitação para identificar microcalcificações, ou tumores menores que um centímetro em mamas volumosas e amplamente lipossubstituídas (INCA, 2002). Segundo Del Turco (2002), aproximadamente 10% a 20% das opacidades nodulares não palpáveis, e em torno de 70% a 80% dos agrupamentos de microcalcificações não são detectáveis pela ecografia. É especialmente útil no diagnóstico dos cistos mamários; na avaliação de lesões sólidas em mamas densas, quando essas lesões não são vistas ao exame mamográfico; na avaliação de massas mamárias durante a gravidez e processos inflamatórios; e também na realização de procedimentos intervencionistas (PAAF, *core biopsy* e marcação pré-cirúrgica).

A classificação histopatológica dos carcinomas da mama permite a observação de características morfológicas peculiares, bem como apresentação clínica, radiológica e comportamento biológico desses tumores. Segundo Viale (2002), a classificação da Organização Mundial da Saúde subdivide os carcinomas de mama em quinze tipos principais.

Quanto ao grau de invasividade, os carcinomas são classificados em carcinomas infiltrantes (lobular ou ductal) e carcinomas *in situ* (lobular ou ductal). O carcinoma lobular *in situ* também recebe, por alguns autores, a nomenclatura de neoplasia lobular, sendo considerado mais um marcador de risco do que uma neoplasia maligna propriamente dita, isso observado a partir do seu comportamento biológico.

O carcinoma ductal *in situ* também recebe a nomenclatura de carcinoma intraductal. Os carcinomas *in situ* são assim classificados por se observar a proliferação epitelial restrita à luz do ducto, sem rompimento e infiltração da membrana basal em direção ao estroma, onde se encontram os vasos sangüíneos e linfáticos, razão pela qual esses tumores não têm capacidade de metastatização. Por seu lado, os carcinomas infiltrantes, como sua nomenclatura já denota, invadem e infiltram o estroma mamário através do rompimento da camada basal (que reveste os ductos) e aí, no estroma, podem infiltrar vasos sangüíneos e linfáticos, podendo levar ao aparecimento de metástases à distância.

O estadiamento do câncer de mama é feito com o objetivo de avaliar a extensão da doença, ajudar nas decisões terapêuticas, comparar, no futuro, os resultados dos diversos grupos em relação à terapêutica instituída, seguindo normas determinadas. Segundo Singletary *et al.* (2003), as orientações seguidas atualmente para o estadiamento do câncer de mama são as do *American Joint Committee on Cancer* (AJCC).

Um dos principais objetivos do estadiamento é a concordância internacional na classificação dos casos de câncer de mama, fornecendo um método que permite comparações sem ambigüidade entre os diversos tratamentos instituídos, e o acúmulo de conhecimento sobre a efetividade dessas estratégias terapêuticas (SINGLETARY *et al*., 2003).

O estadiamento dos tumores malignos da mama segue o sistema TNM, em que o “T”, associado a sufixos numéricos, descreve o tamanho do tumor e seu aumento progressivo, assim como a infiltração de órgãos contíguos, como pele e parede torácica. O “N” identifica os linfonodos regionais e, seguido de sufixo numérico, descreve o grau de comprometimento dessas estruturas pelo tumor. O “M” identifica metástases à distância. O estadiamento pode ser clínico (C-TNM) ou histopatológico (P-TNM), este feito após a realização da análise histopatológica da peça operatória.

O estadiamento também oferece informações quanto ao prognóstico. Donegan (1995) refere uma associação direta entre o tamanho do tumor primário e a probabilidade de metástases. À medida que o tumor cresce, aumenta sua agressividade e a probabilidade de ocorrer envolvimento dos linfonodos e metástases à distância.

A necessidade de padronizar a leitura e os achados na interpretação das mamografias levou o Colégio Americano de Radiologia a desenvolver o sistema *Breast Imaging - Reporting and Data System* (BI-RADS®) cujos objetivos principais são: clareza nas informações; aperfeiçoamento da comunicação e facilitação da pesquisa. O sistema BI-RADS® inclui termos para descrição dos padrões do parênquima mamário, características das massas e calcificações, bem como de outros achados associados, agrupando-os em categorias, de acordo com o grau de probabilidade para ser malignidade (LIBERMAN; MENELL, 2002).

Provavelmente, este é o mais importante objetivo do sistema: permitir definir em categorias o grau de suspeição para malignidade dos achados observados. Segundo a terceira edição do BI-RADS®, existem seis categorias: 0, 1, 2, 3, 4, e 5; e quatro possibilidades de recomendação de conduta segundo as categorias do achado mamográfico (MARANHÃO, 2005). Explicando o significado de cada categoria, quando se classifica na avaliação os achados como categoria 0, é porque as informações nesse exame foram consideradas insuficientes e há necessidade de avaliação complementar. Na categoria 1, a mamografia é negativa, isto é, considerada normal e a recomendação é seguir a rotina, com controle após um ano. Na categoria 2, as alterações identificadas na mamografia são consideradas benignas e a recomendação é o controle anual. Na categoria 3 são classificados os achados provavelmente benignos, sendo recomendado o controle semestral dessas alterações. A categoria 4 engloba alterações suspeitas para malignidade e a análise histológica da lesão deve ser efetuada. A categoria 5 refere um achado altamente sugestivo de malignidade, a confirmação histopatológica deve ser realizada (LIBERMAN; MENELL, 2002).

A divulgação do conhecimento sobre o sistema BI-RADS® e suas recomendações para os médicos de outras especialidades que não radiologistas, principalmente para os profissionais da atenção básica é fundamental, para que as ações e encaminhamentos sejam realizados de forma a não quebrar a cadeia no processo de detecção precoce do câncer de mama. Essa informação é importantíssima para o processo de educação permanente pois, segundo Vitiello *et al*. (2000 apud LIBERMAN; MENELL, 2002), em recente trabalho para avaliar o nível de entendimento do sistema BI-RADS® pelos clínicos, foi observado que 46% dos médicos que responderam à investigação não estavam cientes de que o sistema BI-

RADS® deve ser usado no relatório de laudos mamográficos; 64% não tinham tido informação ou educação sobre o sistema e 34% estavam à vontade com a utilização do sistema BI-RADS®, indicando que é necessário um processo de educação com relação a esta nomenclatura.

No Brasil, a despeito das recomendações da Sociedade Brasileira de Mastologia, do Colégio Brasileiro de Radiologia e da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, muitos radiologistas continuam sem utilizar o sistema BI-RADS® no seu relatório mamográfico, dificultando a tomada de decisão clínica e o devido encaminhamento dos casos suspeitos de malignidade.

Muito importante é, pois, a utilização do sistema BI-RADS® no desenvolvimento das ações de controle do câncer de mama. De acordo com o documento "Bases Técnicas para Avaliação do Programa Viva Mulher", do MS/INCA, um dos indicadores de avaliação de processo para o câncer de mama é o percentual de mulheres com achados mamográficos suspeitos ou altamente sugestivos de malignidade, ou seja, categoria 4 e 5 do BI-RADS®, dentre as mulheres que foram submetidas à mamografia registradas no SISMAMA (INCA, 2000).

Com base em evidências de pesquisas desenvolvidas no campo do rastreamento mamográfico, documento apoiado pela Sociedade Brasileira de Mastologia e pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia recomenda, para prevenção secundária do câncer de mama, que se faça "triagem mamográfica anualmente a partir de 40 anos, a cada dois anos entre os 50 e os 69 anos e, de acordo com a expectativa de vida, após os 70 anos." (KEMP *et al.*, 2002, p.4).

Em seu documento de consenso, o INCA não faz referência a rastreamento mamográfico para mulheres abaixo de 50 anos de idade, salvo em situações de alto risco. Para as mulheres na faixa etária de 50-69 anos de idade, recomenda mamografia com intervalo de, no máximo, dois anos entre os exames. O documento não faz menção a rastreamento mamográfico em mulheres com 70 anos de idade ou mais (BRASIL, 2004b).

Para as mulheres que têm história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau, o primeiro exame (mamografia de base) deve ser realizado dez anos antes da idade em que a parente teve o diagnóstico, mas nunca

antes dos vinte e cinco anos de idade, e, a partir de cinco anos para frente, mamografias anuais de seguimento (LEE, 2002).

Além de não se conhecer a etiologia do câncer de mama, é difícil, ou, em alguns casos, impossível, implantar estratégias para modificar fatores de risco conhecidos, tais como menarca precoce, hábitos reprodutivos, hábitos alimentares, menopausa tardia. Sendo assim, a prevenção secundária, através do rastreamento para detecção precoce da doença e tratamento adequado, é a melhor estratégia para combatê-lo.

Segundo Smith, Cokkinides e Eyre (2005), a Sociedade Americana de Cancerologia considera rastreamento como sendo um teste realizado em indivíduos assintomáticos para detecção de doença oculta; esses testes de rastreamento têm como alvo um grande número de indivíduos assintomáticos, aparentemente saudáveis, dentre os quais a grande maioria não vai apresentar a patologia que está sendo rastreada. Uma outra característica dos testes de rastreamento é que eles consomem enormes recursos. O objetivo principal do rastreamento é reduzir a mortalidade e melhorar a sobrevida.

Cole e Morrison (1980 *apud* JATOI, 2003) consideram que devem existir três condições básicas para justificar o rastreamento de uma doença. A primeira dessas condições é que exista um tratamento efetivo para essa patologia, e que esse tratamento seja mais efetivo nos casos detectados pelo rastreamento. A segunda condição é que a doença seja de grande prevalência na população que vai ser submetida ao teste. A terceira condição é que essa patologia possa causar sérias conseqüências, ou seja, tenha uma significante morbidade e uma alta mortalidade. Além dessas três condições, Aguilar e Bauab (2003) ressaltam que os testes indicados para rastreamento devem ter boa aceitação com relação à acurácia, custo e invasividade.

Para muitos pesquisadores, o câncer de mama é uma doença que se encaixa perfeitamente nos requisitos para rastreamento, que pode ser feito de três maneiras: auto-exame das mamas, exame clínico das mamas e mamografia.

O auto-exame é um procedimento de pouca eficácia; entretanto, é de baixo custo e acessível a todas as mulheres, sendo importante que haja oficinas de treinamento para ensinar como realizá-lo. O exame clínico das mamas nem sempre

é acessível, pois é necessário um profissional de saúde treinado para realizá-lo; seu custo é de baixo a moderado e tem eficácia moderada; não há referência na literatura mundial de estudos randomizados comprovando o impacto do rastreamento do câncer de mama através do exame clínico das mamas, sozinho, na diminuição da mortalidade (JATOI, 2003). O rastreamento mamográfico é de alta eficácia, tem um custo de moderado a alto e é de difícil acesso à grande maioria da população feminina brasileira na faixa etária indicada (AGUILAR; BAUAB, 2003).

O rastreamento mamográfico é o exame radiológico das mamas, em mulheres assintomáticas, para promover a detecção do câncer de mama em sua fase pré-clínica e em seus estágios iniciais, quando um grande número de casos pode ser tratado com medidas terapêuticas menos agressivas e a taxa de cura encontra-se acima de 95% (AGUILAR; BAUAB, 2003).

Já foi demonstrado o impacto do rastreamento mamográfico sobre a diminuição da mortalidade devido ao câncer de mama nos países onde esta medida preventiva foi instituída rotineiramente. Esse impacto foi confirmado através de estudos clínicos, randomizados e controlados, nos quais um grupo de mulheres submetidas ao procedimento de rastreamento mamográfico foi comparado a um grupo de mulheres submetidas ao exame clínico das mamas, ou a nenhuma intervenção, com o objetivo de observar se o rastreamento mamográfico periódico poderia reduzir o número de mortes no grupo a ele submetido.

Os estudos sobre rastreamento mamográfico variaram muito entre si quanto à metodologia, principalmente com relação ao número de incidências mamográficas, faixa etária das pacientes, intervalo entre os exames e associação ou não com o exame clínico das mamas. Alguns estudos utilizaram duas incidências mamográficas (crânio-caudal e médio-lateral oblíqua), enquanto outros utilizaram apenas uma incidência (médio-lateral oblíqua). A idade mínima de entrada no protocolo de rastreamento foi de 40 anos em alguns estudos, variando de 45 até 50 anos em outros. A idade máxima para permanecer no processo de rastreamento foi variável de um programa para outro. O intervalo ideal entre os exames de rastreamento também variou de um programa para outro, alguns considerando o intervalo ideal de doze meses e outros de até 33 meses. O número de comparecimento para os exames de rastreamento também variou de dois a seis

eventos; alguns programas associaram o exame clínico das mamas ao exame mamográfico, outros não (LEE, 2002; AGUILAR; BAUAB, 2003).

