



Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas  
de Apoio à Saúde da Mama - FEMAMA

Fundada em julho de 2006

**Missão**

Articular, propor, conscientizar e defender políticas  
públicas de atenção à saúde da mama

Documento de Posição da FEMAMA  
para o diagnóstico precoce do câncer de mama

2010

## **Expediente**

---

2010  
FEMAMA



## **Diretoria Executiva**

---

Presidência:  
Instituto da Mama do Rio Grande do Sul –  
IMAMA (RS)

1º. Vice-Presidência:  
Fundação Maria Carvalho Santos (PI)

2º. Vice-Presidência:  
União e Apoio no Combate ao  
Câncer de Mama (SP)

Tesouraria:  
Associação das Amigas da Mama (PR)  
Associação Brasileira de Portadores de Câncer –  
AMUCC (SC)

## **Comitê Científico**

---

Airton Stein  
Bruno Lemos Ferrari  
Gilberto Amorin  
Ivo Carelli  
José Antonio Marques  
José Getulio Martins Segalla  
José Luiz B. Bevilacqua  
José Luiz Pedrini  
Luiz Ayrton Santos Júnior  
Luiz Henrique Gebrim  
Maira Caleffi  
Maria Elisabeth Mesquita  
Maria Helena Mendonça  
Nestor Barros  
Ricardo Caponero  
Ricardo Marques  
Rita Dardes  
Selma Bauab  
Vera Aguilar

## **Redação**

---

Cristina Câmara  
Consultora em Advocacy – *American Cancer Society*

## Apresentação

Com esta publicação, a FEMAMA inaugura um canal de diálogo com os gestores e formuladores de políticas públicas na área da saúde. Um canal que busca evidenciar as preocupações desta rede com relação à situação da política atual de câncer de mama no País e apontar soluções viáveis para o sistema de saúde brasileiro neste campo.

A FEMAMA é uma rede nacional de organizações e grupos de apoio voluntário formados por Vitoriosas<sup>1</sup> e usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem por meta assegurar as chances de 95% de cura para todas as mulheres diagnosticadas com câncer de mama. A detecção da doença em seus estágios iniciais é condição indispensável para o alcance desta meta.

Nossa rede nasceu com o propósito de integrar, articular e fortalecer as organizações brasileiras que atuam na promoção da saúde da mama, a partir do tema do câncer de mama, para que possam incidir com mais eficácia na formulação e no controle social das políticas públicas voltadas a esta questão.

A iniciativa de produzir um documento de posição sobre o diagnóstico precoce do câncer de mama – apoiada pela *American Cancer Society*, organização que atua no cenário internacional mobilizando voluntários na luta contra o câncer – origina-se na necessidade de tornar claras as razões que fundamentam nossa ação. A nossa posição é em prol da busca por evidências científicas próprias ao contexto brasileiro, apoiando pesquisas no rastreamento mamográfico em mulheres assintomáticas a partir dos 40 anos, devido à constatação de que continuam a ser diagnosticados tumores em estádios avançados, fator determinante para os altos índices de mortalidade.

A Sociedade Brasileira de Mastologia e outras instituições internacionais defendem a mamografia anual a partir de 40 anos. A Lei 11.664/08, que assegura às usuárias do SUS o direito de acesso ao diagnóstico precoce e a toda a cadeia de atenção aos problemas de mama, representou um avanço legal que precisa concretizar-se na prática da atenção à saúde, do nível básico à alta complexidade. Nisto reside nossa luta.

A FEMAMA busca, sobretudo, evidenciar a perspectiva das usuárias do sistema de saúde e promover o acesso universal e equitativo a cuidados da saúde de qualidade e eficazes, que respeitem o princípio da integralidade. A parceria entre Estado e sociedade civil assume importância crescente na formulação e implementação das políticas públicas. Assim, nossa rede vem se colocar como parceira do Estado no desenho de soluções para o controle do câncer de mama, o qual se configura como uma das graves questões de saúde pública em nosso País e cujos desfechos vêm afrontando os princípios de equidade e universalidade que norteiam o SUS.

O documento foi construído com extremo cuidado, inclusive em relação às fontes utilizadas e à exposição das posições divergentes, visando servir de subsídio para a tomada de decisões na área da saúde da mulher.

Boa leitura!

Maira Caleffi  
Médica Mastologista  
Presidente da FEMAMA

<sup>1</sup> Mulheres que vivem ou passaram pela experiência do câncer de mama.

## Resumo Executivo

A FEMAMA quer tornar pública sua posição sobre a política para câncer de mama no Brasil. No percurso de três anos de atuação, vem divulgando amplamente que o câncer de mama é curável em até 95% dos casos, se for diagnosticado precocemente. Com base em seus direcionadores estratégicos - políticas públicas/interação com o 1º setor, mobilização social e avanços tecnológicos – sua atuação se desenvolve através de uma rede de 42 instituições afiliadas, em todo o território nacional.

### Em destaque

- O câncer de mama é a principal causa de morte por câncer entre as mulheres no Brasil
- O câncer de mama tem cura, se detectado precocemente
- As altas taxas de mortalidade no Brasil estão associadas ao diagnóstico tardio
- Há dificuldades de acesso aos serviços de saúde, retardando o diagnóstico precoce
- A mamografia impacta na redução da mortalidade por câncer de mama
- As mulheres diagnosticadas com câncer de mama não têm informações suficientes sobre os próximos passos a seguir

Para a FEMAMA, a Lei 11.664, de 29 de abril de 2008, traz um diferencial por contribuir para a conscientização das mulheres sobre o câncer de mama e garantir o acesso à mamografia a partir dos 40 anos a todas as mulheres, independente de histórico familiar ou fatores de risco.

A mamografia é o exame que permite a detecção precoce do câncer de mama, possibilitando um tratamento mais eficaz e, portanto, tendo impacto importante na redução da mortalidade. Garantí-la pressupõe o acesso das mulheres aos serviços de saúde e à qualidade dos equipamentos e serviços.

A importância da mamografia está diretamente ligada ao padrão de qualidade, que não se restringe à qualidade do mamógrafo. Implica em aspectos que vão, desde o técnico que o opera e o processamento da imagem até o profissional que a interpreta.

A mortalidade por câncer de mama está associada ao diagnóstico em estádios avançados. As informações disponíveis demonstram que cerca de 60% dos tumores são diagnosticados nos estádios III e IV (Batiston et al., 2009), quando as chances de sobrevivência diminuem e os custos e impacto na qualidade do tratamento são mais altos. As justificativas mais frequentes para explicar o diagnóstico tardio têm sido:

- Dificuldades de acesso das mulheres aos serviços de saúde
- Falta de informação e de conhecimento sobre a possibilidade de tratamento e de cura do câncer de mama diagnosticado precocemente
- Falta de capacitação de recursos humanos nos serviços de oncologia, especialmente nas cidades de pequeno e médio porte
- Baixa capacidade do SUS para atender a demanda nas unidades de saúde
- Dificuldades decorrentes da descentralização do SUS

Uma das maneiras de garantir a detecção precoce é o rastreamento. Segundo os dados da PNAD 2008, as mulheres entre 50 e 69 anos – faixa de idade recomendada pelo INCA para a mamografia de rastreamento – apresentaram as maiores taxas de realização de mamografia, em todas as faixas de renda. Nesta faixa de idade, 71,1% das mulheres já havia realizado a mamografia ao menos uma vez, apesar de somente 54,2% do total de mulheres entre os 50 e 69 anos ter realizado o exame nos últimos dois anos.

A FEMAMA defende o rastreamento anual a partir dos 40 anos, em sintonia com a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), como uma forma de minimizar a mortalidade por câncer de mama. Para a FEMAMA, o rastreamento a partir dos 40 anos é não só desejável, mas também viável para o caso brasileiro se iniciado por etapas. Nesse sentido, sugere ao INCA que inicie projetos piloto de rastreamento a partir dos 40 anos, nos cinco estados brasileiros com maior incidência de câncer de mama. Paralelamente à divulgação de resultados do rastreamento com mulheres entre 50 e 69 anos, previsto no Consenso do INCA (2004).

A identificação de casos de câncer de mama nos estádios III e IV retrata, por um lado, a insuficiência das informações para a população feminina e, por outro, a pouca resposta na atenção primária. Além disso, não raro os serviços de média complexidade têm recebido demandas que deveriam ter sido direcionadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). O que também sinaliza falhas na integração entre os governos estaduais e municipais e nas capacitações para os profissionais de saúde, quanto ao encaminhamento de mulheres com lesões com algum grau de suspeita de câncer de mama. O contexto é complexo e exige respostas interdisciplinares e políticas intersetoriais.

Especialmente na atenção primária, é preciso um plano estratégico de ação sobre o diagnóstico precoce do câncer de mama, incluindo indicadores de resultados e sistemática de monitoramento e avaliação.

Por sua vez, é conhecida a necessidade de motivar as mulheres para os exames periódicos e desfazer os mitos do câncer. Isto exige um trabalho em sintonia entre os diversos setores envolvidos, incluindo as Vitoriosas. Uma campanha oficial, periódica, planejada em conjunto cumpriria um papel-chave.

Falta controle social sobre o tema do câncer de mama, por parte da sociedade civil e dos Conselhos de Saúde. Por sua vez, também falta monitoramento por parte dos Secretários de Saúde e do Governo Federal, por exemplo, através de instâncias de pactuação como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as Comissões Intergestores Bipartites (CIB).

Em síntese, é possível destacar alguns pontos importantes nas estratégias de resposta ao câncer de mama, que visem em última instância à saúde das mulheres em sintonia com o SUS e um impacto necessário à efetividade dessa resposta:

- Saúde como direito de cada cidadão
- Capacitação técnica de recursos humanos
- Parcerias entre governo e sociedade civil na elaboração de diretrizes nacionais e de planos de ação locais
- Fortalecimento dos serviços de saúde para câncer de mama, incluindo os fluxos de referência e contra-referência
- Divulgação periódica do monitoramento do SISMAMA e dos dados disponíveis
- Programas nacionais intersetoriais voltados ao diagnóstico precoce
- Campanhas nacionais de mídia, anuais
- M&A de todas as ações, pactuadas nos três níveis de governo

## Agradecimentos

Esta publicação não teria sido possível sem o diálogo com várias pessoas que trabalham com o tema do câncer de mama no Brasil, em diferentes setores. Inicialmente, gostaria de agradecer às Associadas e ao Comitê Científico da FEMAMA pela leitura da versão preliminar do documento. Também gostaria de agradecer às pessoas entrevistadas. Fui muito bem acolhida por todos e agradeço, pelas entrevistas, comentários e/ou envio de documentos, a:

- Ana Maria Ramalho Ortigão Farias, gerente da Divisão de Gestão da Rede Oncológica do INCA
- Ana Thereza de Souza Gomes Ferreira, Liga Bahiana Contra o Câncer
- Anna Maria Campos, gerente do Serviço de Qualidade em Radiações Ionizantes (SQRI/INCA)
- Aristides Maltez Filho, presidente da Liga Bahiana contra o Câncer e Hospital Aristides Maltez
- Cláudio Noronha, responsável pela Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV/INCA)
- Dakir L. Duarte Filho, ex-coordenador e participante do grupo de trabalho sobre o programa de controle e manutenção de qualidade em mamografia, do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR) e médico da Associação Hospitalar Moinhos de Vento
- Dermeval Nunes dos Santos, responsável pelos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) do estado da Bahia, mantidos pela Liga Bahiana Contra o Câncer
- Elisabeth Susana Wartchow, Coordenação de Acompanhamento e Avaliação, Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde
- José Antônio Marques, diretor técnico científico da Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP)
- Irma Hellwig, voluntária do hospital Aristides Maltez e fundadora do Grupo de Apoio à Mulher Mastectomizada (GAMMA)
- Kátia Baldini, coordenadora de enfermagem do Núcleo Assistencial para Pessoas com Câncer (NASPEC)
- Luciane Rampanelli Franco, coordenadora da Saúde da Mulher, na Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Porto Alegre
- Maira Caleffi, presidente do Instituto da Mama do Rio Grande do Sul (IMAMA) e da FEMAMA, e médica da Associação Hospitalar Moinhos de Vento
- Maria José de Oliveira Evangelista, coordenadora da Atenção Primária no Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)
- Nelson Pesciotta, médico e coordenador de oncologia da SMS/São Paulo
- Nilo Bretas Júnior, coordenador da Assessoria Técnica do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)
- Rita Dardes, médica responsável pelo Comitê Técnico do Instituto Avon
- Rodrigo Ribeiro, médico da Associação Hospitalar Moinhos de Vento
- Romilza Medrado, presidente do NASPEC
- Ronaldo Correa, técnico da Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica da Coordenação Geral de Ações Estratégicas (INCA)
- Sandra Rego, técnica da Gerência de Planejamento, Eficiência e Qualidade (GEPEQ), no Centro de Referência Estadual de Oncologia (CICAN), na Bahia
- Sandra Coccaro, coordenadora do Programa da Saúde da Mulher, da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul
- Sonia Cecatti, presidente da associação MamalInfo
- Tiago Farina Matos, diretor jurídico da MamalInfo
- Valéria Peruna, gerente da GEPEQ/CICAN
- Waldemir Rezende, Diretor da Faculdade de Medicina Santo Amaro