Mesmo considerando a diversidade com relação à periodicidade, número de incidências e faixa etária das populações estudadas, dez entre onze dos principais estudos internacionais conseguiram demonstrar uma redução da mortalidade de 30% a 70%, essa útima taxa encontrada entre as mulheres que entraram nos programas com mais de 50 anos (HEYWANG-KÖRUNNER *et al.*, 1999).

O primeiro desses estudos foi o *Health Insurance Plan* (*HIP*) realizado em Nova Iorque no período de 1963 a 1969, que avaliou 62.000 mulheres na faixa etária de 40 a 64 anos submetidas à mamografia de duas incidências e exame físico anualmente, por quatro anos. O seguimento e a observação dos resultados de 5 a 18 anos mostraram uma redução de 25% a 30% na taxa de mortalidade por câncer de mama entre as mulheres submetidas ao rastreamento mamográfico. No grupo acima dos 50 anos, esse benefício apareceu logo, cinco anos após início do Programa e persistiu por dezoito anos a partir do início do seguimento. Na faixa etária dos 40 aos 49 anos esse benefício só se evidenciou sete anos mais tarde, demonstrando uma redução de 24,6% na mortalidade após dezoito anos de seguimento (SHAPIRO, 1988).

Na Europa, vários estudos demonstraram diminuição da mortalidade por câncer de mama entre mulheres submetidas ao rastreamento mamográfico, a exemplo dos estudos de Edimburgo (1979 – 1988), de Malmö (1976 – 1986), de Estocolmo (1981 – 1985) e de Gotemburgo (1982 - 1988), pesquisas essas que incluíram mulheres na faixa etária de 40 a 70 anos (AGUILAR; BAUAB, 2003).

O programa de rastreamento com resultado mais longo de seguimento e com melhores evidências de impacto sobre a diminuição da mortalidade foi conduzido na Suécia, chamado *The Swedish Two-County Trial*. O programa rastreou 133.065 mulheres com idade entre 40 e 74 anos, sem realização do exame físico, com apenas a incidência mamográfica médio-oblíqua lateral, e com intervalos de 24 ou 34 meses entre os exames. No grupo que atendeu ao convite para submeter-se ao rastreamento mamográfico observou-se uma diminuição da ordem de 30% na mortalidade por câncer de mama em relação às mulheres que não foram submetidas a rastreamento (TABÁR *et al.*, 2000).

Esse estudo demonstrou que a mortalidade por câncer de mama diagnosticado em mulheres de 40 a 69 anos que se submeteram ao rastreamento no período do programa (1988 a 1996) declinou significativamente, da ordem de 63% (RR = 0,37; IC de 5% = 0,30 – 0,46), comparada com a taxa de mortalidade do período de 1968 a 1977, quando não havia disponibilidade do rastreamento. Nenhuma mudança significativa foi observada na taxa de mortalidade no grupo que não se submeteu ao rastreamento (TABÁR *et al.*, 2000).

O que foi aprendido sobre a história natural do câncer de mama através dos estudos de rastreamento é que o carcinoma da mama é uma doença progressiva, cujo desenvolvimento pode ser interrompido pela detecção precoce e tratamento. Interrompendo a progressão da doença através da detecção precoce e 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 avançados (TABÁR *et al*, 1999).

Os benefícios do rastreamento podem ser observados nos resultados dos achados dos primeiros e mais importantes dos fatores prognósticos do câncer de mama: o tamanho do tumor, o comprometimento ou não dos linfonodos axilares e o grau histológico. É sabido que o tamanho do tumor aumenta com o tempo, assim como o risco de comprometimento dos linfonodos, e que o tamanho da lesão e o comprometimento dos linfonodos são importantes preditores diretos da sobrevida. Os programas de rastreamento mostraram que a detecção precoce permite o achado de tumores pequenos, sem comprometimento linfonodal (TABÁR *et al*, 1999), o que previne mortes por carcinoma mamário e oferece a oportunidade de tratamentos menos agressivos.

Do ponto de vista de saúde pública, é importante empenhar-se em aproveitar todo o potencial que uma determinada intervenção possa trazer como resultado para controle de determinada patologia. Além de tudo isso, a sobrevida de um tumor maligno de mama, diagnosticado ainda em sua fase sem comprometimento linfonodal axilar supera em muito qualquer terapêutica adjuvante instituída. Então, do ponto de vista de saúde pública, as evidências existentes sustentam claramente o valor de programas de rastreamento para câncer de mama para diminuir a mortalidade (TABÁR *et al.*, 2001).

4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

A pesquisa foi do tipo longitudinal, retrospectiva, em que se utilizou uma série temporal de cinco anos, janeiro de 2001 a dezembro de 2005. O estudo utilizou dados do Centro de Atenção à Saúde da Mulher, situado no município de Monteiro, distante 320 km da capital do estado da Paraíba, que se constitui em centro regional de referência para diagnóstico de câncer de mama para os municípios do V Núcleo Regional de Saúde (V NRS).

O V NRS localiza-se na região do Cariri Ocidental, extremo sul do estado da Paraíba, com alguns municípios fazendo limite com o estado de Pernambuco. Os dezesseis municípios que o compõem são os seguintes: 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 (Figura 1).

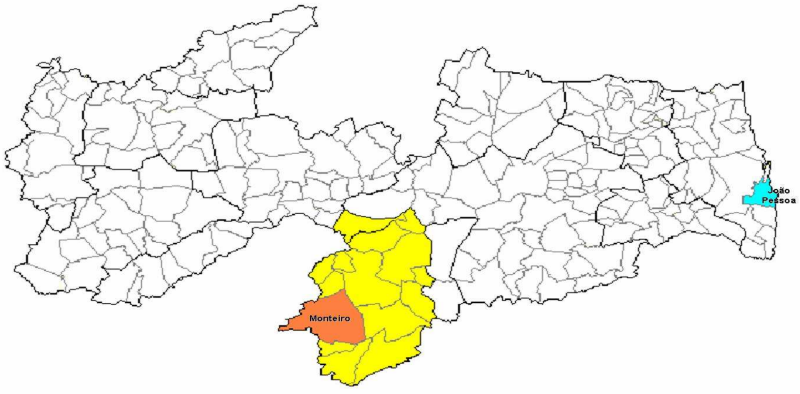


Figura 1 – Mapa do estado da Paraíba, destacando-se os municípios do V NRS

Na organização regional dos serviços de saúde, Monteiro é a sede do V NRS e cidade pólo de atenção em mastologia. Como os outros municípios da região, tem sua economia baseada em uma agropecuária de subsistência e no pequeno e médio comércio. Monteiro é município com gestão plena de sistema de saúde,

dotado de Hospital Regional, nove Unidades de Saúde da Família, com cobertura de 100% da população, e um Centro de Especialidades Médicas – CEMED que oferece serviços em dezenove especialidades. Dentre as diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde do Município, ressalte-se, para o caso deste estudo, o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com equipamentos e recursos humanos para desenvolver as ações do Programa Viva Mulher, para detecção, diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero e da mama.

Tabela 1 – População residente em municípios do V NRS, 2005

Município	População Total		PopulaçãoFeminina, 40 a 69 anos			
	Masculina e Feminina	Feminina	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	Total (40 a 69 anos)
Amparo	2.048	1.003	80	91	56	227
Camalaú	5.501	2.763	254	239	186	679
Caraúbas	3.606	1.793	164	156	109	429
Congo	4.749	2.333	193	199	162	554
Coxixola	1.551	755	59	89	68	216
Monteiro	28.086	14.293	1.365	1.161	984	3.510
Ouro Velho	2.823	1.393	138	106	104	348
Parari	1.461	716	76	71	45	192
Prata	3.494	1.715	163	145	145	453
São João do Cariri	4.853	2.491	235	214	172	621
São João do Tigre	4.690	2.352	228	205	146	579
São José dos Cordeiros	3.731	1.868	176	156	138	470
São Sebastião do Umbuzeiro	2.985	1.488	159	142	127	428
Serra Branca	12.213	6.220	629	517	512	1.658
Sumé	14.676	7.412	718	618	508	1.844
Zabelê	1.952	958	104	86	68	258
Total	**98.419**	**49.553**	**4.741**	**4.195**	**3.530**	**12.466**

Fonte: IBGE - Censos Demográficos e Contagem Populacional; para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus (www.datasus.gov.br)

A população total do V NRS é de 98.419 habitantes, sendo 49.553 mulheres e 48.866 homens; a população feminina na faixa etária de 40 a 69 anos de idade é de 12.466 mulheres. A Tabela 1 mostra a distribuição da população residente nos municípios do V NRS, informando a população geral de cada um dos municípios pertencentes àquele núcleo, sua distribuição com relação ao sexo, e as faixas etárias de interesse nesse estudo. Observa-se que o município de Monteiro é o mais populoso, com 28.086 habitantes e com 3.510 mulheres na faixa etária de 40 a 69 anos de idade. A seguir, os municípios mais populosos são Sumé (14.676

habitantes) e Serra Branca (12.213 habitantes), respectivamente, com uma população de 1.844 e 1.658 mulheres na faixa etária de interesse desse estudo.

A população do estudo foi constituída por todas as mulheres residentes na região do Cariri Ocidental, do estado da Paraíba, inscritas no programa de detecção do câncer de mama, de forma referenciada ou espontânea.

Em um primeiro momento, participaram da pesquisa 5.198 mulheres inscritas no Centro de Atenção à Saúde da Mulher, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005, e submetidas a exame mamográfico, cujo resultado ficou arquivado no banco de dados para identificação daqueles com achado mamográfico ou ultrassonográfico suspeito para câncer de mama (categorias 4 e 5 do sistema BI-RADS®).

Para esse primeiro agrupamento (mulheres submetidas ao exame mamográfico), os dados foram obtidos a partir de informações coletadas da ficha de solicitação de mamografia proposta pelo MS/INCA (Anexo 1). Essa ficha, disponível nas unidades de saúde, é utilizada para a solicitação do referido exame e dela constam, entre outras, as seguintes informações: nome completo da mulher, nome da genitora, data de nascimento, data da inserção no Programa, data de cada mamografia realizada, intervalo entre esses exames, município de residência, resultado do laudo mamográfico segundo a categoria do BI-RADS®, e data e resultado do exame ultrassonográfico complementar, quando realizado (categoria 0).

Em um segundo momento, foram considerados 1.896 prontuários clínicos de mulheres que procuraram o Centro de Atenção à Saúde da Mulher, espontaneamente ou referenciadas pela atenção básica, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005, para consulta na especialidade de mastologia. Dentre o total de prontuários clínicos, identificou-se 116 mulheres que tinham alterações clínicas e/ou imaginológicas suspeitas para malignidade, das quais 46 tiveram, posteriormente, confirmada, cito e/ou histopatologicamente, a suspeita de câncer de mama (Classificação Internacional das Doenças/CID C50). Para essas 116 mulheres, que constituíram o segundo agrupamento do estudo, foi construído um banco de dados clínicos no programa Excel, a partir de informações coletadas nos prontuários médicos arquivados no Centro de Atenção à Saúde da Mulher.

Existem mulheres que tiveram confirmação histopatológica de câncer de mama e estão registradas no banco de dados clínicos, porém não estão registradas na banco de dados de imagem, por serem portadoras de lesão ulceradas de mama e apresentarem limitações técnicas para realização de mamografia.

Os dados coletados foram inseridos em planilha do programa Excel e/ou no programa SPSS, versão 10.0, e analisados utilizando-se estatísticas descritivas. Com base em documentos do MS/INCA, já referenciados, utilizou-se os seguintes indicadores de funcionamento do Programa Viva Mulher implantado na região do Cariri Ocidental do estado da Paraíba:

- cobertura do exame mamográfico, em relação à meta preconizada pelo MS/INCA;
- número de mulheres com achados mamográficos suspeitos ou altamente suspeitos para malignidade (categoria 4 e 5 do BI-RADS®);
- número de mulheres cujo resultado do exame mamográfico indicou a realização de ultrassonografia (categoria 0 do do BI-RADS®) e nas quais o exame foi efetivamente realizado;
- número de mulheres com câncer de mama detectado em estadiamento clínico inicial (I e II)
- número de mulheres com câncer de mama detectado em estadiamento clínico avançado (III e IV);
- intervalo de tempo mínimo de um ano entre os exames mamográficos.

Em cumprimento ao que preceitua a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), o projeto de pesquisa foi previamente submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, tendo sido aprovado (Anexo 2).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Até novembro de 2000, a região do Cariri Ocidental da Paraíba não dispunha de estrutura mínima para detecção e diagnóstico das doenças das mamas. As mulheres que precisavam de atenção à saúde nessa área, tinham que se deslocar 200 ou até 350 km para buscar atendimento em Campina Grande ou João Pessoa. Um convênio firmado entre o MS/INCA e a Secretaria Municipal da Saúde e Bem-estar Social do Município de Monteiro possibilitou a implantação do Programa Viva Mulher na região do Cariri Ocidental e viabilizou a doação de um mamógrafo *Siemens – Mammomat 1000*, que vem sendo utilizado no rastreamento dessa doença em mulheres assintomáticas, com idade superior a 40 anos, servindo, também, para exame diagnóstico daquelas mulheres com lesões clínicas suspeitas para malignidade.

O município de Monteiro, onde foi instalada a sede do Programa, no Centro de Atenção à Saúde da Mulher, passou, desde então, a ser referência para diagnóstico de câncer de mama na Região. Para tanto, foi montada uma equipe de suporte técnico ao Programa, integrada por mastologista, radiologista, técnica em mamografia, liderada por um ginecologista, com função de coordenar, no nível local, o desenvolvimento das ações.

As ações desenvolvidas no Centro de Atenção à Saúde da Mulher, do município de Monteiro, para detecção do câncer de mama são as seguintes: consulta especializada em mastologia, mamografia, ultrassonografia mamária e procedimentos intervencionistas (PAAF – punção aspirativa com agulha fina e biópsia por fragmento). Esses procedimentos intervencionistas podem ser guiados ou não pela ultrassonografia.

A partir destes exames diagnósticos foi possível identificar, para posterior acompanhamento, pacientes com lesões suspeitas para que fosse realizada a confirmação histo ou citopatológica, e registro dos casos positivos para malignidade no serviço.

A Figura 1 descreve a inserção das mulheres no Programa, quando da chegada delas ao Centro de Atenção à Saúde da Mulher. A entrada das mulheres no Programa deu-se, paulatinamente, a partir do ano 2000. Por ocasião da instalação do mamógrafo em Monteiro, foi realizada, a convite da Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Social de Monteiro, e do Núcleo de Prevenção e Controle do Câncer da Secretaria de Estado da Saúde/PB, reunião de sensibilização com os secretários municipais de saúde da Regional, médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde das equipes de PSF, bem como com os diversos médicos de outras especialidades. Nessa reunião foram explicados os objetivos do Programa Viva Mulher, e o papel das secretarias de saúde dos municípios frente a tais objetivos. Foi, então, realizada uma conferência explicando, de forma geral, o que é o câncer de mama, suas possíveis formas de apresentação, a propedêutica necessária para detectá-lo e diagnosticá-lo, e as atuais modalidades terapêuticas para seu controle. Com relação ao rastreamento mamográfico, foram dadas as informações necessárias para conhecimento das indicações de solicitação e realização de mamografia, para a avaliação de seus resultados através da classificação de BI-RADS®, bem como o encaminhamento a ser dado para as pacientes com categoria suspeita para malignidade (BI-RADS® 4 e 5).

Ficou estabelecido que seria realizado rotineiramente exame clínico das mamas em todas as mulheres com 20 anos ou mais nas unidades básicas de saúde. Por ocasião do exame clínico das mamas, seria estimulado e ensinado o auto-exame das mamas. As mulheres com 40 anos de idade ou mais, seriam submetidas aos procedimentos acima descritos, além de solicitação para realização de mamografia, com intervalos regulares de 12 meses.

Segundo documento de consenso sobre o controle do câncer de mama, a faixa etária recomendada pelo INCA para realização da mamografia de rastreamento é de 50 a 69 anos (BRASIL, 2004b). No entanto, a equipe técnica do Programa em Monteiro decidiu seguir as recomendações da Sociedade Brasileira de Mastologia (KEMP *et al.*, 2002), bem como de outras instituições internacionais, que confirmaram recentemente tais recomendações (SMITH; COKKINIDES; EYRE, 2005). Desse modo, ficou acordado que o rastreamento mamográfico seria realizado anualmente nas mulheres a partir dos 40 anos. Em alguns casos seria solicitada

regularmente a mamografia de rastreamento para pacientes abaixo dessa idade, desde que em situação de alto risco.

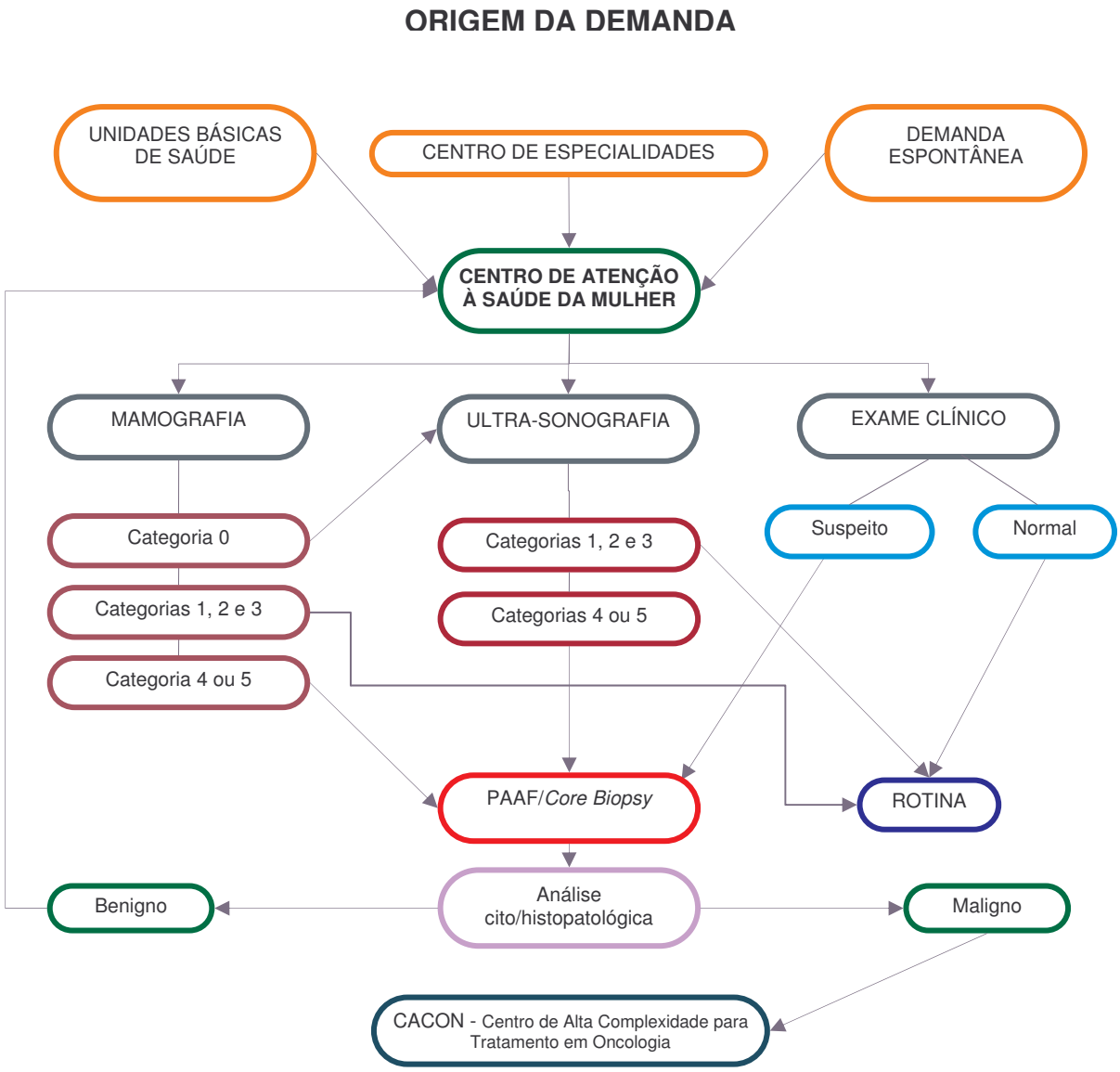


Figura 2 – Modelo lógico da intervenção

Segundo o modelo lógico de intervenção proposto (Figura 2), a origem da demanda da população feminina para ingressar no Programa foi estabelecida como sendo proveniente da atenção básica, formada pela rede de Unidades de Saúde da Família, dos Centros Médicos de Especialidades e de uma demanda espontânea de mulheres que tomaram conhecimento da existência da "máquina" (como a

população feminina da região passou a denominar o mamógrafo), através de amigas ou da imprensa radiofônica local.

Essa demanda é referenciada para o Centro de Atenção à Saúde da Mulher. Nesse serviço, todas as mulheres são submetidas ao exame clínico das mamas, independente da faixa etária em que se encontrem. As mulheres com 40 anos ou mais, são encaminhadas, após o exame clínico, para a realização de mamografia. Seguindo a orientação e recomendação do sistema BI-RADS®, as mulheres com mamografia categoria 0 são encaminhadas para exame complementar com ultra-som e reclassificação. As mulheres com mamografia categoria 1 e 2 são orientadas para seguimento rotineiro anual. Alterações mamográficas categoria 3 são agendadas para controle em seis meses. Aquelas com alteração mamográfica 4 ou 5, e/ou com lesão clínica suspeita para malignidade, são convocadas para serem submetidas a procedimentos intervencionistas (biópsia por fragmento e/ou PAAF) no próprio Centro, se a lesão for palpável. Se a lesão for impalpável e tiver tradução ecográfica, poderá ser realizada a *core biopsy* guiada por ultrassonografia. Os casos de lesões suspeitas para malignidade, sem tradução ecográfica e impalpáveis, são encaminhados para biópsia cirúrgica por estereotaxia nos serviços de referência.

O material colhido através dos procedimentos intervencionistas é encaminhado para o laboratório de histopatologia da Secretaria da Saúde de Estado/PB. O resultado é informado ao Centro de Atenção à Saúde da Mulher. Os casos positivos para malignidade são encaminhados para o serviço de referência terciária. As mulheres cujo exame cito/histopatológico é negativo para malignidade são reinseridas no Programa de rastreamento anual.

Ao longo do período de cinco anos, janeiro/2001 a dezembro/2005, foram cadastradas no banco de dados de imagem do Centro de Atenção à Saúde da Mulher, Monteiro (PB), todas as mulheres encaminhadas para realização de exame mamográfico, oriundas da atenção básica ou da atenção secundária, residentes em municípios do V NRS, como também mulheres que procuraram esse serviço, mas que eram residentes em outros municípios da Paraíba e de Pernambuco, não pertencentes ao V NRS.

O número total de mulheres cadastradas no Programa para realização de mamografia no período estudado foi de 5.198, sendo 4.269 residentes nos

municípios do V NRS e 929 residentes em outras cidades não pertencentes ao V NRS (Tabela 2).

Tabela 2 – Número de mulheres cadastradas no Programa Viva Mulher para realização de mamografia, no período de 2001 a 2005, por local de residência

Ano	Local de residência		Total	
	Municípios do V NRS	Outros municípios	f	%
2001	300	0	300	5,8
2002	1.416	316	1.732	33,3
2003	1.597	321	1.918	36,9
2004	601	237	838	16,1
2005	355	55	410	7,9
Total	**4.269**	**929**	**5.198**	**100,0**

Fonte dos dados: Centro de Atenção à Saúde da Mulher, Monteiro-PB, 2005

A Tabela 2 mostra a distribuição do cadastramento e percentuais das mulheres ao longo dos anos estudados, em relação aos municípios a que aquelas pertencem. No primeiro ano de funcionamento do serviço mamográfico foram cadastradas no banco de dados trezentas mulheres, todas residentes em municípios do V NRS. Esse pequeno número de mulheres cadastradas reflete, provavelmente, certa resistência ou desconhecimento por parte da população feminina da importância da realização do exame mamográfico; e a falta de seguimento da rotina norteadora do Programa Viva Mulher por parte dos membros das equipes de PSF.