## Listas de Siglas

**ACS** – Agentes Comunitários de Saúde  
**ACS** – *American Cancer Society*  
**ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
**ASGAP** – Associação Solidária Grupo Apoio Paciente Portador de Câncer  
**BHGI** – *Breast Health Global Initiative*  
**Bi-RADS** – *Breast Image Radiology Data System*  
**BPA-I** – Boletim de Produção Ambulatorial  
**LBCC** – Liga Bahiana Contra o Câncer  
**CACON** – Centro de Alta Complexidade em Oncologia  
**CBR** – Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem  
**CFFC** – Comissão de Fiscalização Financeira e Controle  
**CIB** – Comissão Intergestores Bipartite  
**CICAN** – Centro de Referência Estadual de Oncologia  
**CIT** – Comissão Intergestores Tripartite  
**CNES** – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
**CNS** – Conselho Nacional de Saúde  
**CONASEMS** – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde  
**CONASS** – Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
**CONPREV** – Coordenação de Prevenção e Vigilância  
**DAB** – Departamento de Atenção Básica  
**DATASUS** – Departamento de Informática do SUS  
**DENASUS** – Departamento Nacional de Auditoria do SUS  
**DRS** – Departamentos Regionais de Saúde  
**ECM** – Exame Clínico das Mamas  
**ESF** – Estratégia da Saúde da Família  
**FEMAMA** – Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama  
**FNS** – Fundo Nacional de Saúde  
**FOSP** – Fundação Oncocentro de São Paulo  
**GAMMA** – Grupo de Apoio à Mulher Mastectomizada

**GBECAM** – Grupo Brasileiro de Estudos em Câncer de Mama  
**GEPEQ** – Gerência de Planejamento, Eficiência e Qualidade  
**IMAMA** – Instituto da Mama do Rio Grande do Sul  
**INCA** – Instituto Nacional do Câncer  
**LBCC** – Liga Bahiana contra o câncer  
**MPE** – Ministério Público Estadual  
**MPM** – Ministério Público Municipal  
**MS** – Ministério da Saúde  
**NASPEC** – Núcleo Assistencial para Pessoas com Câncer  
**PAB** – Pacto da Atenção Básica  
**PNAB** – Política Nacional de Atenção Básica  
**PNAD** – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios  
**RCBP** – Registros de Câncer de Base Populacional  
**RHC** – Registro Hospitalar de Câncer  
**SAS** – Secretaria de Atenção à Saúde  
**SBM** – Sociedade Brasileira de Mastologia  
**SES** – Secretaria Estadual de Saúde  
**SIA-SUS** – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS  
**SIM** – Sistema de Informação sobre Mortalidade  
**SISMAMA** – Sistema de Informação do Câncer de Mama  
**SISPACTO** – Aplicativo do Pacto pela Saúde  
**SMS** – Secretaria Municipal de Saúde  
**SQRI** – Serviço de Qualidade em Radiações Ionizantes  
**SUS** – Sistema Único de Saúde  
**TCE** – Tribunais de Contas Estaduais  
**TCM** – Tribunais de Contas Municipais  
**TCU** – Tribunal de Contas da União  
**UBS** – Unidade Básica de Saúde  
**USPSTF** – *U.S. Preventive Services Task Force*

## Listas de Quadros e Tabelas

Quadro I:  
População feminina, estimativa de câncer de mama e mortalidade - Página 30

Tabela I:  
Distribuição de mamografias, serviços e mamógrafos por mutirão - Página 31

Tabela II:  
Produção Ambulatorial de Mamografias - Página 33

Apresentação	3
Resumo Executivo	4
Agradecimentos	6
Lista de siglas	7
Lista de quadros e tabelas	7
Introdução	9
• Em destaque	10
• Pontos chave	10
1. Recomendações da FEMAMA para tomadores de decisões	12
2. Metodologia	14
3. As percepções das mulheres	14
4. Situação do câncer de mama no Brasil	16
5. Prioridade nacional	17
• Mortalidade	18
• Mamografia	19
• Mamógrafos	21
• Auditoria do Tribunal de Contas da União	21
6. Rastreamento mamográfico a partir dos 40 anos	23
• Relação custo-benefício	25
7. O que muda com a Lei 11.664?	26
8. Diagnóstico precoce e atenção primária em saúde	26
• As pactuações de indicadores para câncer de mama	28
• Nos estados e municípios	29
9. Diferentes contextos: São Paulo, Porto Alegre e Salvador	30
9.1. Mutirões de mamografia em São Paulo	31
9.2. Uma experiência de parceria público-privada em Porto Alegre	33
9.3. Desigualdades sociais e ausência governamental na Bahia	35
Considerações finais: Contribuições à estratégia de saúde para câncer de mama	38
Referências	39



## Introdução

A FEMAMA quer tornar pública sua posição sobre o tema do câncer de mama. A incidência sobre as políticas públicas, a partir de seu foco de atuação, visa contribuir para a atenção integral à saúde da mulher, que ainda esbarra em limites do SUS e nos contextos diferenciados de estados e municípios.

Há mudanças significativas na política para câncer de mama, nos últimos cinco anos. Entretanto, também há lacunas e impasses específicos ao tema, ou estruturais do SUS, que dificultam as respostas necessárias. A FEMAMA quer contribuir para estas respostas. Neste sentido, vem fortalecendo seu trabalho em rede, contando no momento com 42 instituições afiliadas, presentes em todas as regiões do Brasil, com base em seus direcionadores estratégicos:

- 75% de cobertura mamográfica
- 100% de certificação para prestadores de serviços SUS e saúde suplementar
- Tempo máximo de 30 dias entre a 1ª consulta e o início do tratamento

Sua atuação visa, por um lado, desmistificar a equação câncer = morte e, por outro, sensibilizar as mulheres que acreditam que o câncer de mama nunca irá atingí-las. A FEMAMA quer ampliar a informação de que o câncer de mama é curável em até 95% dos casos, se for diagnosticado precocemente e devidamente tratado no tempo adequado, e divulgar a importância do diagnóstico precoce, tanto como um direito individual das mulheres, quanto como um direito social à saúde. Sob todos os aspectos, as informações corretas são essenciais. Na ausência das mesmas, pode-se deparar com situações desumanas. Os relatos de Vitoriosas e os canais de comunicação da FEMAMA evidenciam isso.

Através do site da FEMAMA são recebidas queixas de mulheres, muitas vezes sem informações suficientes sobre seu quadro de saúde, sem a atenção adequada nos serviços e totalmente sem orientação. Um caso recebido no final do ano passado é ilustrativo.

“No final da segunda quinzena de maio de 2009, descobri que tinha um tumor de mama que, após análise de biópsia, foi diagnosticado por um cirurgião de oncologia do Hospital Universitário Osvaldo Cruz do Estado de Pernambuco (...). No dia 30 de julho foi retirada a mama esquerda (mastectomia radical) e dissecados 22 linfonodos, destes, cinco tinham neoplasia; 41 dias depois de operada, consegui pelo SUS um exame de tomografia de tórax com contraste (...). Em setembro mostrei o exame para uma oncologista do Hospital Osvaldo Cruz, que me encaminhou para outro serviço público do Hospital dos Servidores do Estado de Pernambuco sob a alegação de que lá eu poderia entrar em contato com outro oncologista clínico e começar uma seção de radioterapia e quimioterapia. Segundo esta médica, os remédios do Hospital Osvaldo Cruz eram todos genéricos e iriam comprometer o meu tratamento.

Moral da História: Tenho um câncer de mama diagnosticado há mais de dois meses, uma mastectomia radical com 59 dias e até agora me mandam de um lado para o outro e nada acontece. Por favor, me ajudem. Eu quero viver e ser curada. Na minha família já tivemos oito casos de câncer, todos com vítimas fatais. A última vítima foi minha mãe que morreu em maio, aos 66 anos, com câncer de ovário.”

*Mulher com 40 anos, duas filhas,  
que vive no Recife, Pernambuco*

*Depoimento enviado à FEMAMA  
em 17 de setembro de 2009*

A FEMAMA quer mudar situações como esta, que trazem à tona o desrespeito à paciente, o despreparo profissional, a dificuldade de acesso e a ausência de fluxos nos serviços de saúde que tracem percursos a serem seguidos pelas pacientes.

A FEMAMA defende a mamografia anual a partir dos 40 anos, em sintonia com a SBM, como forma de redução da mortalidade por câncer de mama. Por sua vez, considera que a Lei 11.664 de 29 de abril de 2008 traz um diferencial ao assegurar que todas as mulheres a partir de 40 anos podem ter acesso à mamografia de detecção, independente de histórico familiar ou fatores de risco.

## Em destaque

- O câncer de mama é a principal causa de morte por câncer entre as mulheres no Brasil
- O câncer de mama tem cura, se detectado precocemente
- As altas taxas de mortalidade no Brasil estão associadas ao diagnóstico tardio
- Há dificuldades de acesso aos serviços de saúde, retardando o diagnóstico precoce
- A mamografia impacta na redução da mortalidade por câncer de mama
- As mulheres diagnosticadas com câncer de mama não têm informações suficientes sobre os próximos passos a seguir

## Pontos chave

- De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), em 2010/2011 o câncer de mama continuará sendo o de maior incidência entre as mulheres brasileiras, sendo estimados 49.240 novos casos para 2010. A expectativa de risco, em média, é de 49 casos por 100 mil mulheres, chegando a mais de 100/100 mil em algumas regiões.
- Entre as causas de altas taxas de mortalidade, o INCA reconhece o número de diagnósticos em estágio avançado
- Nos serviços públicos de saúde, o diagnóstico para o câncer de mama demora em média três meses
- Há, sabidamente, um longo tempo de espera entre o diagnóstico de câncer de mama e o início do tratamento
- A realização da mamografia de rotina, a partir dos 40 anos, eleva as possibilidades do câncer de mama ser diagnosticado precocemente e tratado com sucesso
- Há interpretações diferentes sobre a idade do início da mamografia de rastreamento com impacto suficientemente significativo na mortalidade para justificar as estratégias de saúde pública
- A detecção precoce pode minimizar o uso de tratamentos de alto custo, como quimioterapia, terapia biológica e reconstrução mamária, e aumentar a possibilidade de cura do câncer de mama com intervenções mais simples, de menor custo e com menos efeitos secundários

- O acesso à mamografia precisa estar integrado ao acesso adequado, e em tempo hábil, a exames de diagnóstico e tratamentos
- De acordo com a PNAD 2008, a cobertura mamográfica no Brasil é de 54,2%. Ou seja, 54,2% das mulheres brasileiras entre os 50 e 69 anos fizeram a mamografia ao menos uma vez nos últimos dois anos
- Ainda é alto o percentual de mulheres entre 50 e 69 anos – faixa prioritária para o rastreamento mamográfico – que nunca fez mamografia: 28,9% (PNAD, 2008)
- Na prática, a solicitação da mamografia ainda está restrita aos médicos, apesar de, desde 1986, a mamografia de rastreamento poder ser solicitada por profissionais de enfermagem
- Dados do CNES, de fevereiro de 2010, registram 3.882 mamógrafos em uso no País, mas somente 1.697 estão disponíveis para o SUS (777 na região Sudeste)
- Com o envelhecimento da população, a prevenção primária (e secundária) deveria ter um papel preponderante nos sistemas de saúde
- O Programa do Governo Federal – Mais Saúde -, baseado no Pacto pela Vida (2006), destaca o controle dos cânceres de colo de útero e de mama como sua segunda prioridade. Entretanto, isto ainda não se traduz em ações municipais e/ou estaduais efetivas
- Há pouca resposta da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) sobre o câncer de mama como uma prioridade de saúde da mulher
- Não há acompanhamento das pactuações entre os gestores do SUS, nem mesmo por parte dos Conselhos de Saúde, especialmente do Conselho Nacional de Saúde (CNS)
- As desigualdades sociais em saúde estão presentes no acesso desigual aos serviços em regiões, estados e cidades distintas
- Falta capacitação para os profissionais de saúde nos serviços, desde os aspectos técnicos aos socioculturais que envolvem o tema
- Não há mecanismos de controle de qualidade dos prestadores de serviços do SUS, tanto na área de recursos humanos quanto de tecnologia.