Nos anos de 2002 e 2003 houve um crescimento do número de mulheres cadastradas, tendo, porém, em 2004 uma queda acentuada desse cadastramento. No ano de 2005 houve novamente uma importante queda no número de mulheres inseridas no Programa para realização do exame mamográfico, possivelmente porque o equipamento para realização de mamografia esteve quebrado por um período de quatro meses.

A análise dos dados de cadastramento da inserção de mulheres no Programa, para realização de mamografia entre os anos de 2003 a 2005, mostram uma diminuição contínua de ingresso das mulheres no setor de rastreamento mamográfico, e indica que, aproximadamente, apenas 1/3 (um terço) da população-alvo foi cadastrada ou ingressou no Programa, nesses cinco primeiros anos.

A distribuição das mulheres cadastradas no setor de mamografia do Programa, segundo o município de residência, reflete aspectos referentes a características geográficas e demográficas da região (Tabela 3).

Tabela 3 – População feminina entre 40 e 69 anos de idade, estimada pelo IBGE para 2005, e mulheres cadastradas no setor de mamografia do Programa, por local de residência

	Local de residência	População feminina entre 40 e 69 anos, estimada pelo IBGE para 2005	Mulheres cadastradas no Programa		
			f	%(1)	%(2)
Municípios do V NRS	Amparo	227	69	1,33	30,40
	Camalaú	679	216	4,16	31,81
	Caraúbas	429	20	0,38	4,66
	Congo	554	88	1,69	15,88
	Coxixola	216	107	2,06	49,54
	Monteiro	3.510	2.303	44,31	65,61
	Ouro Velho	348	96	1,85	27,59
	Parari	192	60	1,15	31,25
	Prata	453	133	2,56	29,36
	São João do Cariri	621	94	1,81	15,14
	São João do Tigre	579	52	1,00	8,98
	São José dos Cordeiros	470	57	1,10	12,13
	São Sebastião do Umbuzeiro	428	175	3,37	40,89
	Serra Branca	1.658	305	5,87	18,40
	Sumé	1.844	352	6,77	19,09
	Zabelê	258	142	2,73	55,04
	Subtotal	12.466	4.269	82,13	34,25
Outros municípios	Esperança	3.479	404	7,77	11,61
	Gurjão	328	110	2,12	33,54
	Livramento	831	154	2,96	18,53
	Sertânia	3.913	126	2,42	3,22
	Outros	20.832	135	2,60	0,65
	Subtotal	29.383	929	17,87	3,16
	Total	**41.849**	**5.198**	**100,00**	**12,42**

Fonte dos dados: Centro de Atenção à Saúde da Mulher. Monteiro-PB, 2005
(1) Percentual calculado com base no total de mulheres cadastradas no setor de mamografia do Programa (n = 5.198)
(2) Percentual calculado com base na população feminina entre 40 e 69 anos, estimada pelo IBGE para 2005, para cada município

Monteiro foi o município que teve o maior número de mulheres cadastradas, provavelmente, como reflexo de ser este o município mais populoso da região, além de sede do funcionamento do Programa e onde se encontram os

recursos humanos e tecnológicos para seu funcionamento. Desse município foram cadastradas 2.303 mulheres, representando 65,61% da população feminina estimada pelo IBGE-2005 na faixa etária dos 40 aos 69 anos de idade e 44,3% do total de mulheres cadastradas no Programa no período de 2001 a 2005.

O segundo município que mais cadastrou mulheres no Programa foi Sumé (352 mulheres), provavelmente, também refletindo os aspectos demográficos e geográficos já referidos, pois é o segundo município mais populoso da região e o mais próximo a Monteiro, sendo ligado a esse município por rodovia federal em bom estado de conservação. Entretanto, proporcionalmente, cadastraram-se desse município no Programa 19,1% da população feminina estimada pelo IBGE-2005 na faixa etária dos 40 aos 69 anos de idade, muito abaixo da meta estabelecida pelo MS, que é de 60%.

Apesar de não ser o município com menor número de mulheres na faixa etária dos 40 aos 69 anos de idade, nem o mais distante, geograficamente falando, São João do Tigre foi o município que teve o menor número de mulheres cadastradas no Programa.

Três outros municípios do V NRS apresentaram um bom percentual de mulheres na faixa etária dos 40 aos 69 anos de idade ingressando no Programa para rastreamento mamográfico: Zabelê (55,04%), Coxixola (49,54%) e São Sebastião do Umbuzeiro (40,89%).

Municípios de maior porte e menor distância para Monteiro, inclusive com boas estradas, como Sumé e Serra Branca, só conseguiram referenciar para cadastramento e ingresso no Programa, para o rastreamento mamográfico aproximadamente 1/5 (um quinto) da população feminina na faixa etária dos 40 aos 69 anos de idade.

Com relação às mulheres cadastradas no setor de mamografia do Programa e oriundas de outros municípios não pertencentes ao V NRS, o maior número foi referenciado pelo município de Esperança – PB, refletindo parcerias políticas realizadas entre prefeitos e secretários municipais da saúde, à época.

Entre as mulheres participantes do Programa, a faixa etária observada no banco de dados de cadastramento para realização de mamografias variou de 33 a 84 anos, e sua distribuição é mostrada na Tabela 4. O principal dado que ressalta

dessa Tabela é que, durante os cinco anos estudados, das mulheres rastreadas ou que fizeram pelo menos uma mamografia, cumulativamente, 91,2% estavam entre 40 e 69 anos.

Tabela 4 – Distribuição da faixa etária das mulheres cadastradas, segundo os municípios de residência

Faixa Etária	Local de residência				Total	
	Municípios do V NRS		Outros Municípios			
	f	%	f	%	f	%
Menos de 40 anos	63	1,5	12	1,3	75	1,4
De 40 a 49 anos	1.507	35,3	327	35,2	1.834	35,3
De 50 a 69 anos	2.357	55,2	548	59,1	2.905	55,9
De 70 anos acima	343	8,0	41	4,4	384	7,4
Total	**4.270**	**100,0**	**928**	**100,0**	**5.198**	**100,0**

Fonte dos dados: Centro de Atenção à Saúde da Mulher, Monteiro-PB, 2005

A Tabela 5 mostra a cobertura populacional das mulheres residentes no V NRS, segundo a faixa etária. Essa tabela relaciona a população feminina estimada pelo IBGE para 2005, para os municípios do V NRS, considerando três faixas etárias: 40 a 49 anos, 50 a 69 anos e acima de 69 anos; o cadastramento, no setor de mamografia, das mulheres residentes nesses municípios e o percentual da população estimada que se submeteu a mamografia no período estudado.

No total, a cobertura mamográfica populacional entre os anos de 2001 e 2005 foi de 31% para mulheres acima dos 40 anos. Por faixa etária, a cobertura populacional mamográfica foi de 31,8% para a faixa etária dos 40-49 anos, de 35,9% para a faixa etária de 50-69 anos e de 24,1% para mulheres acima de 70 anos de idade.

Considerando os municípios em particular, vê-se que três deles, Monteiro, São Sebastião do Umbuzeiro e Zabelê tiveram 50% ou mais de sua população feminina entre 50 e 69 anos de idade submetida a, no mínimo, uma mamografia no referido período. Na faixa etária dos 40-49 anos de idade os dados mostram que esse percentual foi atingido nos municípios de Zabelê, Monteiro e Coxixola. Caraúbas foi o município que apresentou a menor cobertura mamográfica, tendo menos de 10% de sua população feminina na faixa etária dos 40 aos 69 anos de idade submetida a essa ação do Programa.

Tabela 5 – Cobertura populacional de exames mamográficos por faixa etária e municípios do V NRS

Município	População Feminina Estimada [1]			Mulheres Cadastradas			Cobertura		
	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**

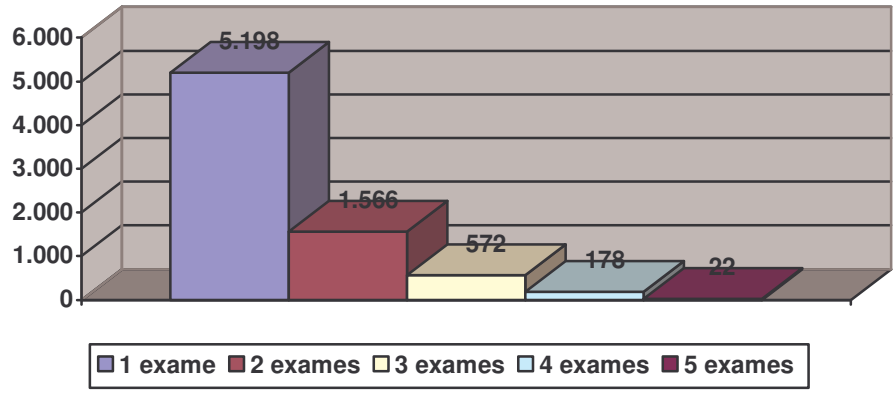
Fonte dos dados: Centro de Atenção à Saúde da Mulher, Monteiro-PB, 2005
[1] Estimativa IBGE para o ano de 2005

No município de Monteiro, considerando as 3.510 mulheres acima de 40 anos de idade, a cobertura populacional pela mamografia foi de 58,8%. Nesse município a maior cobertura aconteceu entre as mulheres de 50-69 anos de idade (66,1%), seguida das mulheres entre 40-49 anos, que teve uma cobertura de 59,6%.

Sendo a proposta do Ministério da Saúde a cobertura de 60% da população feminina na faixa etária de 50 a 69 anos de idade (BRASIL, 2006), a observação da Tabela 5 mostra que essa meta somente foi atingida no Município de Monteiro. Considerando todos os municípios, a cobertura mamográfica para a população feminina na faixa etária acima de 40 anos foi de 31% e, na faixa etária proposta pelo Ministério da Saúde foi de 35,9%, bem abaixo dos 60% propostos.

Observa-se, então, que, na região do Cariri Ocidental do estado da Paraíba, a cobertura mamográfica nos municípios participantes do Programa se deu de maneira heterogênea, variando em relação aos diferentes municípios e aos grupos etários analisados.

Todas as 5.198 mulheres cadastradas no Programa fizeram, no mínimo, um exame mamográfico; 1.566 (30,1%), fizeram dois exames; 572 (11,0%) fizeram três exames; 178 (3,4%) fizeram quatro e 22 (0,4%) fizeram cinco exames mamográficos (Gráfico 1).



Fonte dos dados: Centro de Atenção à Saúde da Mulher, Monteiro-PB, 2005

Gráfico 1 – Distribuição das mulheres cadastradas no Programa, segundo número de exames mamográficos realizados

No período estudado, foram realizados 7.537 exames mamográficos nas 5.198 mulheres cadastradas. Com relação à distribuição do número de exames mamográficos realizados, observou-se que 6.476 mamogramas foram realizados em mulheres residentes em municípios do V NRS e 1.061 foram realizados em mulheres residentes em outros municípios (Tabela 6). Como resultado da avaliação do banco de dados de imagem, relacionado aos resultados dos mamogramas, segundo a categoria do BI-RADS®, observamos que, ao longo dos cinco anos estudados, foram registrados vinte e oito resultados de mamografias categoria 5 do BI-RADS®; e quarenta e seis categoria 4 do BI-RADS®, isso entre as mulheres residentes no do V NRS submetidas ao exame.

Conforme apresentado na Tabela 6, durante o período estudado, de um total de 7.537 mamogramas realizados pelo Programa nas 5.198 mulheres cadastradas, 91 achados mamográficos (1,2%) foram registrados nas categorias suspeitas para malignidade e necessitavam avaliação histopatológica. Em mulheres residentes nos municípios pertencentes ao V NRS, 74 achados mamográficos (1,1%) foram registrados nas categorias suspeitas para malignidade – 28 na categoria 5 do BI-RADS® e 46 na categoria 4 do BI-RADS® . Em mulheres residentes em municípios não pertencentes ao V NRS, 17 achados mamográficos (1,6%) foram registrados nas categorias suspeitas para malignidade: sete resultados de mamografia categoria 5 do BI-RADS® e dez resultados como categoria 4 do BI-RADS®.

Observa-se que, no primeiro rastreamento, 1,3% dos exames mamográficos apresentavam alterações compatíveis com BI-RADS® 4 e 5, o que foi reduzido para 0,8% no segundo exame; para 0,7% no terceiro exame e para 0,6% no quarto exame. No quinto e sexto exames os percentuais sofrem flutuações importantes devido ao pequeno número de casos analisados, devendo ser desconsiderados. Na categoria 3 do BI-RADS®, que corresponde às lesões com características provavelmente benignas e que requerem um seguimento clínico e imaginológico com controle semestral, foram registrados 166 achados; sendo 150 de mulheres residentes em municípios do V NRS e 16 em outros municípios. Os achados mamográficos na categoria 3, provavelmente benignos, representaram 2,2% de todos os exames realizados.

Tabela 6 – Distribuição do resultado dos exames de mamografia das mulheres cadastradas, segundo a categoria de BI-RADS® e local de residência

Local de Residência	Exame	CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO A CATEGORIA DE BI-RADS®													
		0		1		2		3		4		5		TOTAL	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Municípios do V NRS	1º Exame	619	14,5	2.524	59,1	1.000	23,4	71	1,7	31	0,7	24	0,6	4.269	100
	2º Exame	190	13,1	796	54,7	401	27,6	55	3,8	10	0,6	3	0,2	1.455	100
	3º Exame	62	11,2	307	55,5	162	29,3	18	3,3	4	0,7	0	0,0	553	100
	4º Exame	15	8,5	95	5,4	60	34,1	5	2,8	1	0,6	0	0,0	176	100
	5º Exame	3	13,6	9	41,0	8	36,4	1	4,5	0	0,0	1	4,5	22	100
	6º Exame	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100
Subtotal		889	13,7	3.732	57,7	1.631	25,2	150	2,5	46	0,7	28	0,4	6.476	100
Outros municípios	1º Exame	143	15,4	529	56,9	227	24,4	15	1,6	8	0,9	7	0,8	929	100
	2º Exame	10	9,0	68	61,3	30	27,0	1	0,9	2	1,8	0	0,0	111	100
	3º Exame	2	10,5	11	57,9	6	31,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	100
	4º Exame	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100
	5º Exame	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	100
	6º Exame	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	100
Subtotal		155	14,6	610	57,5	263	24,8	16	1,5	10	0,9	7	0,7	1.061	100
Total		**1.044**	**13,9**	**4.342**	**57,6**	**1.894**	**25,1**	**166**	**2,2**	**56**	**0,7**	**35**	**0,5**	**7.537**	100

Fonte dos dados: Centro de Atenção à Saúde da Mulher, Monteiro-PB, 2005

Quanto às demais categorias, a Tabela 6 mostra que 3.732 exames de mulheres residentes em municípios do V NRS e 610 exames de mulheres residentes em outros municípios foram registrados na categoria 1 do BI-RADS®. Na categoria 2 de BI-RADS®, 1.631 resultados eram de mulheres residentes em municípios do V NRS e 263 resultados eram de mulheres residentes em outros municípios. Em síntese, 6.236 exames, correspondendo a 82,73% do total de exames mamográficos realizados, encontravam-se nas categorias 1 e 2 do BI-RADS®, ou seja, sem alterações suspeitas para malignidade. Acumulando-se a esses dados a categoria 3 do BI-RADS®, observaram-se 6.402 exames, representando 84,94% do total de exames realizados que foram negativos para malignidade.

Na categoria 0, na qual os achados indicam a necessidade de um método complementar pois a mamografia foi inconclusiva, foram cadastrados 1.044 exames, sendo 889 de mulheres residentes em municípios do V NRS e 155 de mulheres residentes em outros municípios. Esses números representam 13,85% do total de exames realizados, necessitando reconvocação dessas mulheres para realização de exame complementar.

Dos 1.044 resultados categoria 0, o banco de dados dos resultados de mamografia necessitando reclassificação só registra a realização de ultrassonografia, como exame complementar à mamografia, em 564 casos, assim distribuídos: 522 exames realizados em mulheres residentes em municípios do V NRS e 42 exames realizados em mulheres residentes em outros municípios (Tabela 7).

Com relação aos resultados dos exames ultrassonográficos realizados em mulheres residentes em municípios do V NRS, foram registrados cinco exames na categoria ultrassonográfica 5 do BI-RADS® e 75 exames na categoria ultrassonográfica 4 do BI-RADS®. Os resultados de exames ultrassonográficos, realizados em mulheres residentes em outros municípios mostram que não houve registro de ultrassonografia com resultado na categoria ultrassonográfica 5 do BI-RADS®, e revelam, ainda, o registro de cinco resultados de exames na categoria ultrassonográfica 4 de BI-RADS®.

Tabela 7 – Distribuição do resultado dos exames de ultrassonografia das mulheres cadastradas, segundo a categoria de BI-RADS® e local de residência

Local de Residência	Exame	RECLASSIFICAÇÃO SEGUNDO A CATEGORIA DE BI-RADS®													
		0		1		2		3		4		5		TOTAL	
		f	%	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Municípios do V NRS	1º Exame	3	0,7	33	7,8	215	50,6	104	24,5	66	15,5	4	0,9	425	100
	2º Exame	0	0,0	4	4,9	48	59,3	20	24,7	8	9,9	1	1,2	81	100
	3º Exame	0	0,0	0	0,0	3	25,0	8	66,7	1	8,3	0	0,0	12	100
	4º Exame	0	0,0	0	0,0	2	50,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	4	100
	Subtotal	**3**	**0,70**	**37**	**7,08**	**268**	**51,30**	**134**	**25,67**	**75**	**14,36**	**5**	**0,95**	**522**	**100**
Outros municípios	1º Exame	0	0,0	1	2,4	27	64,3	9	21,4	5	11,9	0	0,0	42	100
	2º Exame	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	100
	3º Exame	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	100
	4º Exame	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	100
	Subtotal	**0**	**0,0**	**1**	**2,40**	**27**	**64,3**	**9**	**21,4**	**5**	**11,9**	**0**	**0,0**	**42**	**100**
	Total	**3**	**0,53**	**38**	**6,73**	**295**	**52,30**	**143**	**25,35**	**80**	**14,18**	**5**	**0,88**	**564**	**100**

Fonte dos dados: Centro de Atenção à Saúde da Mulher, Monteiro-PB, 2005

Em resumo, dos 564 exames ultrassonográficos realizados complementarmente ao exame mamográfico, tendo em vista que haviam sido classificados na categoria 0 do BI-RADS®, 80 foram reclassificados na categoria ultrassonográfica 4, e cinco foram reclassificados na categoria ultrassonográfica 5 do BI-RADS®.

Nos resultados da ultrassonografia observa-se, também, uma queda gradual do percentual de exames classificados como BI-RADS® 4 e 5 – 16,4% no primeiro exame; 11,1% no segundo exame; 8,3% no terceiro exame e nenhum caso no quarto exame.

Além dos exames ultrassonográficos por reconvocação, complementares à mamografia, foram realizados, também, exames ultrassonográficos das mamas, por solicitação de especialista e de médicos da atenção básica. Conforme dados obtidos na Seção de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde de Monteiro-PB, ao longo do período estudado foram realizadas 2.354 ultrassonografias mamárias e 2.856 consultas especializadas em mastologia no Centro de Atenção à Saúde da Mulher, que nesse mesmo período teve registrado em seu arquivo clínico 1.896 mulheres.

Dos 1.896 prontuários clínicos arquivados no Centro de Atenção à Saúde da Mulher, foram identificados 116 prontuários com registro de alterações suspeitas, clínica e/ou imaginológica, para câncer de mama. Por questões relacionadas ao processo de referência na organização do SUS, todas essas pacientes informaram ser residentes na região do V NRS. Das 116 pacientes identificadas no banco de dados clínicos, 46 foram submetidas a exames intervencionistas (*core biopsy,* PAAF e/ou biópsia cirúrgica) e tiveram diagnóstico cito/histopatológico confirmado como carcinoma da mama.

Na Tabela 8 observa-se a distribuição dos casos confirmados de câncer de mama por ano e por estágio clínico, durante o período estudado. Thuler e Mendonça (2005) referem que, segundo os critérios da Organização Mundial de Saúde, são considerados avançados os estádios III e IV. Seguindo esse parâmetro, no período de 2001 a 2005, 7 mulheres (15,21%) cadastradas no Programa foram diagnosticadas como portadoras de câncer de mama em estágios avançados.

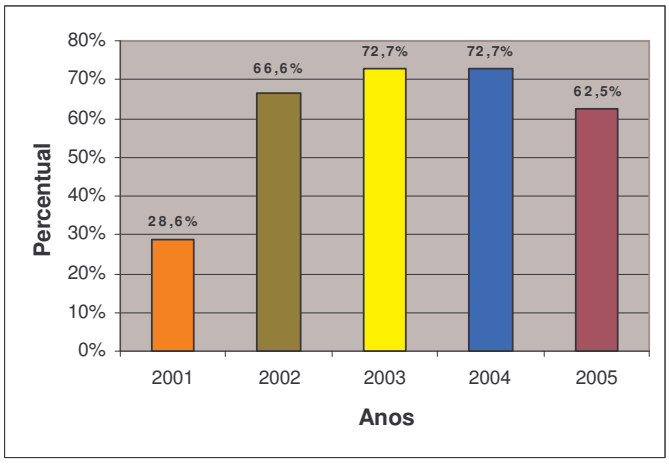
Tabela 8 – Distribuição dos casos de câncer por estadiamento clínico, 2001 a 2005

ESTADIAMENTO	ANO					
	2001	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**TOTAL**
0 *in situ*	0	3	0	1	0	4
I	0	2	1	1	2	6
IIA	2	1	7	6	3	19
IIB	3	1	1	2	2	9
IIIA	1	0	0	0	1	2
IIIB	1	1	2	1	0	5
IIIC	0	0	0	0	0	0
IV	0	0	0	0	0	0
Sem informação	0	1	0	0	0	1
Total	**7**	**9**	**11**	**11**	**8**	**46**

Fonte dos dados: Centro de Atenção à Saúde da Mulher, Monteiro-PB, 2005

Considerando como estágios iniciais do câncer de mama os tumores invasivos classificados até o estádio clínico II (AMERICAN..., 2002), observa-se que 34 casos, ou seja, 73,9% das lesões encontradas no período estudado foram diagnosticadas em estágios iniciais, excluídos os casos de carcinoma *in situ*. Nos EUA, os resultados do *National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program*, mostraram que, no período de 1991 a 2002, dos 9.956 casos de câncer de mama diagnosticados pelo Programa de rastreamento, 74% dessas lesões se encontravam no estágio inicial (RYERSON; BERNARD; MAJOR, 1991-2002).

Analisando os dados do Gráfico 2, observa-se que o percentual de doença localizada (*in situ,* estádio I e IIA) foi de 28,6% em 2001; 66,6% em 2002; 72,7% em 2003; 72,7% em 2004 e 62,5% em 2005.



Fonte dos dados: Centro de Atenção à Saúde da Mulher, Monteiro-PB, 2005

Gráfico 2 – Distribuição dos casos de câncer de mama com diagnóstico de doença localizada (estadiamento clínico in situ, I e IIA), 2001 a 2005

A Tabela 9 apresenta a distribuição anual dos casos confirmados de câncer de mama diagnosticados em estádios iniciais, isto é, até o estadiamento IIB.

Tabela 9 – Distribuição dos casos de câncer de mama diagnosticados em estádios iniciais (estadiamento clínico I, IIA e IIB), 2001 a 2005

ANO	Número de casos de câncer de mama	Número de casos de câncer de mama diagnosticados em estádio Inicial*	%
2001	7	5	71,42
2002	9	4	44,44
2003	11	9	81,81
2004	11	9	81,81
2005	8	7	87,60
TOTAL	**46**	**34**	**73,91**

Fonte dos dados: Centro de Atenção à Saúde da Mulher, Monteiro-PB, 2005

Com relação aos dados obtidos sobre os intervalos de tempo entre os exames mamográficos, observa-se que o menor intervalo de tempo medido em meses, entre um exame e outro foi de três meses (Tabela 10). Esse pequeno intervalo provavelmente reflete os registros relacionados à reconvocação para incidências mamográficas adicionais, quando indicadas.