# 1. Recomendações da FEMAMA para tomadores de decisões

Recomendações	Público-alvo
Desenvolver ações que visem à superação do estigma sobre o câncer, inclusive por parte de profissionais de saúde	MS INCA CONASS CONASEMS SES SMS FEMAMA
Envolver as organizações da sociedade civil e as Vitoriosas na elaboração dos planos de ação governamentais e das políticas públicas para câncer de mama	MS INCA SES SMS
Criar mecanismos para maior agilidade na divulgação dos dados oficiais sobre câncer de mama no País	INCA
Divulgar claramente as competências e responsabilidades de cada esfera de governo, no que se refere ao câncer de mama. Inclusive, a referência e a contra-referência dos serviços	INCA CONASS CONASEMS SES SMS
Apresentar resultados, ainda que preliminares ou de debates a respeito, sobre o rastreamento para câncer de mama de mulheres entre 50 e 69 anos, previsto no Consenso do INCA (2004)	INCA
Ampliar o rastreamento mamográfico, através de projetos piloto nos cinco estados brasileiros com maior incidência de câncer de mama	INCA SES SMS
Divulgar amplamente as regras e respectivas competências das instâncias reguladoras sobre a qualidade dos mamógrafos e das mamografias	MS INCA CNS CBR ANVISA
Garantir melhorias no acesso e qualidade da mamografia e no tratamento, especialmente quanto ao tempo de espera e ao percurso da paciente no serviço	MS INCA CONASS CONASEMS SES SMS

Recomendações	Público-alvo
Capacitar profissionais de saúde sobre câncer de mama, nas áreas operacionais, mas, também, no atendimento ao público e na recepção e encaminhamento das mulheres	INCA CONASS CONASEMS SES SMS
Divulgar e monitorar as pactuações entre os gestores, com apresentação clara da instância responsável por cada etapa	MS INCA CONASS CONASEMS
Avaliar o estágio atual do Pacto da Atenção Básica (PAB), especialmente quanto à elaboração de indicadores para a atenção primária ao câncer de mama, incluindo a satisfação das usuárias. Os indicadores deverão garantir coerência entre os pactos da CIT e das CIB, a serem monitorados.	DAB/MS INCA CONASS CONASEMS
Fortalecer o controle social no SUS com respeito ao câncer de mama	MS INCA FEMAMA
Realizar campanhas governamentais nacionais, anuais, sobre câncer de mama	INCA
Criar Comissões Intersectoriais para monitorar a política de câncer de mama	SES SMS
Solicitar auditoria na aquisição, controle e manutenção dos mamógrafos e na produção dos mesmos, no âmbito municipal e estadual, a exemplo da auditoria realizada pelo TCU, divulgada em fevereiro de 2010	FEMAMA CES CMS TCE TCM MPE MPM SES SMS

## 2. Metodologia

Esta publicação tem por objetivo tornar pública a posição política da FEMAMA, especialmente sobre a importância do diagnóstico precoce do câncer de mama no Brasil.

Foram utilizadas diferentes fontes na elaboração do documento. Primeiramente, consultas a fontes documentais e bibliográficas, impressas e online, de diferentes naturezas, tais como: relatórios, portarias, publicações, sites etc. Governamentais ou não, inclusive algumas produzidas ou sugeridas pelos entrevistados.

Apesar de um documento de posição política não ter caráter científico, o debate e as interfaces entre os campos político e acadêmico inevitavelmente estão presentes. Desse modo, algumas publicações de cunho científico foram referidas, quando pertinentes.

Por sua vez, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, presenciais ou por telefone, com pessoas que atuam com o tema do câncer de mama em diferentes setores como, por exemplo: governos, associações, universidades e sociedades médicas, entre outros. As entrevistas foram registradas por escrito e submetidas aos entrevistados para adendos e/ou correções.

Buscando, ao mesmo tempo, uma metodologia participativa e um entendimento conjunto por parte dos indivíduos e grupos que

compõem a FEMAMA, a versão preliminar do documento foi submetida ao seu Comitê Científico, assim como solicitadas sugestões às Associadas. Do mesmo modo, os dados preliminares foram apresentados e debatidos em momentos de reuniões com as Associadas da FEMAMA e demais associações filantrópicas que trabalham com câncer de mama, em Gramado, em outubro de 2009, e na reunião ordinária do Comitê Científico da FEMAMA, em janeiro de 2010.<sup>2</sup>

O resumo deste 'Documento de Posição da FEMAMA para o Diagnóstico Precoce do Câncer de Mama' foi divulgado pelas Associadas da FEMAMA no dia 29 de abril de 2010, marcando um ano de vigência da Lei 11.664. Em algumas cidades brasileiras, o documento foi entregue pessoalmente a autoridades de saúde e parlamentares.

A *American Cancer Society* (ACS) está apoiando a elaboração de diversas publicações, visando o fortalecimento da FEMAMA. Por um lado, ajudando na construção de sua visibilidade como sujeito político e interlocutor necessário na elaboração, planejamento e M&A de políticas públicas para câncer de mama no Brasil. Por outro lado, permitindo a suas Associadas que se vejam como parte constituinte de um coletivo, a ser fortalecido sob a dinâmica de atuação em rede.

<sup>2</sup> a) 'Processos decisórios de saúde pública no Brasil.' Na capacitação "Dando voz ao Movimento de Câncer de Mama: Fundamentos de Advocacy", organizada pela ACS para as Associadas da FEMAMA, em Gramado, out. 2009

b) 'Construindo uma posição política como sujeito coletivo'. No "VIII Encontro de Entidades Filantrópicas e Grupos de Apoio pela Saúde da Mama", em Gramado, out. 2009

c) 'Documento de Posição: Advocacy para o diagnóstico precoce do câncer de mama.' Na Reunião do Comitê Científico da FEMAMA, em São Paulo, jan. 2010.

## 3. As percepções das mulheres

Em março de 2009, foram divulgados os resultados de uma enquete nacional realizada pelo DataFolha, encomendada pela FEMAMA. Foram ouvidas 1.876 mulheres, de 35 a 65 anos de idade, de 17 capitais brasileiras:

412 mulheres da região Sul, 653 da região Sudeste, 435 das regiões Norte/Nordeste e 376 da região Centro-Oeste. Em todas as regiões, o auto-exame foi apontado como sendo a principal forma de detecção precoce do câncer

de mama, somando 80% das respostas e reafirmando os resultados da pesquisa realizada no ano anterior. Do total de mulheres entrevistadas, 69% indicou a mamografia. A partir desta amostra, 51% afirmou ter realizado o exame pela última vez no serviço público de saúde, 31% através de convênio e 17% particular. Cabe notar que a mamografia é o exame que permite a detecção precoce do câncer de mama.

As mulheres mais informadas estavam na região Sul, eram as com maior escolaridade e pertencentes às classes A/B. A maior desinformação foi encontrada entre as mulheres que não possuíam plano de saúde, viviam nas regiões Norte/Nordeste e entre as que estudaram até o primeiro grau. Metade das mulheres entrevistadas (49%) afirmou ter algum parente com histórico de algum tipo de câncer, atual ou passado.

O auto-exame foi o exame mais comum e mais frequentemente mencionado para o diagnóstico de câncer de mama (80%), seguido da mamografia (69%), da ultrassonografia (47%) e de "exame feito pelo médico" (35%). Este último, sinalizando limites na relação direta com os profissionais.

Sobre o auto-exame, 44% das mulheres afirmou ter o hábito de fazê-lo uma vez por mês, 13% uma vez a cada dois até seis meses, 9% declarou fazer o auto-exame uma vez por ano e 6% afirmou ter o costume de se auto-examinar diariamente.

Sobre a realização da mamografia, 44% afirmou ter feito o exame pelo menos uma vez, 11% ao menos uma vez por ano e, também 11%, declarou ter feito a mamografia apenas uma vez até o momento da pesquisa. A maioria (86%) realizou o último exame entre 2006 e fevereiro de 2009, enquanto 10% declarou ter feito pela última vez antes de 2006.

A mamografia foi o exame mais realizado nas regiões Sul (86%) e Sudeste (72%) em relação às outras regiões do País. Por sua vez, a ultrassonografia foi mais frequente entre as mulheres que viviam no Sudeste (50%) e no Norte/Nordeste (49%).

Apesar do índice de mulheres que já haviam feito mamografia, 31% nunca havia realizado este exame. Entre elas, os maiores percentuais foram nas regiões Norte/Nordeste (39%) e Centro-Oeste (38%), seguidos pelas regiões Sudeste (28%) e Sul (24%). A maioria das mulheres que nunca havia realizado a mamografia não possuía plano de saúde (38%). Questionadas sobre o motivo da não realização do exame, as mulheres responderam da seguinte forma: 23% por ausência de sintoma; 11% porque o médico não indicou; 29% por descuido com a saúde ou falta de hábito; 22% por dificuldade em marcar consultas e exames; entre outros motivos menos referidos.

No entanto, não basta já ter feito a mamografia, mas observar com que frequência o exame é realizado. Das mulheres entrevistadas, 37% respondeu fazer a mamografia uma vez por ano, sendo: 40% da região Sul; 39% Sudeste; 35% Norte/Nordeste; e, 26% Centro-Oeste. Entre as mulheres que faziam a mamografia uma vez por ano, 46% contava com plano de saúde, enquanto 32% não o possuía.

Sobre os tempos de espera, em relação à última mamografia realizada, a média entre a consulta e a marcação da mamografia foi de 28 dias. As regiões Sul e Sudeste apresentaram a maior média de dias, somando-se 31 dias em cada região e 36 dias, no caso das mulheres que não possuíam plano de saúde. Seguidas por Centro-Oeste com 25 dias e Norte/Nordeste com 21 dias.

Em síntese, o maior tempo de espera nas regiões mais populosas – Sul e Sudeste – e com mais casos de câncer de mama, ocorreu exatamente no primeiro momento de chegada aos serviços de saúde, entre a consulta e a marcação da mamografia. Note-se que a amostra da pesquisa refere-se somente a 17 capitais, onde o acesso ao SUS é melhor. Uma pesquisa mais abrangente, certamente apresentaria maiores médias de tempo de espera.<sup>3</sup> Nas regiões Norte/Nordeste e Centro-Oeste, assim como fora dos centros urbanos, os resultados têm sido relacionados às dificuldades já conhecidas, como: precariedade dos serviços de saúde, número insuficiente de médicos no serviço público, dificuldades da população para se deslocar até os serviços, menor escolaridade, medo da doença, entre outras.

Entre o exame e o resultado, o tempo médio de espera foi de 15 dias. Nas regiões Sul e Norte/Nordeste, a média foi de 10 e 12 dias, respectivamente. Nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, 17 e 18 dias, respectivamente. A média foi de 19 dias entre as mulheres que não possuíam plano de saúde.