Tabela 10 – Medidas descritivas dos intervalos de tempo, em meses, entre os exames mamográficos

Origem	Medidas Descritivas	1° e 2° exame	2° e 3° exame	3° e 4° exame	4° e 5° exame
Municípios do V NRS	Mínimo	4,1	3,0	5,5	6,8
	Máximo	54,2	40,4	28,4	20,9
	Média	20,4	17,2	14,8	13,3
	Desvio Padrão	9,1	6,2	3,7	2,7
Outros Municípios	Mínimo	4,8	4,2	13,6	-
	Máximo	49,8	37,2	18,4	-
	Média	19,2	17,7	16,0	-
	Desvio Padrão	8,3	7,8	3,4	-
Total	**Mínimo**	**4,1**	**3,0**	**5,5**	**6,8**
	Máximo	**54,2**	**40,4**	**28,4**	**20,9**
	Média	**20,3**	**17,2**	**14,9**	**13,3**
	Desvio Padrão	**9,1**	**6,3**	**3,7**	**2,7**

Fonte dos dados: Centro de Atenção à Saúde da Mulher, Monteiro-PB, 2005

O maior intervalo de tempo registrado entre os exames foi de 54,2 meses, indicativo da falta de entendimento por parte de alguns atores do Programa, sejam os médicos solicitantes ou as pacientes usuárias, acerca da importância da regularidade da realização do exame mamográfico com intervalo de, no máximo, dois anos, como propõe o INCA (BRASIL, 2004b).

Quando se observam as médias dos intervalos entre os exames, pode-se afirmar que, ao longo do funcionamento do Programa, foi ocorrendo um melhor entendimento, por parte de algumas mulheres, com relação à importância da regularidade da realização da mamografia, com tendência ao comparecimento para realizá-la em intervalo próximo aos doze meses, conforme proposto pela Sociedade Brasileira de Mastologia (KEMP, 2002).

É possível enumerar alguns problemas relacionados com os resultados do Programa Viva Mulher implantado na região do Cariri Ocidental do estado da Paraíba, concernentes às características da população alvo, ao modo como o Programa funciona e às tecnologias (recursos humanos e equipamentos).

Com relação à população alvo, observa-se que grande número das mulheres assistidas pelo Programa são semi-analfabetas. Existe, então, certo grau de dificuldade para entender a importância e os objetivos do rastreamento. Observa-se, também, uma acomodação e aceitação passiva do funcionamento do sistema de saúde, com um longo intervalo de tempo entre as ações do Programa: consulta, realização de exames, recebimento dos resultados, retorno para indicação da conduta adequada. Em 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de Monteiro era 0,603. Segundo a classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o município está entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano (IDH entre 0,5 e 0,8) (PROGRAMA..., 2005).

A população assistida é dividida entre urbana e rural. A população rural enfrenta o problema de deslocamento entre sua residência e o serviço de saúde especializado, pois a distância entre esses dois pontos, muitas vezes é de muitos quilômetros, os transportes são sempre alternativos e as estradas são vicinais.

Um ponto de entrave identificado com relação ao fluxograma no funcionamento desse Programa é a forma de agendamento das consultas na média complexidade, que só pode ser realizado pessoalmente, não sendo possível por

telefone, o que dificulta sobremaneira o atendimento da população urbana e, principalmente, o da população rural. A justificativa da Secretaria Municipal de Saúde de Monteiro para tal rotina é que a população tem pouco entendimento sobre o que deseja realmente agendar havendo grande confusão com relação às especialidades médicas e aos exames solicitados.

Sobre o fluxograma das ações do Programa, sabemos que, pela recomendação geral do Ministério da Saúde, a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde - SUS deve ser a atenção básica (Equipes de Saúde da Família – ESF). Porém, nesse nível de assistência identificamos uma desatenção dos profissionais de saúde quanto às condutas clínicas recomendadas para cada faixa etária, nas orientações aos cuidados com relação à saúde da mulher.

Outro ponto importante com relação aos profissionais da atenção básica é a grande rotatividade dos profissionais médicos nas equipes, o que prejudica sobremaneira a vinculação com a população adscrita, e o acompanhamento das ações desenvolvidas.

O Ministério da Saúde informa no documento “Avaliação Normativa do Programa da Saúde da Família” (INCA, 2004b), avaliação esta realizada entre 2001 e 2002, que existiam 16.812 equipes de saúde da família no Brasil, dando cobertura a 33,6% da população brasileira. Nessas equipes 31,1% dos médicos e 41,1% dos enfermeiros estavam capacitados para as ações do Programa de Saúde da Mulher. Porém, observa-se na prática que o exame clínico das mamas não é uma conduta corriqueira na atenção básica, além do que, quando este exame é realizado, não existe o registro dele no sistema, visto que é feito dentro da consulta ginecológica, em clínica médica ou por ocasião da coleta de material para colpocitologia (INCA, 2004b).

Questão que deve ser referida com relação à atenção básica é que, na Paraíba, apenas 4,9% dos médicos das equipes de saúde da família e 6,8% dos enfermeiros dessas equipes haviam sido treinados nas ações do Programa de Saúde da Mulher, número muito inferior à média brasileira anteriormente citada (INCA, 2002). A Secretaria Municipal de Saúde de Monteiro procurou corrigir essa distorção com treinamentos locais no período abrangido por esse estudo.

Muitas vezes a ultrassonografia mamária foi solicitada rotineiramente ou a pedido da paciente, em substituição à mamografia, que seria o exame indicado, provavelmente por desconhecimento ou não aceitação de que é a mamografia o exame recomendado para rastreamento do câncer de mama a partir dos 40 anos. A ultrassonografia só deve ser solicitada em casos especiais, ou como teste complementar a um achado clínico anormal.

No que diz respeito às tecnologias utilizadas no Programa, durante o período que foi estudado nesse trabalho, houve uma quebra de peça do mamógrafo, o que causou uma suspensão na realização dos exames por um período de quatro meses, de junho a setembro de 2005, o que pode explicar o pequeno número de mulheres cadastradas naquele ano, apenas 410 mulheres (Tabela 2).

Com relação aos recursos humanos da média complexidade ocorreram algumas reclamações à Secretaria Municipal da Saúde de Monteiro devido à demora na entrega dos resultados dos exames mamográficos, visto que o radiologista reside em João Pessoa e dá os laudos daquela cidade. Propõe-se que esse profissional encaminhe os resultados via internet para a Secretaria Municipal da Saúde de Monteiro, que se responsabilizará pela distribuição dos resultados aos demais municípios.

Convém lembrar que as películas mamográficas são arquivadas no Centro de Atenção à Saúde da Mulher para documentação e utilização em estudos comparativos subseqüentes.

No atual estágio de funcionamento do Programa, identificamos falhas no seguimento e na busca ativa de mulheres com exames alterados pois, até o presente momento, o SISMAMA – Sistema de Informações do Câncer de Mama, um programa de acompanhamento e avaliação das ações para detecção e diagnóstico do câncer de mama, proposto pelo INCA, ainda não entrou em funcionamento. Segundo previsão do Ministério da Saúde, esse sistema de seguimento tinha início previsto para dezembro de 2006, e possibilitaria a busca ativa das mulheres com alterações que precisem de testes complementares (INCA, 2005).

Outra ação em andamento é a construção da Rede Estadual de Atenção Oncológica, com parcerias entre as Secretarias Municipais de Saúde, Secretaria Estadual da Saúde e serviços de referência secundária e terciária, para atendimento

e seguimento dos casos suspeitos e/ou confirmados de câncer de mama e outras neoplasias malignas.

A implantação do SISMAMA é importante nesse processo pois, segundo Del Turco (2002), é necessário que programas de rastreamento disponham de um sistema automático de verificação, para assegurar que as mulheres com exames alterados e suspeitos para câncer de mama sejam chamadas e encaminhadas para a conduta adequada. Por enquanto, essa falha hoje existente está sendo resolvida com a informatização das ações e resultados do Programa no Centro de Atenção à Saúde da Mulher, de Monteiro.

Em dois momentos do período estudado (agosto/2002 e março/2004) foram encaminhadas cartas de convocação, para controle e/ou conduta, às pacientes que haviam sido identificadas com alteração nas categoria 4 e 5 de BI-RADS®, porém, não houve uma conferência rigorosa de quem realmente compareceu para o controle.

Existe, também, uma grande lacuna de informação sobre a investigação subseqüente dos resultados de exames mamográficos categoria 0 que necessitavam de reclassificação. Essa falta de informação precisa, provavelmente se dá porque muitas pacientes de outros municípios, que não Monteiro, têm como serviço de referência para ultrassonografia o CISCO – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Cariri Ocidental, que funciona na cidade de Sumé, ou um profissional contratado pela Secretaria de Saúde do seu próprio município. Esses exames que não são realizados no Centro de Atenção à Saúde da Mulher, em Monteiro, nem sempre têm seus resultados comunicados ao setor de informática daquele serviço para armazenamento das informações.

Observa-se, também, como falha no acesso às informações, a ausência de dados que nos permitissem saber quando o exame mamográfico foi realizado como rastreamento (mulheres assintomáticas), ou como diagnóstico (mulheres com exame clínico alterado), já que esse campo, na ficha de solicitação de mamografia raramente é preenchido por quem a solicita, e nas poucas solicitações em que o campo foi preenchido, o banco de dados de mamografias não contempla o registro da informação.

Com relação ao exame clínico das mamas, que deve ser realizado anualmente, por ocasião da consulta em ginecologia ou em clínica médica, não se sabe o número de mulheres em que esse procedimento está sendo feito, efetivamente, na atenção básica, pois não existe registro desse exame nos boletins de informação de atendimento ambulatorial. No município de Monteiro, há essa informação na atenção de média complexidade, por possuir serviço de referência secundária (Pólo Secundário de Mama) e registrar regularmente esse procedimento no SIA/SUS.

Da mesma forma, não existe registro oficial do procedimento biópsia percutânea de mama ou *core biopsy,* pois esse procedimento não está incluído na tabela de procedimentos do SUS, existindo somente o procedimento de biópsia cirúrgica.

É preciso entender, também, que a discussão da Programação Pactuada e Integrada – PPI, que deve ser acordada entre os municípios, pode acabar se configurando em um ponto positivo ou em entrave para o funcionamento do Programa.

Atualmente a Secretaria Municipal da Saúde de Monteiro disponibiliza cem mamografias, por ano, para os municípios menos populosos do V NRS; e 300 mamografias para os outros dois municípios mais populosos (Sumé e Serra Branca). O próprio município de Monteiro tem capacidade para dar cobertura mamográfica a toda a sua população feminina, na faixa etária acima dos 40 anos. Os serviços disponíveis no município de Monteiro caracterizam esta cidade como Pólo Secundário de Mama, atendendo aos requisitos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005). A despeito disso, os achados da presente pesquisa mostram uma subutilização desses serviços pelos diversos municípios e pela população em geral.

Avaliando a participação das mulheres no Programa, podemos refletir que essa também foi uma característica analisada nos países desenvolvidos em que as ações de rastreamento já foram implementadas e avaliadas.

Gold, Yaghmai e Basset (2000) referem uma subutilização generalizada do rastreamento mamográfico quando mostra que, em 1987, apenas 15% a 20% das mulheres americanas com mais de 50 anos tinham feito uma mamografia. Em estudos europeus a participação das mulheres convocadas para o teste de

rastreamento mamográfico varia de 55% (Estudo de Edimburgo) a 85% (*Two County*), no primeiro turno de rastreamento, diminuindo sucessivamente nos demais. Segundo Giordano (1996 *apud* DEL TURCO, *2002*) a participação da população feminina italiana nos programas de rastreamento variou de 50% a 70%. Em revisão da literatura sobre o assunto, Aguilar e Bauab (2003) concluem que, na verdade, um terço das mulheres nunca aceitaram submeter-se a qualquer procedimento de rastreamento. O que os dados do presente trabalho mostram é que houve uma constante diminuição do número de mulheres submetendo-se aos exames de rastreamento subseqüentes.

Segundo Ratner *et al.* (2001), pesquisadores e profissionais da saúde mostram-se frustrados porque, a despeito de todos os esforços, a maioria das mulheres continua sem se submeter ao rastreamento, e as taxas de adesão para turnos subseqüentes continuam baixas, quando se sabe que a regularidade dos exames é fundamental na determinação dos resultados.

No presente estudo, sobressai como principal ponto positivo do Programa Viva Mulher para detecção do câncer de mama no Cariri Ocidental da Paraíba a descentralização e 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 de aprendizado para técnicos e gestores, sobre o desenvolvimento de programas, de como atingir seus objetivos, as dificuldades e possíveis soluções para estas. Pode-se citar como exemplo o fato de que, devido a problemas políticos, houve, a partir de janeiro de 2003, dificuldade de realização de biópsias cirúrgicas na sede de funcionamento do Programa, momento a partir do qual, passou-se, rotineiramente, a realizar biópsias por fragmento, inclusive em lesões impalpáveis com tradução ecográfica, no Centro de Atenção à Saúde da Mulher, em Monteiro, serviço esse que primeiro ofereceu o referido procedimento pelo SUS em todo o estado da Paraíba.

Vale salientar o importante papel dos gestores municipais, traduzido no contínuo e atento compromisso de criar e manter condições para que as ações do Programa Viva Mulher sejam uma realidade para as mulheres residentes na região do Cariri Ocidental da Paraíba.

Na medida em que funcionou no Cariri Ocidental da Paraíba, o Programa, encontrou uma taxa de 0,61% dos exames confirmando o diagnóstico final de câncer de mama; comparativamente a 0,48% do *National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program* - NBCCEDP (RYERSON; BERNARD; MAJOR, 1991-2002). Com relação à percentagem de mulheres que foram diagnosticadas com câncer de mama durante o processo de rastreamento, nesse estudo foi de 46 (quarenta e seis) em 5.198 (cinco mil cento e noventa e oito) mulheres, ou seja, 0,88%, resultado semelhante ao do NBCCEDP, que apresentou uma taxa de 0,84%.

Entre as responsabilidades de um programa de rastreamento encontra-se o papel de educar as mulheres e motivá-las para procurar e aceitar o rastreamento, garantir serviços acessíveis e resolutivos, procurando de forma humanizada e efetiva dar assistência àquelas com alterações que necessitam procedimentos adicionais e tratamentos específicos.

A conclusão do presente trabalho é que ações educativas, dirigidas às mulheres para as quais o rastreamento do câncer de mama está indicado, como para os profissionais de saúde responsáveis pelo desenvolvimento das ações para esse controle, precisam ser desenvolvidas. A constante informação das mulheres sobre os diversos aspectos relacionados à prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de mama poderá motivá-las a aproveitar melhor a estrutura hoje disponível no Cariri Ocidental da Paraíba.

Concluí-se também que é necessário um processo de educação permanente para os profissionais de saúde, objetivando mantê-los atualizados e motivados em relação à prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de mama, que poderá se traduzir em um maior envolvimento e comprometimento com as ações do Programa Viva Mulher, viabilizando, por fim, os objetivos desejados de diminuir as repercussões físicas e psíquicas do câncer de mama, bem como diminuir definitiva e constantemente suas atuais altas taxas de mortalidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Surpreendentemente, e inaceitavelmente, o atributo e símbolo principal de vida, de sensualidade e de feminilidade da mulher é o responsável pela morte ou mutilação de milhares de mulheres em todo o mundo.

Enquanto não é conhecida a verdadeira etiopatogenia do câncer de mama, para que medidas preventivas aceitáveis possam ser utilizadas para evitá-lo, temos que continuar buscando detectá-lo, diagnosticá-lo e tratá-lo precocemente; com o objetivo de evitar mutilações e mortes; dentro de um plano de ação que se oriente pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, especificamente, a integralidade, a universalidade e a descentralização das ações.

O presente estudo, analisando o processo de implantação e funcionamento do Programa Viva Mulher no Cariri Ocidental na Paraíba, avalia que o principal resultado desse Programa, foi o processo de descentralização das ações na detecção do câncer de mama, cumprindo, assim, um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde.

As mulheres do Cariri Ocidental da Paraíba dispõem, hoje, de uma estrutura organizada dentro dos parâmetros exigidos pelo Ministério da Saúde, que caracteriza o Centro de Atenção à Saúde da Mulher em Monteiro-PB, como Pólo Secundário de Mama, preparado para oferecer ações de detecção, diagnóstico e acompanhamento em patologia mamária.

A despeito desse processo de descentralização, e da oferta dos serviços, os resultados do presente trabalho mostram sua subutilização pelos diversos municípios e pela população em geral. Esse quadro poderá ser alterado com uma melhor divulgação do funcionamento do Programa Viva Mulher junto aos gestores municipais de saúde, aos profissionais da atenção básica e aos grupos de mulheres nos diversos municípios.

É incontestável o valor do rastreamento para detecção precoce do câncer de mama, e vários trabalhos científicos têm demonstrado o resultado das pesquisas

nesse campo, que mostram redução da mortalidade por essa patologia, nas populações submetidas ao rastreamento mamográfico. Pacientes com câncer de mama detectado nos estágios iniciais, além da oportunidade de cura, têm maiores opções de tratamento, menor risco de recidiva e maior sobrevida.

A redução da mortalidade como resultado do rastreamento mamográfico é esperada a partir do sexto ano do início do Programa; já o impacto com relação à incidência de tumores avançados pode ser observado a partir do quarto ano do início das ações de rastreamento (THULER, 2003).

No que diz respeito à evolução do diagnóstico de lesões em fases mais iniciais da doença, na vigência de um programa de rastreamento, a presente pesquisa encontrou resultados compatíveis com o que foi publicado na literatura mundial.

Mesmo com a subutilização da estrutura do Programa Viva Mulher no Cariri Ocidental da Paraíba para detecção precoce do câncer de mama, o presente trabalho demonstrou que houve modificação do perfil epidemiológico relacionado aos estágios em que os casos de carcinoma da mama passaram a ser diagnosticados, visualizado através do aumento das taxas de incidência de lesões mamárias em estágios iniciais.

O benefício do diagnóstico das lesões malignas mamária em estágios iniciais, que permite opções terapêuticas cirúrgicas menos radicais e pode reduzir a necessidade de indicação de quimioterapia, nunca foi medido pelos estudos clínicos randomizados e controlados.

Taplin *et al.* (2004) concluíram que participar de um programa de rastreamento está associado a uma redução das taxas de câncer de mama em estágios avançados. A conclusão do trabalho desses pesquisadores mostra que seus resultados foram consistentes com aqueles encontrados pelos programas de rastreamento organizado, realizados no Reino Unido e na Suécia, e que mostraram redução do número de casos da doença diagnosticados em estágios avançados e redução da mortalidade. Esses mesmos autores consideram razoável esperar que, em programas gerais de rastreamento, dado o tempo adequado, uma redução da mortalidade seja esperada, uma vez que há redução das taxas de diagnóstico de casos em estágios avançados.

É preciso, também, que os gestores e profissionais da saúde dos municípios envolvidos da região do Cariri Ocidental da Paraíba, tenham um maior conhecimento do que é a Programação Pactuada e Integrada (PPI), que deve ser acordada entre os municípios para que essa pactuação não seja ponto de entrave para o funcionamento do Programa e, sim, uma rede de referência e contra-referência no desenvolvimento das ações para detecção precoce do câncer de mama naquela região.

A avaliação dos dados da presente pesquisa mostra que, para melhor funcionamento do Programa, um sistema informatizado e em rede, com as devidas pactuações, para referência dos diversos procedimentos acertados entre os municípios, e sua devida autorização, feita através da utilização do Cartão Nacional de Saúde (CNS), seria uma forma mais ágil e objetiva de dar resolutividade aos problemas de saúde que necessitassem de intervenções na rede de média e alta complexidade; inclusive, de forma mais justa, remunerando diretamente os municípios que realmente prestaram a necessária assistência. Em resumo, implantar e fazer funcionar definitivamente, e de forma informatizada, o CNS.

Como proposta de avanço das ações do Programa Viva Mulher no Cariri Ocidental da Paraíba, sugere-se uma maior atuação das secretarias municipais de saúde dos municípios envolvidos, com uma maior pactuação para ampliação de acesso aos exames de detecção e diagnóstico, melhor e constante treinamento e atualização das equipes de saúde da família e melhor monitoramento da referência e contra-referência dessas mulheres.

Considerando que podem ser realizados 20 exames por turno (40 exames/dia), durante 20 dias úteis no mês, a capacidade instalada para realização de exame mamográfico no Centro de Atenção à Saúde da Mulher é, em média, de 800 exames ao mês e de 9.600 exames ao ano. Tendo como base o número de 12.466 mulheres acima de 40 anos estimado pelo IBGE para o ano de 2006, conclui-se que a capacidade instalada para a realização de mamografia na região do Cariri Ocidental da Paraíba tem condições de dar cobertura a 77% da população na faixa etária indicada.

Atualmente, a Secretaria Municipal da Saúde de Monteiro disponibiliza cem mamografias por ano para os municípios menos populosos do Cariri Ocidental da Paraíba, muitos dos quais pactuaram duas mamografias por ano. Para dois dos

municípios mais populosos da região, Sumé e Serra Branca, a Secretaria da Saúde de Monteiro disponibiliza trezentas mamografias por ano para cada uma dessas cidades. Conforme foi afirmado anteriormente, a Secretaria de Saúde de Monteiro tem condições de realizar o rastreamento de 77% da população feminina com idade acima de 40 anos. Entretanto, não foi isso que ocorreu ao longo dos primeiros cinco anos da implantação do Programa.

A ausência, até o presente, de metas objetivas propostas pelo Ministério da Saúde, limita a avaliação definitiva do funcionamento do Programa no Cariri Ocidental da Paraíba quanto a outras ações como, por exemplo, o número de consultas especializadas na população alvo.

Para detecção precoce do câncer de mama, o Ministério da Saúde, no Documento de Consenso de abril de 2004, recomenda o rastreamento através do exame clínico das mamas para 100% das mulheres acima dos 40 anos (BRASIL, 2004b). A avaliação dessa meta é prejudicada porque, como dito anteriormente, o SIA/SUS somente informa os exames clínicos da mama realizados nos serviços da média e alta complexidade. Nesse mesmo documento recomenda-se o rastreamento mamográfico para as mulheres com idade entre 50 e 69 anos, sem, no entanto, definir a meta específica de cobertura (BRASIL, 2004b).

Durante a elaboração desse trabalho observamos um hiato de tempo geralmente grande entre as publicações do Ministério da Saúde, e com dados dispersos entre diversos documentos, como por exemplo, entre a publicação Falando sobre Câncer de Mama do ano de 2000 e Cadernos de Atenção Básica - Controle do Colo do Útero e da Mama do ano de 2006 (NORMAS..., 2006).

Com base no que se observou neste trabalho, sugere-se, também, que o Ministério da Saúde disponibilize, com mais regularidade e rapidez, material de informação para atualização e orientação na rede básica, com relação ao controle do câncer de mama, bem como documentos mais objetivos sobre metas a serem atingidas.

O Ministério da Saúde, em seu documento Diretrizes Operacionais – Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, de fevereiro de 2006, na seção I, Pacto pela Vida, que trata do controle do câncer do colo do útero e da mama, estabelece, como meta, ampliar para 60% a cobertura de mamografia, conforme

protocolo. Este é o primeiro documento oficial do Ministério da Saúde desde a proposta inicial de criação do Programa Viva Mulher, em 1998, onde se pode encontrar uma meta de ação definida para o controle do câncer de mama.

Neste trabalho a cobertura mamográfica foi de 35,9% da população feminina estimada pelo IBGE, entre 50 e 69 anos de idade, para o ano de 2005, para os municípios do V NRS. Na faixa etária de 40 a 49 anos e acima de 70 anos a cobertura foi, respectivamente, 31,8% e 24,1%. Os dados aqui apresentados referem-se aos cinco anos pesquisados e não considerou o intervalo de tempo entre os exames, nem a permanência das mulheres submetendo-se às ações de rastreamento mamográfico.