Entre o resultado do exame e a consulta de retorno, a média de espera foi de 25 dias, sendo que 17% esperaram de 15 a 30 dias. A região Sul apresentou a menor média: 17 dias. Nas demais regiões foram: 22 dias nas regiões Norte/Nordeste; 24 dias na região Centro-Oeste; e, 27 dias na região Sudeste. A diferença entre as mulheres que possuíam plano de saúde (18 dias em média) e as que não possuíam (31 dias), foi novamente significativa.

Em especial, neste intervalo entre o resultado do exame e o retorno ao serviço de saúde, podem estar sendo comprometidas as condições de saúde das mulheres, além de abalada a confiança necessária para fazerem o tratamento adequado, caso o câncer de mama seja detectado.

No conjunto, da primeira consulta até a consulta após o resultado da mamografia, as mulheres entrevistadas nas 17 maiores capitais brasileiras esperam, no mínimo, 70 dias.

<sup>3</sup> Estudos localizados, por exemplo, em Londrina, Jundiaí e Santo André, têm demonstrado um maior tempo de espera neste percurso.

## 4. Situação do câncer de mama no Brasil

De acordo com o INCA, a incidência de câncer de mama é muito variável no Brasil, sendo alta, nas regiões Sul e Sudeste, e muito baixa na região Norte. A estimativa de câncer de mama para 2010/2011 é de 49.240 novos casos por ano, sendo a expectativa de risco de 49 casos por 100 mil mulheres, chegando a mais de 100/100 mil em algumas regiões.

A partir de 2008, os resultados iniciais do Projeto Amazona, realizado pelo Grupo Brasileiro de Estudos em Câncer de Mama (GBECAM), mostram que o câncer de mama já ultrapassa

o câncer de colo do útero até mesmo no Nordeste, sendo a região Norte a única onde este tipo de câncer prevalece. A estimativa oficial do INCA corrobora esta tendência para 2010 e 2011, ampliando a necessidade de atenção à urgência de respostas ao câncer de mama.

O GBECAM realizou um estudo que coletou dados epidemiológicos, diagnóstico, tratamento e taxa de sobrevivência de 4.912 mulheres com câncer de mama a partir de duas coortes: 2.198 pacientes registradas em 2001 (45% da amostra) e 2.714 em 2006 (55%).<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Dados apresentados no XVI Congresso Brasileiro de Oncologia Clínica. Fortaleza, 2009.



Das mulheres consideradas na pesquisa, 3.101 eram provenientes de centros filantrópicos, 1.064 de centros públicos e 747 de centros privados.

Ao serem desagregados por tipo de instituição, os casos encontrados nos estádios III e IV estiveram mais presentes nos centros públicos, somando 36,9% do total. Por sua vez, 30,6% nos centros filantrópicos e 16,2% nos centros privados. Evidencia-se uma precariedade da detecção precoce nos centros públicos e a chegada de pacientes com quadros avançados, menor qualidade no tratamento e menos condições de cura. A sobrevivência de pacientes no estágio III foi superior nos serviços privados quando comparados com as instituições filantrópicas e públicas, indicando que mesmo quando diagnosticado tardiamente, o tratamento

oferecido no setor privado consegue melhores resultados. O acesso à terapia biológica (indicada em 25% dos casos) também foi superior nos centros privados, apesar da mesma estar disponível no SUS desde 2000, onde somente 2% das mulheres tiveram acesso, em 2006. Vale lembrar que a tabela do SUS para câncer de mama é a mesma desde 1998 e não incorporou os avanços dos últimos 12 anos, apesar de tentativas dos profissionais da área.

As instituições públicas e filantrópicas também realizam o maior número de mastectomias e um número menor de cirurgias de linfonodo sentinela. Na amostra do Projeto Amazona, 42,6% das pacientes fizeram mastectomia e 57,4% foram submetidas à cirurgia conservadora.

## 5. Prioridade nacional

Ainda que o câncer de mama seja a segunda prioridade nacional do Pacto pela Vida (2006), junto com câncer de colo do útero, os dados existentes e o sistema de informação são limitados, tanto do ponto de vista do controle dos registros de casos, quanto do monitoramento, especialmente dos serviços (acesso, tempos de espera e referência e contra-referência). Entretanto, há expectativas de mudanças com a introdução do Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA), em 2009, ainda em fase de implementação.

O SISMAMA introduz diversas alterações na forma de notificação de casos de câncer de mama. Desde setembro de 2009, o registro e o processamento de exames estão sendo realizados somente através desse sistema, extinguindo-se a utilização do Boletim de Produção Ambulatorial – I (BPA-I). Há um esforço para padronizar as informações sobre câncer de mama, mas não sem resistência,

especialmente por parte dos prestadores de serviços ao SUS, como mencionaram vários dos entrevistados. O SISMAMA também prevê o registro de número e qualidade dos mamógrafos.

Por sua vez, apesar de já ter sido sugerida a necessidade de atualização do Documento “Controle do Câncer de Mama - Documento de Consenso” (INCA, 2004), inclusive prevista no mesmo como bienal, este segue sendo a referência da política para câncer de mama no Brasil. Esta política foi reafirmada em abril de 2009, por ocasião do Encontro Internacional sobre Rastreamento do Câncer de Mama, organizado pelo INCA. As questões referentes ao diagnóstico e ao tratamento continuam sem revisão.

Para a detecção precoce do câncer de mama, a política do INCA recomenda os seguintes procedimentos para o rastreamento de mulheres assintomáticas:

- “Rastreamento por meio do exame clínico da mama, para todas as mulheres a partir de 40 anos de idade, realizado anualmente. Este procedimento é ainda compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária;”
- “Rastreamento por mamografia, para as mulheres com idade entre 50 a 69 anos, com o máximo de dois anos entre os exames;”
- “Exame clínico da mama e mamografia anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama;”
- “Garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados. (INCA, 2004:9).”

## Mortalidade

O índice de mortalidade por câncer de mama continua alto e crescente no Brasil. Os registros no Sistema de Informação sobre Mortalidade do Departamento de Informática do SUS – SIM/DATASUS, disponíveis para 2007, somam 11.194 óbitos de mulheres em decorrência da doença no País. O número de óbitos pode ser consultado “por residência” e “por ocorrência.” Em geral, utiliza-se o local de residência por ser considerado o mais fidedigno, do ponto de vista epidemiológico. Entretanto, note-se que o local de ocorrência retrata as cidades que possuem um maior número de hospitais (cidades médias e grandes), por isto a tendência é que sejam encontrados poucos óbitos nas cidades pequenas. Chama a atenção o fato de que o número de óbitos encontrado “por ocorrência”, nas capitais analisadas para este documento (São Paulo, Porto Alegre e Salvador), às vezes chega ao dobro ou mais do que aquele encontrado “por residência” no mesmo período, provavelmente por haver uma enorme concentração de casos nos grandes hospitais.

A mortalidade por câncer de mama está associada ao diagnóstico em estádios avançados. As informações disponíveis demonstram que cerca de 60% dos tumores são diagnosticados nos estádios III e IV (Batiston et al., 2009), quando as chances de sobrevivência diminuem e os custos e impacto na qualidade do tratamento são mais altos. As justificativas mais frequentes para explicar o diagnóstico tardio têm sido:

- Dificuldades de acesso das mulheres aos serviços de saúde
- Falta de informação e de conhecimento sobre a possibilidade de tratamento e de cura do câncer de mama diagnosticado precocemente
- Falta de capacitação de recursos humanos nos serviços de oncologia, especialmente nas cidades de pequeno e médio porte
- Baixa capacidade do SUS para atender a demanda nas unidades de saúde
- Dificuldades decorrentes da descentralização do SUS

## Mamografia

A mamografia é o exame que permite a detecção precoce do câncer de mama, tendo um impacto importante na redução da mortalidade. Garantí-la pressupõe o acesso das mulheres aos serviços de saúde e a qualidade dos equipamentos e serviços, inclusive com busca ativa.

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008, há:

- 97,5 milhões de mulheres residentes no País
- 58,0 milhões (59,5%) com 25 anos ou mais de idade
- 40,7 milhões fizeram Exame Clínico das Mamas (ECM) ao menos uma vez na vida (70,2% com 25 anos ou mais)
- 31,6 milhões fizeram mamografia ao menos uma vez na vida (54,5% com 25 anos ou mais)

As mulheres entre 50 e 69 anos – faixa de idade recomendada pelo INCA para a mamografia de rastreamento – apresentaram as maiores taxas de realização de mamografia, em todas as faixas de renda. Nesta faixa de idade, 71,1% das mulheres já havia realizado a mamografia ao menos uma vez, apesar de somente 54,2% do total de mulheres entre os 50 e 69 anos ter realizado o exame nos últimos dois anos.<sup>5</sup>

Por sua vez, 4,7 milhões de mulheres entre 50 e 69 anos (28,9%) nunca fizeram mamografia. Em termos regionais, na região Norte, cerca da metade (50,2%) das mulheres entre 50 e 69 anos nunca realizou o exame, no Nordeste o percentual foi de 45,1%.

Se comparados os resultados entre as PNAD 2003 e 2008, a mamografia aumentou 48,8% no contingente de mulheres com 25 anos ou mais. Em 2003, foram 42,5% da população feminina nesta faixa de idade. Em 2008, 54,8% do total de mulheres entrevistadas. Cabe lembrar que estes dados referem-se a mulheres que fizeram a mamografia ao menos uma vez. Além disso, a realização do exame não é garantia de que o mesmo tenha sido de boa qualidade e na presença de alterações, o acesso a exames complementares (ultrassom, ressonância, biópsia) é sabidamente demorado ou mesmo inexistente, especialmente nos serviços públicos de saúde, tal como apontam os dados preliminares de pesquisa promovida pela FEMAMA.

No que se refere à realização da mamografia por mulheres com 25 anos ou mais de idade e sua relação com o intervalo de rendimento mensal domiciliar per capita, também é possível observar crescimentos. Por um lado, as mulheres com mais de 5 salários mínimos que fizeram mamografia somaram 76,6%, em 2003, e 80,7%, em 2008. Por outro lado, 20,2% das mulheres entrevistadas viviam com menos de 1/4 de salário mínimo em 2003, aumentando para 29,1% do total de entrevistadas em 2008. Destaque-se que o menor percentual de mulheres que realizaram a mamografia estava neste último intervalo.

Houve um aumento de 38,4% de mulheres de 40 anos ou mais de idade que fizeram a mamografia ao menos uma vez, somando 26,1 milhões de mulheres. Entretanto, é importante observar que, ao seguir as orientações do

<sup>5</sup> Do universo pesquisado pela PNAD 2008, 16.361 mulheres estavam na faixa de idade entre os 50 e 69 anos. Deste total, 11.631 (71,1%) mulheres já haviam feito a mamografia ao menos uma vez. Das que haviam feito o exame, 8.874 (76,3%) o fizeram nos últimos dois anos que antecederam a pesquisa. Entretanto, de fato, a cobertura mamográfica refere-se a 54,2%, que corresponde ao número de mulheres entre 50 e 69 anos de idade (8.874) que fez a mamografia nos últimos 2 anos, em relação ao universo pesquisado (16.361).

Consenso do INCA, quando os dados da PNAD 2008 referem-se a 'até 1 ano' e 'mais de 1 ano' do tempo decorrido da realização dos exames, a distinção entre as faixas de idade é clara. As perguntas foram dirigidas: para as mulheres de 40 anos ou mais, somente sobre a realização do ECM; e, para as mulheres entre 50 e 69 anos, sobre a realização da mamografia.<sup>6</sup>

Note-se que, apesar dos percentuais de mulheres que fizeram mamografia terem aumentado entre 2003 e 2008, o tempo decorrido do último exame é mais relevante do que a informação sobre se o exame já foi feito ou não.

Não há informação do tempo decorrido desde a realização da última mamografia, por faixa de idade. Do total de 31.586 mamografias realizadas por mulheres de 25 anos ou mais de idade, 52,2% havia sido realizada no último ano que antecedeu a pesquisa PNAD 2008, ou seja, 16.496. Entre 1 e 2 anos de tempo decorrido da última mamografia antes da pesquisa, o percentual foi de 25,8%, 8.164 mulheres. Entre 2 e 3 anos, 8,3% de mulheres fez o exame, somando 2.612 mulheres, e 13,7% fez há mais de 3 anos antes da pesquisa, 4.314 mulheres.

Com até 1 ano de tempo decorrido da realização da última mamografia, a região Sudeste apresentou o maior percentual, 54,4% de mulheres. Entre 1 e 2 anos, a região Norte indicou que 30,0% de mulheres havia feito a mamografia neste intervalo de tempo. Entre 2 e 3 anos, 9,7% na região Nordeste e há mais de 3 anos de tempo decorrido, o maior percentual sendo também para a região Nordeste, 16,5%.

Ainda que a PNAD 2008 ofereça dados positivos quanto à ampliação do conhecimento das mulheres sobre a necessidade da mamografia, não oferece resultados quanto à importância da periodicidade do exame. Além dos dados não serem suficientes, se analisados isoladamente. Se os exames foram feitos ou não, ou qual o tempo decorrido do último exame, são informações limitadas, caso não sejam relacionadas à periodicidade dos exames e ao acesso aos mesmos, a informações sobre a qualidade dos equipamentos e serviços e, conseqüentemente, à qualidade dos resultados dos exames e os encaminhamentos necessários.

---

<sup>6</sup> Os resultados podem ser consultados na Tabela 3.29 do suplemento de Saúde da PNAD 2008.

## Mamógrafos

No que se refere aos equipamentos, além da concentração dos mamógrafos não estar nos estabelecimentos referenciados pelo SUS, a cobertura mamográfica é insuficiente no Brasil. Como referido no documento de consenso da SBM (2008), isto é devido à distribuição inadequada dos mamógrafos e não pela quantidade existente. Segundo os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), de fevereiro de 2010, há 3.882 mamógrafos em uso no País. Entretanto, somente 1.697 estão disponíveis para o SUS e em torno de 46% (777 mamógrafos) encontra-se na região Sudeste.

Por sua vez, um dos problemas referidos por gestores e profissionais de saúde para garantir a detecção precoce é o controle de qualidade dos mamógrafos. De fato, a importância da mamografia está diretamente ligada ao padrão de qualidade, que não se restringe à qualidade do mamógrafo. Implica em vários aspectos, desde o técnico que o opera e o processamento da imagem até o profissional que a interpreta.

No final de 2008, o INCA apresentou os resultados de um projeto piloto do Programa de Garantia de Qualidade dos Serviços de Mamografia.<sup>7</sup> Foram avaliados 53 serviços de mamografia em três cidades e um estado: Porto Alegre, Belo Horizonte, Goiânia e Paraíba. Infra-estrutura, dosagem de irradiação, certificação da qualidade, formação de profissionais e qualidade da imagem foram considerados como aspectos que precisavam ser melhorados. Ainda em 2008, de 3.600 mamógrafos identificados pelo CBR, somente 556 estavam certificados.

O Programa de Qualidade está sendo ampliado para as Coordenações Estaduais de controle do câncer de mama e os Departamentos de Vigilância Sanitária e há uma proposta de portaria para normatizá-lo. Falta a divulgação de informações sistemáticas e periódicas que tornem pública a dinâmica de trabalho, os avanços e dificuldades enfrentadas.

---

<sup>7</sup> Realizado em 2007, em conjunto com o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com apoio financeiro do Instituto Avon.

## Auditoria do Tribunal de Contas da União

Em 2008, por iniciativa do Deputado Dr. Pinotti, a Comissão de Fiscalização Financeira e Controle (CFFC) da Câmara dos Deputados enviou ao Tribunal de Contas da União (TCU) uma proposta de fiscalização e controle referente ao uso dos recursos federais para aquisição, controle e manutenção de mamógrafos na rede pública de saúde e na conveniada. A proposta foi acolhida em maio de 2009 e em fevereiro de 2010, divulgado o relatório de auditoria do TCU.

A proposta da CFFC da Câmara dos Deputados foi decorrente do resultado de audiência pública, realizada em novembro de 2008, quando especialistas argumentaram sobre a existência de equipamentos que não estavam sendo utilizados de forma plena e que os diagnósticos precoces não estavam ocorrendo em número suficiente (TCU, 2010).

A auditoria do TCU enfatizou sua abordagem sobre os mamógrafos, os insumos e os profissionais envolvidos na realização dos exames.<sup>8</sup> O objetivo central da auditoria era:

- “Avaliar se a quantidade de mamógrafos disponíveis para o SUS é suficiente para o atendimento da população, bem como verificar quais os fatores limitantes para realização de mamografias” (TCU, 2010:164)

Um dos destaques, ainda na fase de levantamento de dados, diz respeito à preocupação com o número de mamografias realizado. Segundo os auditores, pode-se considerar que os registros da produção dos estabelecimentos privados são mais fidedignos, pois o pagamento dos procedimentos realizados depende destes registros. Diante disso, uma das recomendações foi que o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) fizesse uma auditoria específica para avaliar se as informações apresentadas pelos serviços públicos foram fidedignas.

Mesmo considerando limites nos registros do CNES e do SIA-SUS, foram observadas inconsistências, como equipamentos em uso, mas sem produção, ou a realização de mamografias em locais que não possuem registros de equipamentos no CNES. Também foi apontado de forma conclusiva que a produtividade dos mamógrafos públicos está aquém do desejável e do possível.

Sobre os insumos (filmes, produtos químicos para revelação e chassis), constatou-se a insuficiência dos mesmos, falta de processadoras, inadequação da manutenção e déficit de pessoal.

A maioria das unidades de saúde apontou vários fatores para a redução do número de

mamografias. A manutenção de mamógrafos e a falta de pessoal (desde técnicos em radiologia a pessoal administrativo) foram os principais, seguidos por problemas com insumos.

Uma das conclusões a este respeito foi que faltam recursos para a contratação de serviços de manutenção dos equipamentos. Outro ponto é que, em alguns casos, o equipamento foi adquirido sem que tenha sido considerada a necessidade de contratação de pessoal administrativo e técnico, além da existência de estrutura ou projeto não estar prevista no documento de aprovação para a aquisição de equipamentos. O que, inclusive, facilita a aquisição de equipamentos através de convênios por emendas parlamentares. Foi recomendado à SAS/MS o condicionante de emissão de parecer favorável quanto a todos os elementos necessários para o funcionamento adequado do equipamento.

Por fim, destacam-se algumas das recomendações dirigidas ao Ministério da Saúde:

- Atualizar parâmetros da Portaria GM/MS nº 1.101/2002, devido a mudanças nos perfis demográficos e epidemiológicos, e que sejam estabelecidas metas mínimas de produtividade por equipamento público
- Que nas pactuações tripartites sejam solicitados registros de todos os exames realizados, mesmo os que não provêm de pagamento federal, nos sistemas de informação do SUS
- Viabilizar junto aos gestores estaduais e municipais, a implantação de sistemas centralizados de emissão de laudos para localidades com deficiência comprovada de radiologistas
- Disseminar boas práticas de gestão onde se verifica a produtividade acima da média dos equipamentos de mamografia

<sup>8</sup> Foram enviados 435 questionários a unidades de saúde com mamógrafos registrados, realizados três estudos de caso (Amazonas, Distrito Federal e cidade de São Paulo) e coletados e analisados os dados de produção e equipamentos no CNES e no SIA-SUS.

Do mesmo modo, foram dirigidas algumas recomendações para o Fundo Nacional de Saúde (FNS), especialmente no que se refere aos processos de convênio para a aquisição de equipamentos.

Por último, mas não menos importante, foi recomendado que a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, a SAS/MS, o FNS/MS e o DENASUS elaborassem um plano de ação detalhado sobre as medidas a serem implementadas para atender as recomendações e que o mesmo fosse encaminhado ao TCU, no prazo de 60 dias. Segundo informação do TCU, este plano de ação não é público. Entretanto, espera-se que o Ministério da Saúde e demais órgãos públicos envolvidos divulguem como as questões levantadas na auditoria serão respondidas e monitoradas.

O relatório da auditoria do TCU é bastante detalhado. Destaca-se aqui sua pertinência e a necessidade de olhares voltados às realidades locais. Várias informações seguem orientações gerais, mas deveriam ser averiguadas no âmbito de estados e municípios, já que as situações mais específicas constantes no relatório foram destacadas nos estudos de caso. Os Tribunais de Contas dos Estados podem verificar especificamente a situação de cada estado. Para isto, é preciso que os Deputados Estaduais, Comissões de Saúde das Assembléias Legislativas e os Conselhos de Saúde sejam mobilizados a desencadearem processos semelhantes ao ocorrido em âmbito nacional. O que pode ser uma oportunidade para a verificação das condições de respostas dos estados para o problema do câncer de mama, inclusive não se restringindo a equipamentos e exames.

## 6. Rastreamento mamográfico a partir dos 40 anos

O rastreamento mamográfico visa realizar exames em uma população assintomática com fatores de risco significativos, que no caso do câncer de mama, é uma população principalmente definida por sexo e faixa etária. O objetivo do rastreamento é tratar a doença mais cedo em sua história natural, melhorar a sobrevida e diminuir a mortalidade na população-alvo.

Existem duas formas de rastreamento: oportunístico e organizado. No primeiro caso, trata-se da solicitação de exames de forma não sistemática, por exemplo, apenas quando são solicitados em uma consulta realizada pelo paciente. Quanto ao rastreamento organizado, refere-se a exames solicitados de uma forma sistemática, para uma população de risco dentro de um programa estruturado. O rastreamento

organizado é a forma mais eficaz e ideal para o controle do câncer de mama e a diminuição da mortalidade, mas requer um sistema de saúde com boa infraestrutura e um mecanismo de incentivo/busca ativa bem organizado, para ser efetivamente implementado. No Brasil, há um programa de rastreamento oportunístico.

Existem opiniões divergentes a respeito da faixa de idade para iniciar o rastreamento mamográfico. De modo geral, há um consenso entre especialistas de que, onde existe infraestrutura e capacidade de tratamento, a mamografia deve ser incentivada na faixa de idade entre 50 e 69 anos, sendo a prioritária para o rastreamento. A controvérsia concentra-se na questão do rastreamento em mulheres assintomáticas (e sem histórico familiar) na faixa entre 40 e 49 anos.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Embora esta polêmica já exista há algum tempo, esteve recentemente no centro das atenções, no Brasil, devido à repercussão da Lei nº 11.664 de 29 de abril de 2008 e à revisão das recomendações da Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos Estados Unidos (U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), no final de 2009. A USPSTF, cujas opiniões costumam orientar as seguradoras de saúde nos Estados Unidos, revisou a recomendação de idade em que as mulheres devem começar a fazer mamografias regularmente, alterando-a de: a partir dos 40 anos, para: a partir dos 50 anos.

Apesar das recomendações da USPSTF terem sido modificadas, a *American Cancer Society* e outras organizações e profissionais de saúde nos Estados Unidos continuam recomendando a mamografia a partir dos 40 anos. No Brasil, sociedades profissionais como a SBM também mantêm a mesma recomendação. Em praticamente todas as meta-análises dos estudos que avaliaram o benefício da mamografia entre 40 e 49 anos, a redução da mortalidade por câncer de mama associada ao rastreamento atinge significância estatística. Neste sentido, pode-se afirmar que:

- O rastreamento mamográfico em mulheres entre 40 e 49 anos reduz as mortes por câncer de mama
- Não há diferença estatística significativa na redução da mortalidade, entre as mulheres de 40 a 49 anos e aquelas com mais de 50 anos

A polêmica maior sobre o tema concentra-se nas interpretações divergentes sobre os custos e riscos da mamografia em mulheres de 40 a 49 anos. Em geral, os argumentos contra o rastreamento nesta faixa de idade enfatizam o fato de haver maiores custos/riscos e menos benefícios para as mulheres na faixa dos 40 anos do que para as mulheres com mais de 50 anos.

A probabilidade de ter câncer da mama é menor entre 40 e 49 anos do que entre 50 e 69 anos. Dado que a incidência de câncer de mama entre mulheres na primeira faixa etária é menor do que na segunda, torna-se necessário fazer o rastreamento de mais mulheres entre 40 e 49 anos para salvar uma vida, se comparado com mulheres de 50 a 59 anos.

O número absoluto de vidas salvas é menor para o primeiro grupo etário e, para a USPSTF e outros especialistas, não justifica a mamografia de rastreamento neste grupo.

Além dos benefícios mencionados, há uma tendência do câncer de mama ser mais agressivo nas faixas etárias mais jovens. O que justificaria uma atenção diferenciada, ainda que a incidência de câncer de mama seja maior após os 50 anos.

Em geral, a definição dos países sobre a idade para começar o rastreamento do câncer de mama não está baseada em dúvidas sobre a eficácia do rastreamento em mulheres jovens. A decisão depende de vários fatores, como identificar as capacidades e recursos disponíveis, dados sobre a cobertura mamográfica, faixas de idade de maior incidência e de maior sobrevivência, etc. Em parte, a posição contra o rastreamento entre 40 e 49 anos está baseada em questões financeiras. Como a incidência é menor nesta faixa etária, o número de mamografias feitas para cada caso positivo é maior e, portanto, mais custoso. Isto orienta as recomendações em países com sistemas públicos de saúde com programas de rastreamento organizado.

Na província canadense British Columbia, em Singapura e na Islândia, o rastreamento começa aos 40 anos. No Reino Unido, o rastreamento é iniciado com mulheres com 47 anos e definido que a idade limite é a de 73 anos. No Brasil, a recomendação da mamografia de rastreamento é somente para as mulheres entre 50 e 69 anos.<sup>10</sup>

<sup>10</sup> Abaixo dessa faixa de idade, a mamografia é indicada se houver risco genético familiar.



## Relação custo-benefício

De modo geral, as estratégias de custo-benefício podem ser divididas em duas. Na primeira, o objetivo é reduzir a mortalidade da maneira mais eficiente. Esta orientação é evidente nos programas de rastreamento com mulheres a partir dos 50 anos, que usam como indicador o número de casos positivos por número de exames. Na segunda estratégia, o objetivo é maximizar o número de anos de vida (*life-years*) ganho, optando-se pelo rastreamento a partir dos 40 anos.

É importante notar que, dependendo do contexto epidemiológico e sócio-econômico, os custos de investimento em rastreamentos com uma faixa etária mais ampla podem ser compensados na redução de gastos com tratamentos futuros. O argumento em prol do rastreamento a partir dos 40 anos é fortalecido, quando considerados os custos da perda de vidas.

Além da questão financeira e de como medir benefícios, existem outros problemas, riscos e custos potenciais presentes no debate. Um risco é o aumento de exames falsos positivos, ou testes desnecessários – como biópsias – para mulheres com mamografias suspeitas. Estes exames podem gerar ansiedade e dor desnecessárias. Embora seja uma dimensão importante a ser considerada, estudos existentes indicam que as mulheres consideram a ansiedade de falso-positivos como um dano suportável para que a detecção precoce possa ser alcançada. Embora exista uma proporção maior de resultados falso-positivos entre 40 e 49 anos, de fato, estudos nos Estados Unidos indicam que os falsos positivos que resultam de exames invasivos (p.ex.: biópsia) são mais comuns em mulheres com mais de 50 anos.

Outro risco/custo debatido refere-se ao diagnóstico e tratamento de tumores que não estariam presentes na vida da paciente e, portanto, nunca trariam efeitos para a saúde da mulher (*overdiagnosis*). Isto é, a paciente morreria por outras causas antes do surgimento de qualquer manifestação clínica do tumor.

O grau de significância desse fenômeno é controverso, mas como não há maneira de determinar quais casos nunca trariam problemas de saúde, seria difícil basear recomendações para pacientes individuais nessa possibilidade. De todo modo, o ônus de *overdiagnosis* cai em mulheres com 50 anos ou mais.

Outro risco apontado é a exposição das mulheres à maior radiação, se houver a realização de mamografia regular a partir de uma idade mais jovem. A quantidade de radiação na mamografia, realizada com bom padrão de qualidade e técnicos adequadamente treinados, não é suficientemente alta para ser considerada como um fator de risco significativo.

Para a FEMAMA, falsos positivos, *overdiagnosis*, ansiedade, dor e baixo grau de radiação não representam riscos altos ou suficientemente significativos para contrariar os benefícios da mamografia a partir dos 40 anos. Note-se que o enfoque na divisão por décadas (40-49 versus 50-59) é arbitrário e o grau de risco por idade aumenta a cada ano. O risco de ter câncer de mama está ligado a mudanças hormonais em torno da menopausa, cuja idade varia caso a caso.

Em ambas as faixas de idade (40-49 e 50-59), a redução de risco de mortalidade sobrepõe-se aos riscos associados com a mamografia. O importante é que as mulheres sejam informadas sobre os riscos e benefícios e que possam decidir sobre a realização ou não do exame na ausência de sintomas.

No que se refere às políticas públicas de saúde, a FEMAMA, baseada no ponto de vista das mulheres que vivem a experiência da doença ou passaram pelo câncer de mama, defende como parâmetro a maximização dos anos de vida, ao invés do número de casos positivos por número de exames. Para a FEMAMA, o rastreamento a partir dos 40 anos é não só desejável, mas também viável para o caso brasileiro se iniciado por etapas, como na Holanda, Itália e Noruega.

## 7. O que muda com a Lei 11.664?

A Lei 11.664 de 29 de abril de 2008, em vigor a partir de abril de 2009, garante o acesso à mamografia às mulheres, a partir dos 40 anos. Após sua vigência, em nota, o INCA informou que a mesma não geraria alterações na política nacional para câncer de mama, devido ao fato do SUS assegurar o acesso à mamografia. Ainda que a mamografia diagnóstica seja solicitada pelo profissional de saúde, independente de idade, somente nos casos com alguma suspeita.

Apesar do Consenso do INCA (2004) referir-se à mamografia para rastreamento, a orientação para as mulheres entre 40 e 49 anos é o ECM anual. Não há referência específica de mamografia (de diagnóstico ou rastreamento) para mulheres nesta faixa de idade, apesar de estar inserida na recomendação para as mulheres a partir dos 35 anos, com histórico familiar.

Por sua vez, em sua X Reunião Nacional de Consenso, realizada em novembro de 2008, a SBM fez recomendações para o rastreamento do câncer de mama. Especificamente sobre a mamografia, recomenda-se que esta seja realizada anualmente em mulheres assintomáticas a partir de 40 anos, para mulheres de alto risco após os 35 anos e para mulheres com predisposição genética após os 25 anos. A Lei 11.664 é bem vinda, inclusive como argumento contra as restrições de alguns seguros de saúde para a realização do exame.

Do ponto de vista da FEMAMA, esta lei tornou-se um marco legal na política para câncer de mama, pois a partir desse momento o Brasil fixa e assegura o direito a todas as mulheres com 40 anos ou mais, independente de histórico familiar ou fatores de risco, de fazerem a mamografia de detecção. Isto lhes garante o acesso à informação e a possibilidade de argumentação na relação médico-paciente.

## 8. Diagnóstico precoce e atenção primária em saúde

Com base no princípio de integralidade do SUS, é imprescindível a atenção a todas as etapas do processo de adoecimento da pessoa e às necessidades que a doença gera em cada uma delas. Do diagnóstico ao tratamento, os níveis de complexidade em saúde devem estar articulados, mas na prática isto nem sempre acontece.

A detecção precoce é fundamental para as possibilidades de cura do câncer de mama e causa impacto nas demais etapas da saúde individual e da estrutura do sistema de saúde. A identificação de casos de câncer de mama nos estádios III e IV retrata, por um lado, a insuficiência das informações para a população feminina e, por outro, a pouca resposta na atenção primária. Além disso, não raro os serviços de média complexidade têm recebido demandas que deveriam ter sido direcionadas

nas UBS. O que também sinaliza falhas na integração entre os governos estaduais e municipais, e nas capacitações para os profissionais de saúde quanto ao encaminhamento de mulheres com casos prováveis de câncer de mama.

A saúde da mulher e a promoção da saúde são consideradas áreas estratégicas para a atenção primária, entretanto a política intersetorial é praticamente inexistente. Faltam ações planejadas conjuntamente, há problemas na referência e contra-referência dos serviços e a divulgação pública de informações, assim como nos serviços de oncologia, são descontínuas, pouco acessíveis e não estão integradas.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) revisa e normatiza os documentos existentes sobre a atenção primária, ou atenção

básica como é denominada no Brasil, e incorpora os princípios e diretrizes do Pacto pela Saúde, entre as três esferas de governo, nas dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.<sup>11</sup>

Tal como prevê a PNAB, é fundamental valorizar os profissionais de saúde, acompanhar e avaliar os resultados alcançados e estimular a participação e o controle social. Entretanto, no caso do câncer de mama, o cenário atual é outro. Os recursos humanos, financeiros e o foco de atenção do problema ainda estão dirigidos à média e à alta complexidade. Apesar disso, a interdisciplinaridade das equipes é premissa da Estratégia da Saúde da Família (ESF), que estabelece como composição mínima: um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em número suficiente para cobrir 100% da população do território delimitado. A PNAB recomenda uma UBS com equipes de saúde da família como responsável por até 12 mil habitantes no território sobre o qual tem responsabilidade sanitária.<sup>12</sup> Na prática, há defasagens nas coberturas previstas.<sup>13</sup>

Apesar da tentativa de inclusão de indicadores sobre câncer de mama nas ações de atenção primária, não há coerência de um ano para outro, nem sistemática de monitoramento. Há ausência de respostas, ausência de ações integradas entre o INCA e o Departamento de Atenção Básica (DAB)/MS, ou a falta de prioridade na atenção primária e sua relevância na detecção precoce do câncer de mama. Ou ainda, a falta de informações tornadas públicas sobre as ações, processos e decisões tomadas nessa área.

De acordo com a dinâmica do SUS, os gestores das três instâncias de governo devem pactuar a política nacional de saúde de forma co-responsável e solidária, através da CIT.<sup>14</sup> Os pactos são conjuntos de reformas institucionais acordados entre União, estados e municípios visando ações inovadoras que melhorem o processo de gestão do SUS.

O câncer de mama está presente em documentos nacionais pactuados entre os diversos gestores do SUS, inclusive no Pacto da Atenção Básica (PAB). As CIB<sup>15</sup> podem definir outras estratégias e prioridades para a atenção básica, além das pactuadas no âmbito nacional. A eleição de prioridades e o uso dos recursos dependem da elaboração dos planos e articulações locais, inclusive da atuação das organizações da sociedade civil. O gestor municipal deve atuar em consonância com o Conselho Municipal de Saúde, assim como o estadual com o Conselho Estadual de Saúde.

No que se refere ao monitoramento das ações pactuadas, respeitando-se a autonomia das gestões municipal e estadual, o CONASEMS, o CONASS e o Ministério da Saúde podem cobrar resultados com base nas pactuações. Uma das pessoas entrevistadas ressaltou ainda a importância do Ministério Público e dos Conselhos de Saúde: “Também tem o Ministério Público. Cada estado tem um Promotor da área da saúde que chama os gestores, faz termo de ajustamento de conduta e isto tem sido cada vez mais freqüente. Mas, de fato, para funcionar deveria ter um poder mais atuante dos Conselhos de Saúde.”

<sup>11</sup> A PNAB foi regulamentada pela Portaria nº 648, de 28 de março de 2006.

<sup>12</sup> Cada UBS deve estar inscrita, pelos gestores municipais e do Distrito Federal, no CNES.

<sup>13</sup> A auditoria do TCU constatou a falta de cobertura da atenção básica e o fato desta nem sempre estar estruturada, como sendo fatores que refletem diretamente na demanda por mamografia.

<sup>14</sup> A CIT tem composição paritária de 18 membros, sendo seis indicados pelo Ministério da Saúde, seis pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e seis pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). As decisões são tomadas por consenso e não por votação.

<sup>15</sup> A CIB é formada por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), que representa os municípios de um determinado estado. Formada por dirigentes da SES e o COSEMS, que representa o conjunto das Secretarias Municipais de Saúde do Estado.

## As pactuações de indicadores para câncer de mama

O PAB foi iniciado em 1999, mas somente em 2005 foi incluído um indicador para câncer de mama.<sup>16</sup> O tema foi reforçado em 2006 com o Pacto pela Saúde. Este Pacto instituiu a organização e regulamentação do monitoramento e avaliação da atenção básica no País (Brasil, 2003).<sup>17</sup> No período 1999-2006 o Ministério da Saúde definia anualmente, de forma tripartite, os indicadores do PAB, estabelecendo fluxos, prazos e orientações a serem desencadeados no âmbito dos estados e municípios (Brasil, 2006). Uma das orientações era a de que estados e municípios deveriam acessar o SISPACTO, o Aplicativo do Pacto pela Saúde. Considera-se que este sistema, criado em 2002, agilizou e facilitou o monitoramento do processo de pactuação pelas diferentes instâncias de governo.

Até 2003, o DAB promoveu oficinas nacionais para discutir o pacto com técnicos das Secretarias Estaduais de Saúde, do Ministério da Saúde e representantes dos Conselhos de Secretários de Saúde – CONASS e CONASEMS. De 2004 a 2006, ao invés de oficinas, foram instituídos anualmente grupos de trabalho compostos por diferentes áreas técnicas. A partir de 2007, com a unificação dos processos de pactuação, os indicadores da atenção básica foram incorporados ao Pacto pela Saúde no componente Pacto pela Vida. Em geral, a avaliação era feita apenas no período que antecedia cada nova pactuação, ou seja, uma vez por ano. As ações de M&A foram pontuais, reiterando o aspecto burocrático desse componente do Pacto, pelo menos até 2006 (Brasil, 2006).

Por sua vez, os dados disponíveis no SISPACTO, para os anos de 2007 a 2009, não permitem um acompanhamento. O problema, no caso do câncer de mama, é que os indicadores foram modificados e não houve monitoramento. Apenas para o ano de 2008, aparece um indicador para os municípios, referente à capacitação no SISMAMA, em sintonia com o indicador estadual.

- 2006 (estados): “concentração de mamografia em mulheres de 40 a 69 anos”
- 2007 (estados): 1) “concentração de mamografia em mulheres de 40 a 69 anos” e 2) “proporção de punção de mama dos casos necessários”
- 2008 e 2009 (estados): “Proporção de municípios com serviços de mamografia prestadores do SUS capacitados no Sismama.”
- 2008 (municípios): “Proporção de serviços (SUS e credenciado) de mamografia capacitados no Sismama”

Em vigência, nas prioridades do Pacto pela Saúde para o biênio 2010-2011, apresenta-se um único indicador para câncer de mama, a ser verificado junto à população feminina de 50 a 69 anos, qual seja: “Ampliar a oferta de mamografia visando alcançar uma cobertura de 60% da população alvo”.<sup>18</sup> O qual não permite um monitoramento que retrate a situação e ajude a redefinir estratégias de ação.

A maioria das dificuldades identificadas para a incorporação do Pacto como instrumento de monitoramento é conhecida e continua presente, além da dificuldade de debates de forma descentralizada e de problemas de ordem política, de gestão, técnica e organizacional.

<sup>16</sup> “Taxa de mortalidade de mulheres por câncer de mama” aparece nos indicadores complementares no item saúde da mulher, no Pacto da atenção básica de 2005. Portaria n° 493 de 10 de março de 2006.

<sup>17</sup> Portarias GM/MS n° 3.925 de 1998 e n° 476 de 1999.

<sup>18</sup> Portaria n° 2.669/GM, de 3 de novembro de 2009.

Na prática dos serviços, há dificuldades de acesso das mulheres à primeira consulta nas UBS, demora nos exames diagnósticos, dificuldades nos encaminhamentos, falta de capacitação dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais etc.) e mamógrafos subutilizados ou inoperantes. Apesar disso, no que se refere à detecção precoce do câncer de mama, de acordo com o Ministério da Saúde: "A Unidade Básica de Saúde deve estar organizada para receber e realizar o exame clínico das mamas das mulheres, solicitar exames mamográficos nas mulheres com situação de risco, receber resultados e encaminhar aquelas cujo resultado mamográfico ou cujo exame clínico indiquem necessidade de maior investigação." (Brasil, 2006:100). Também devem prever reuniões educativas sobre câncer; busca ativa

na população alvo de mulheres que nunca realizaram o ECM e para a realização de mamografia, além dos casos de mulheres que não compareceram ao tratamento ou que não voltaram para buscar o resultado de um laudo mamográfico suspeito para malignidade; fazer o encaminhamento para a Unidade de Referência dos casos suspeitos de câncer de mama ou de mulheres com ECM alterado; orientar as mulheres com ECM normal e de baixo risco para o acompanhamento de rotina; além de uma série de ações que garantam o cumprimento das leis, normas e resoluções sobre o tema. Em síntese, as UBS são consideradas a porta de entrada para os serviços do SUS e devem não só atender na atenção primária, mas fazer a referência e a contra-referência para as unidades de média e alta complexidade.

## Nos estados e municípios

Os desdobramentos do PAB nos estados e municípios, seu monitoramento e o limite nos registros de informações dificultam a apreensão da realidade das situações locais, quanto à atenção primária para câncer de mama. Por sua vez, retratam as dificuldades da efetivação das pactuações nacionais e a fragilidade dos dados existentes. De acordo com os registros no SISPACTO, a adesão dos estados da Bahia, Rio Grande do Sul e São Paulo ao Pacto pela Saúde, até 03 de novembro de 2009, foi bastante diferenciada. No estado da Bahia, 62 municípios aderiram ao PAB, mas faltam 355 do total de 417 municípios baianos. Nenhum dos 496 municípios do Rio Grande do Sul está presente no SISPACTO. Em São Paulo, do total de 645 municípios, 643 já haviam aderido.

No que se refere aos indicadores para câncer mama, em 2007, os municípios de Salvador e Porto Alegre não apresentaram informação. Em 2008, aparece o indicador "Proporção de serviços (SUS e credenciado) de mamografia capacitados no Sismama", com resultado "não informado" e "não pactuado" para os anos de 2008 e 2009. No caso do município de São Paulo, há uma diferença: uma meta de 100% de serviços capacitados prevista para 2009. Entretanto, quando observado por estado, no ano de 2007, aparecem dois indicadores: 1) "concentração de mamografia em mulheres de 40 a 69 anos" e 2) "proporção de punção de mama dos casos necessários". No estado da Bahia, aparece como meta pactuada 0,3% no primeiro caso e 100% no segundo. Para os anos de 2008 e 2009, o estado da Bahia pactuou como meta 50% da "Proporção de municípios com serviços de mamografia prestadores do SUS capacitados no Sismama."

O relatório de 2007 do estado de São Paulo apresenta 54,26% como resultado 2006 ao indicador “concentração de mamografia em mulheres de 40 a 69 anos” e repete o mesmo índice como meta 2007. Não há informação para o segundo indicador. Para o ano de 2008 não há resultado informado, mas indicou-se como meta para 2008 e 2009, 100% da “Proporção de municípios com serviços de mamografia prestadores do SUS capacitados no Sismama.”

Em síntese, além do limite dos indicadores, através do SISPACTO não é possível conhecer a resposta para câncer de mama na atenção básica. Urge a avaliação do estágio atual e a atenção especial à elaboração de indicadores que permitam o seguimento de ações na atenção primária ao câncer de mama, incluindo a satisfação das usuárias do SUS. Os indicadores também devem garantir coerência entre os pactos na CIT e nas CIB.

## 9. Diferentes contextos: São Paulo, Porto Alegre e Salvador

A diversidade de contextos estruturais, organizacionais e políticos dos municípios e estados brasileiros, com processos de gestão descentralizados, gera expressões distintas na execução do SUS que influenciam as políticas de saúde.

Com o objetivo de apresentar realidades diferentes nas respostas ao câncer de mama no Brasil, foram analisadas as experiências do estado de São Paulo e das capitais de Porto Alegre e Salvador. No primeiro caso, devido

à repercussão dos mutirões de mamografia. No segundo, com base na experiência bem sucedida de parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), um hospital e uma organização da sociedade civil. No terceiro caso, por tratar-se da maior capital da região Nordeste que, ao mesmo tempo, explicita a ausência de respostas governamentais e põe em evidência as desigualdades sociais em saúde e as consequências dessa associação para a população. O quadro abaixo sintetiza o perfil dos respectivos estados e municípios.

Quadro I População feminina, estimativa de câncer de mama e mortalidade

Território \ Dados	Brasil	Bahia	Salvador	Rio Grande do Sul	Porto Alegre	São Paulo	São Paulo
População (mil)	183.953	14.561	2.893	10.860	1.421	40.764	10.887
População feminina (mil)	99.923	7.374	1.433	5.822	813	22.161	6.406
Número de municípios	5.564	417	–	496	–	645	–
Estimativa de Câncer de mama para 2010/2011	49.240	1.970	780	4.750	1.040	15.080	5.760
No. de óbitos por câncer de mama 2007	11.194	539	266	1.039	349	3.177	1.417

Fonte: DATASUS, 2007, IBGE, 2008 e INCA, 2009.

## 9.1. Mutirões de mamografia em São Paulo

A Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP) assessora a Secretaria Estadual da Saúde para a política de câncer no estado de São Paulo. Ambas são co-responsáveis, junto com os municípios, pela atenção básica em saúde e responsáveis diretamente pelo atendimento de média e alta complexidade.

A partir de 2005, a política para câncer de mama no estado ganhou grande visibilidade com a realização de mutirões de mamografia. O objetivo inicial era “eliminar a demanda reprimida,” i.e., a fila de espera para a realização de mamografias no serviço público. Antes dos mutirões, 42% das mulheres esperavam mais de três meses para fazer a mamografia. Em maio de 2008, este percentual caiu para 4% (FOSP, 2008b). Além da diminuição das filas de espera, especialmente após o quarto mutirão, também é possível identificar outros resultados, tais como:

- Em 90% dos casos, foi possível entregar os resultados em menos de 30 dias
- 85% das mulheres encaminhadas aos serviços especializados foram atendidas em menos de três meses
- Em todos os mutirões, houve aumento do número de serviços envolvidos, ampliando a oferta de exames

- Queda no aumento da produção ambulatorial de mamografias, aumentando a demanda nos mutirões

A dinâmica dos mutirões é coordenada pela FOSP, que contrata serviços radiológicos nos 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) do estado de São Paulo. São estes serviços que realizam as mamografias nos municípios e emitem os resultados.

Entre maio de 2005 e novembro de 2008, foram realizados 8 mutirões, que atenderam a 730.926 mulheres de todo o estado. Os serviços públicos de saúde do estado estão comprometidos com os mutirões, mas a adesão dos serviços privados é facultativa. Por isto, às vezes o número de mamógrafos varia. É feita uma convocação pelo Diário Oficial.

De acordo com a FOSP (2008b): “A adesão dos serviços públicos e privados foi em torno de 287 e o número de mamógrafos ao redor de 316.” O total de exames e a média de exames por mamógrafo aumentou ao longo dos anos, além de cada mutirão apresentar algum avanço com relação ao anterior.

Tabela I - Distribuição de mamografias, serviços e mamógrafos por mutirão

Mutirões	Total de Exames	Total de Serviços	Média Exame/Serviço	Total de Mamógrafos	Média Ex/Mamógrafo
1° - Maio 2005	50.146	288	174,1	316	158,7
2° - Novembro 2005	65.225	259	251,8	286	228,1
3° - Maio 2006	76.733	261	294,0	292	262,8
4° - Novembro 2006	91.527	269	340,2	307	298,1
5° - Maio 2007	88.061	264	333,6	297	296,5
6° - Novembro 2007	116.291	299	388,9	337	345,1
7° - Maio 2008	121.037	333	363,5	365	331,6
8° - Novembro 2008	121.906	322	378,6	325	375,1
Total	730.926	-	-	-	-

Fonte: SES-SP/FOSP - Mutirões de Mamografias no Estado de São Paulo.

Em maio de 2005, foi organizado o primeiro mutirão. O primeiro passo foi identificar onde estavam os mamógrafos de São Paulo a serem utilizados. O primeiro parâmetro estabelecido foi que todos os resultados fossem apresentados em BI-RADS, o que possibilitou uma atualização dos serviços radiológicos no estado.<sup>19</sup> Naquele momento, foram realizadas 50.146 mamografias.

Para controle do processo, desde o primeiro mutirão, a única exigência era a de que as mulheres apresentassem um pedido médico. Do mesmo modo, cada resultado de mamografia remetia a uma consulta médica. Por exemplo, se o resultado da mamografia fosse BI-RADS 1 ou 2, era recomendado que a mulher o levasse à próxima consulta médica anual. Se fosse 0 ou 3, a orientação era para que procurasse seu médico, pois talvez fosse necessária alguma complementação. Se o resultado fosse 4 ou 5, a mulher recebia uma lista de Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), previamente contatados, para telefonar e marcar a consulta. As mulheres com resultado positivo tiveram o tratamento garantido e os casos foram registrados no Registro Hospitalar de Câncer (RHC).

A partir do terceiro mutirão, foi introduzida uma sistemática de agendamento. Por exemplo, do dia 1 ao dia 15 as mamografias eram agendadas. Isto gerou uma dinâmica diferente, até porque era necessário administrar a capacidade existente, já que não seria possível fazer mais de 40 ou 50 mamografias por dia, por máquina. O agendamento por telefone organizou o trabalho.

Outro fator foi introduzido no quarto mutirão. Começou-se a diferenciar os gastos nos mutirões com relação aqueles registrados no SIA-SUS. As mamografias realizadas durante os mutirões

não são registradas no SIA-SUS, porque não são faturadas como as dos serviços regulares. Há uma cobertura diferenciada por parte do governo do estado para os mutirões. Nos quinto e sexto mutirões, foram agilizados os agendamentos para os casos com resultados BI-RADS 4 e 5, que desde o quarto mutirão correspondia a 0,5 ou 0,6% dos casos, indicados para biópsia. Para estes casos, passou-se a agendar a consulta subsequente para que as mulheres já tivessem um encaminhamento dirigido a um determinado CACON quando fossem buscar o resultado.

Até então, não se fazia restrição de idade das mulheres que participavam dos mutirões. A partir de 2008, o sétimo mutirão passou a restringir a idade para 40 anos ou mais. Note-se que a participação de mulheres entre 40 e 49 anos predominou em todos os mutirões. Nesta faixa de idade, foi encontrado 17,8% de BI-RADS 5, enquanto que 56,0% destes resultados foram de mulheres entre 50 e 69 anos.

Para o oitavo mutirão, foi feito um levantamento para saber quais prestadores de serviços poderiam oferecer, além de mamógrafos, aparelhos de ultrassom. A partir de novembro de 2008, todas as mulheres que recebiam o resultado de BI-RADS 0 ou 3 faziam o ultrassom, que também passou a ser pago fora da cota dos exames de rotina nos serviços.

Segundo a FOSP, considerando todo o estado de São Paulo, atualmente não há espera de mais de seis meses para se fazer a mamografia. Na cidade de São Paulo, muito menos. Tanto que no último mutirão de 2008, foi discutido se a cidade de São Paulo precisaria entrar nos próximos mutirões de mamografia.

<sup>19</sup> Na sigla em inglês: Breast Image Radiology Data System. O BI-RADS enumera os achados de 0 a 6, correlacionando-os a uma conduta clínica: a) BI-RADS 0 - necessita estudo adicional (incidências complementares, ultra-sonografia ou comparação com exames anteriores); b) BI-RADS 1 - normal; c) BI-RADS 2 - achados benignos; d) BI-RADS 3 - achados provavelmente benignos - controle 6/12/24 meses (desde que sem alterações apreciáveis); e) BI-RADS 4 - considerar prosseguir investigação cito-histológica; f) BI-RADS 5 - deve-se prosseguir a investigação; g) BI-RADS 6 - lesões com diagnósticos cito-histológicos confirmados (categoria utilizada para segunda opinião; controle anterior ao tratamento definitivo; monitorar terapia neoadjuvante).



A partir do final de 2009, as Regionais de Saúde passaram a registrar online os resultados dos exames, sob a seguinte orientação:

- BI-RADS 2, informa-se somente o número
- BI-RADS 0 e 3, informa-se o número e se fez ou não ultrassom
- BI-RADS 4 e 5, informa-se nome, telefone e endereço para posterior busca das mulheres, nos casos necessários.

De acordo com pesquisas de opinião realizadas por telefone, seis meses após cada mutirão, foi constatado que as mulheres tomaram conhecimento dos mutirões, primordialmente, através das unidades de saúde.

Apesar da queda no aumento na produção ambulatorial de mamografias, apresentado anteriormente como um resultado dos mutirões, cabe destacar que este fato provavelmente está relacionado ao aumento da demanda nos mutirões de mamografia. Ou seja, deduz-se que os gestores podem estar utilizando os recursos do SUS com outros procedimentos, deixando as mamografias para serem realizadas durante os mutirões, que são cobertos por recursos do governo do estado. De acordo com a análise da FOSP, é possível observar no DATASUS um aumento gradativo da produção de mamografias ao longo dos anos, mas com um percentual bem menor a partir de 2005, ano do primeiro mutirão. Cabe ainda avaliar o impacto gerado nessa relação mutirões – rotina dos serviços.

Tabela II - Produção Ambulatorial de Mamografias

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Total	398.980	432.437	556.935	643.860	684.218	743.034	795.589	918.122

Fonte: DATASUS *apud* FOSP

De modo geral, a avaliação da FOSP sobre os mutirões é positiva e a visibilidade do tema do câncer de mama na mídia, nos serviços de saúde e na vida das mulheres é inegável. Ainda que não haja uma avaliação a respeito, certamente o movimento gerado pelos mutirões

tem propiciado um novo olhar sobre o tema. Tanto por parte das mulheres, quanto por parte dos serviços de saúde, que passam a estar atentos ao tema, a serem mais cobrados, precisam se envolver e oferecer respostas de forma articulada, inclusive alterando suas rotinas.

## 9.2. Uma experiência de parceria público-privada em Porto Alegre

O segundo exemplo de resposta bem sucedida à problemática do câncer de mama, é o projeto “Coorte Núcleo Mama Porto Alegre”. Trata-se de uma parceria entre o Hospital Moinhos de Vento, a SMS/Porto Alegre e o Instituto da Mama do Rio Grande do Sul

(IMAMA), que propicia a proximidade entre pesquisadores, uma organização da sociedade civil e os profissionais de saúde da rede pública, especialmente os agentes comunitários de saúde da ESF. A relação contínua entre eles é o que garante a execução do projeto.

Para a SMS, a parceria é interessante, primeiro pelo atendimento de ponta. Segundo, porque é esperado que os resultados do projeto ofereçam respostas positivas para Porto Alegre, terceira capital brasileira com maior estimativa de casos novos de câncer de mama para 2010.<sup>20</sup> Por fim, espera-se poder observar se há uma queda na mortalidade com o acompanhamento dos casos, desde o diagnóstico até o processo de adoecimento. Esta parceria também contribui para acelerar o processo pelo qual as mulheres precisam passar para chegar ao diagnóstico. O número limitado de profissionais no Programa de Saúde da Mulher faz com que a parceria seja importante para potencializar o alcance de seu trabalho. A SMS desenvolve ainda outras parcerias com o IMAMA, para capacitações da rede pública de saúde e através da participação no Comitê de Tolerância Zero para a Mortalidade por Câncer de Mama.<sup>21</sup>

O projeto Coorte Núcleo Mama Porto Alegre foi iniciado em março de 2004, tendo dois objetivos principais:

- Demonstrar a efetividade do rastreamento mamográfico estruturado, associado a um programa de tratamento precoce
- Verificar os fatores de risco para câncer de mama, sua frequência e procurar identificar novos fatores de risco

Também, pretende-se demonstrar o custo-efetividade de um modelo articulado entre detecção precoce e tratamento do câncer de mama.

A partir de uma coorte fechada com 9.218 mulheres, selecionadas entre 2004 e 2006, o projeto está sendo desenvolvido junto a mulheres com 15 anos ou mais de idade. Estas mulheres foram localizadas por ACS e são usuárias de 19

UBS, em Porto Alegre. Os ACS são reunidos mensalmente para realizarem a busca ativa, quando convidam as mulheres a fazerem os exames. O controle de frequência das consultas precisa ser rígido e a atuação dos ACS tem sido fundamental para garantir a adesão das mulheres ao projeto. Nota-se que a busca ativa das mulheres possibilita melhores resultados, mas ainda não há dados suficientes para evidenciar isto.

As mulheres entre 40 e 69 anos, foram convidadas a participar de um programa de rastreamento populacional de câncer de mama. Este programa baseia-se no controle da mamografia anual por parte dessas mulheres, precedido pelo ECM realizado por um(a) mastologista ou por um(a) enfermeiro(a) capacitado(a) para tal. Aproximadamente, 4 mil mulheres estão cadastradas e deverão ser acompanhadas, anualmente, durante 10 anos, possibilitando a coleta de dados clínico-ginecológicos, histórico familiar, histórico médico e exame físico, incluindo medidas antropométricas e ECM (Caleffi et al., 2009). Pretende-se avaliar os fatores de risco para o câncer de mama em Porto Alegre e o quadro de saúde das participantes do projeto.

Outro aspecto importante é que o rastreamento e o diagnóstico são coordenados no mesmo lugar, um núcleo do Hospital Moinhos de Vento, na zona sul de Porto Alegre. A proposta do projeto inclui: exames patológicos e de imagem, consultas clínicas e tratamento cirúrgico no mesmo centro que acolhe o projeto. A equipe é multidisciplinar, incluindo enfermeiros, mastologistas e uma nutricionista. Desse modo, se for preciso fazer qualquer investigação diagnóstica, este núcleo está totalmente equipado para atender as necessidades.

<sup>20</sup> De acordo com a Estimativa 2010 do INCA, as três primeiras capitais com maior número de novos casos estimados são: São Paulo; Rio de Janeiro; e Porto Alegre.

<sup>21</sup> A idéia de criação do primeiro Comitê de Tolerância Zero para a Mortalidade por Câncer de Mama (CTZ) surgiu em uma reunião da FEMAMA, mas foi levada a termo pelo IMAMA. Atualmente, o estado do Rio Grande do Sul conta com três CTZ. O CTZ-RS instituído pela Lei Estadual nº 12.868/2007; o CTZ-Porto Alegre, instituído pela Lei Municipal nº 10.556/2008; e, o CTZ-Santo Antônio da Patrulha, instituído pela Lei Municipal 6000, de 18 de maio de 2010.

Se houver o diagnóstico de câncer de mama, as mulheres são encaminhadas para um hospital especializado. Se houver necessidade de quimioterapia e radioterapia, as mulheres são encaminhadas aos hospitais de referência do SUS. Nesse núcleo, é possível fazer todo o processo até o diagnóstico de câncer de mama entre um mês e meio e dois meses, enquanto no SUS pode-se levar até sete meses. No que diz respeito aos tempos de espera, considera-se que um diferencial do projeto é a diminuição do tempo de todo o processo, entre a mulher ter a suspeita do câncer e chegar à cirurgia.

Espera-se que o programa de rastreamento demonstre resultados associados à redução da mortalidade, assim como, considera-se que os estádios 0 e I seriam resultados favoráveis para avaliar a efetividade do programa.

O projeto Coorte Núcleo Mama Porto Alegre apresenta os seguintes resultados preliminares:

- Alta incidência de casos de câncer de mama na população