Para melhorar a motivação das mulheres para realização de mamografia, através da educação, e de uma maior responsabilidade dos profissionais de saúde da atenção básica, no sentido de aumentar a cobertura pelo exame clínico e rastreamento mamográfico para detecção precoce do câncer de mama, em parceria firmada com Instituto AVON, foi dado início, em agosto de 2006, a um trabalho de motivação entre agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros e a população geral para melhorar a utilização da estrutura existente no Município de Monteiro para o rastreamento do câncer de mama. Durante esse trabalho, será realizado o cadastramento da população alvo desse município, através de geoprocessamento, o que permitirá melhor controle da cobertura, e o seguimento ou busca ativa das mulheres que necessitarem de procedimentos adicionais.

O presente trabalho identificou que o banco de dados clínicos e também de registro dos exames mamográfico necessitam ser reformulados, e mantidos rigorosamente em dia, com atualização das informações, processo esse que já foi iniciado com a informatização do setor de mamografia e registro clínico, a partir do mês de outubro de 2006.

Os atuais parâmetros de assistência na atenção de média e alta complexidade em mastologia, no Brasil, se baseiam naqueles propostos pelo *Organized Breast Cancer Screening Programs in Canada* (2005). As informações coletadas para a presente pesquisa, sendo sistematicamente atualizadas, bem como a ampliação da cobertura das ações do Programa que se espera conseguir através do Projeto Um Beijo Pela Vida – Paraíba, em parceria com o Instituto AVON, podem servir de subsídios ao desenvolvimento de pesquisas para a construção de

parâmetros assistenciais na área de média e alta complexidade em assistência à saúde mamária, que possam contribuir na organização da rede de atenção oncológica, pesquisa essa que será nossa proposta de tese de doutorado.

REFERÊNCIAS

AGUILAR, V.L.N.; BAUAB, S.P. Rastreamento mamográfico para detecção precoce do câncer de mama. **Revista Brasileira de Mastologia**. v.13, n.2, p.82-89.2003.

AMERICAN Joint Committee on Cancer. **Cancer Staging Manual**. 6ed.2002. Disponível em:<http://www.cancerstaging.org/products/ajccproducts.html#manual>. Acesso em: 10.jun.2005.

BARROS, A.C.S.D.; FERREIRA,J.C. Como informar e acompanhar psicologicamente a paciente com câncer de mama. In: GIKOVATE, F. **Entendendo a mulher***… além da paciente*. São Paulo: Lemos, 1999.

BERRINO, F.; MICHELI A., BELLATI M. C. Epidemiologia Analítica. In: VERONESI, Umberto. **Mastologia Oncológica**. Rio de Janeiro: Medsi. Cap. 2, p. 24-43.2002.

BRASIL. **Constituição 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. CONEP. **Resolução n. 196/96***.* Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2004a, 80p.

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, 2004b.104p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ação para o controle dos cânceres do colo do útero e da mama 2005 – 2007:** diretrizes estratégicas. 2005. mimeografado.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, DF, 2006. vol.1.

BRENELLI, H.B.; KALAF, J.M. Rastreamento mamográfico do câncer de mama. In: BARROS, A.C.S.D. et al. **Mastologia**: condutas. Rio de Janeiro: Revinter, 1999. p. 1-6.

COLLABORATIVE Group on Hormonal Factors in Breast Cancer: Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53.387 women with breast cancer and 100.239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. **Lancet**. vol.347, p.1713-1727.1996.

_____. Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52.705 women with breast cancer and 108.411 women without breast cancer. **Lancet**. n.350, p.1047-1059.1997.

DATASUS. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 10.nov.2006.

DE VITTA, V.T; HELLMAN JR, S; ROSENBERG, S.A. **Cancer Principles & Practice of Oncology***.* 7ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

DEL TURCO, M.R. Programas de prevenção para o câncer de mama. In: VERONESI, U. **Mastologia oncológica**. Rio de Janeiro: Medsi. 2002. Cap.5, p.159-169.

DONEGAN, W.L. Staging and primary treatment. In: DONEGAN, W.L; SPRATT, J.S. **Cancer of the breast**. Pennsylvania: W.B. Saunders Company, 1995.

FISHER, B. Personal contributions to progress in breast cancer research and treatment. **Semin Oncol**, v. 23, p. 414-427,1996.

GOLD, R.H.; YAGHMAI, A.A.; BASSET, L.W. A história do rastreamento mamário por imagem. In: BASSET, L.W. et al. **Doenças da mama**: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Revinter. 2000. Cap.1, p.3-26.

GOLDHIRSCH, A. Breast Cancer. In: CAVALLI, F.; HANSEN H. H.; KAYE S.B. **Textbook of medical oncology**. London: Martin Dunitz, 1997.

HEYWANG-KÖBRUNNER, S.H.; et al. Rastreameno. In: HEYWANG-KÖBRUNNER,S.H. et al. **Mama**: diagnóstico por imagem. Rio de Janeiro: Revinter. 1999. Cap.19, p.331-337.

HEYWANG-KÖRUNNER S.H. et al. In: HEYWANG-KÖRUNNER S.H. et al. **A. Mama**: Diagnóstico por Imagem. Correlação entre mamografia, ultra-sonografia, ressonância magnética, tomografia computadorizada e procedimentos intervencionistas. Rio de Janeiro: Revinter, 1999. p. 81-91.

HELLMAN, S. Stopping metastasis at their source. **N Engl J Med**, v. 337, p. 996-997, 1997.

HUGHES, L.E.; MANSEL, R.E.; WEBSTER, D.J.T. Breast pain and nodularity. In: _____. **Benign Disorders and Disease of the Breast Concepts and Clinical Management.** London: W.B. Saunders, 2000. p.95-121.

INCA. **Implantando o Viva Mulher** – Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero e de Mama. Rio de Janeiro, 2000, 40p.

INCA. **Falando sobre câncer de mama**. Rio de Janeiro, 2002, 61p.

INCA. **Estimativa 2005***:* Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2004a.

INCA. **Controle do Câncer de Mama**: Documento de consenso. Rio de Janeiro, 2004b.

INCA. **Bases técnicas para avaliação do Programa Viva Mulher**. 2005. mimeografado.

INCA. **Estimativa 2006**: incidência de câncer no Brasil. 2006. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/>. Acesso em: 16.nov.2006.

JATOI, I. História Natural do Câncer de Mama. In: JATOI, I.**Clínicas Cirúrgicas da América do Norte –** condutas no câncer de mama. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 1999. p. 867-912.

JATOI, I. Screening clinical breast examination. **The surgical clinics of north america** – Breast Cancer: New concepts in Management. Philadelphia: W.B. Sounders, 2003. v.83, n.4, p.789-801.

KELLER-WOOD, M.; BLAND K.I.. Fisiologia da Mama. In: BLAND, K.I.; COPELAND, III, E.M. **A Mama**. Tratamento Compreensivo das Doenças Benignas e Malignas. São Paulo: Manole, 1994. Cap. 3, p.41-77.

KEMP, C. et al. **Câncer de mama** – prevenção secundária. In: Associação Médica Brasileira & Conselho Federal de Medicina Projeto Diretrizes. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: http://www.sbmastologia.com.br/site/conheca/projeto_diretriz/projeto_diretriz.asp - Acesso em: 13 out. 2006.

LEE, C. S. Mammography: Proven Benefit, Continued Controversy. In: LIBERMAN, L; HRICAK, H. **The Radiologic Clinics of North America**: Women's Imaging: An Oncologic Focus. Pennsylvania: W. B. Saunders Company, 2002. vol.40, p. 395 – 407.

LIBERMAN,L.; MENELL, J.H. Breast imaging reporting and data system (BI-RADS®). In: LIBERMAN, L; HRICAK, H. **The Radiologic Clinics of North America**: Women's Imaging: An Oncologic Focus. Pennsylvania: W. B. Saunders Company, 2002. v.40,n.3, p. 409-430.

MARANHÃO, N.M.A. **Sistema de Laudos e registro de dados de imagem da mama**. São Paulo: Colégio Brasileiro de radiologia, 2005.

MENELL J. H. **Radiologic Clinics of North America**. *Womens's Imaging*: An oncologic focus. Pensilvânia: W.B. Sauders Company, 2002.

MONTEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Setor de Controle e Avaliação**. 2006. mimeografado.

NORMAS e Manuais Técnicos: Controle dos cânceres do colo do útero e da Mama. **Cadernos de Atenção Básica**. n.13. série A. Brasília, DF, 2006.

ORGANIZED Breast Cancer Screening Programs in Canada. **Report on Program – Performance in 2001 and 2002**. Canada: Public Health Agency of Canada, 2005. 52p.

RATNER, P.A. et al. A meta-analysis of Mammography screening promotion. **Cancer detection and precention**. v.25, n.2, p.147-160. 2001.

PROGRAMA das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/idh/>.Acesso em: 14.dez.2005.

RISKS and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Iniciative randomized controlled trial. **JAMA.** v.33, p.288-321.2002.

RYERSON, A.B.; BERNARD, V.B; MAJOR, A.C. **National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program**. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention, 1991-2002. 75p. Disponível em: <http://www.cdc.gov/cancer/nbccedp/Reports/NationalReport/index.htm>. Acesso em: 05.jan.2006.

ROMRELL, L.J.; BLAND, K.I. Anatomia e fisiologia da mama normal e lactante. In: BLAND, K. I.; COPELAND, III. **A Mama**: Tratamento Compreensivo das Doenças Benignas e Malignas. São Paulo: Manole, 1994. Cap. 2. p.19-77.

SARAMAGO José. **Memorial do Convento**. 22ed. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 1998.

SCOTT S.; MORROW M. Câncer de mama: Como fazer o diagnóstico. In: JATOI, I. **Clínicas Cirúrgicas da América do Norte**. Condutas no câncer de mama. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 1999. p. 913-928.

SECRETO, G. Fisiopatologia mamária. In: VERONESI, U. **Mastologia Oncológica**. Rio de Janeiro: Medsi, 2002. Cap. 1, p. 1-17.

SHAPIRO, S. et al. **Periodic screening for breast cancer** – The Health Insurance Plan Project and Its Sequelae, 1963-1986. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1988.

SINGLETARY, E.S. *et al*.. Staging system for breast cancer: revisions for the 6th edition of the AJCC cancer staging manual. In: JATOY, I.; SINGLETARY, E.S. Guest (ed.). **The surgical clinics of North America***. Breast cancer: New concepts in management.* Philadelphia: W.B. Saunders Company, 2003. p. 803-819.

SMITH Robert A; GIUSTI Ruthann. A epidemiologia do câncer de mama. In: BASSETT, W L. et al. **Doenças da mama** – Diagnóstico e Tratamento. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

SMITH, R. A.; COKKINIDES, V.; EYRE, H.J. American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer. **Cancer Journal Clinical**. n.55. p.31- 44, 2005.

TABÁR,L.et al. The Natural History of Breast Carcinoma: What Have We Learned form Screening? **Cancer**. n.86, p.449-462,1999.

TABÁR, L.et al. The Swedish Two County Trial twenty years later. In: FEIG, S.A. **The Radiologic Clinics of North America**: Breast Imaging. Philadelphia, Pennsylvania: W. B. Saunders Company.v.38, n.4, p. 625 – 637, 2000.

TABÁR, L. et al. Beyond randomized controlled trials: organized mammographic screening substancialy reduces breast cancer mortality. **Cancer.** n.91, p.1724-1731, 2001.

TAPLIN S.H. Evaluating Organized Breast Cancer Screeening Implementation. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev**. v.13, p-225-234, 2004.

TAVASSOLI, F.A. Normal development and anomalies. In: TAVASSOLI, F. A. **Pathology of the breast**. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange. 1999a. Cap.1, p.1-25.

_____. General considerations. In: _____. **Pathology of the breast**. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange. 1999b. Cap. 2, p. 27-74.

TESSARO, S; BREZOLIN, R. Epidemiologia do câncer de mama. In: BOFF; R.A; WISINTAINER, F. **Mastologia moderna** – abordagem multidisplinar. 2006. p.31-46.

THULER, L.C.S. Considerações sobre a prevenção do câncer feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.49, n.4, p.227-238, 2003.

THULER, L.C.S; MENDONÇA, G.A. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v.27, n.11, p.656-660, 2005.

VIALE G. Carcinoma infiltrante da mama. Histopatologia e parâmetros prognósticos e morfológicos. In: VERONESI, U. **Mastologia Oncológica**. Rio de Janeiro: Medsi. 2002. Cap. 8, p. 233-239.

ANEXOS

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo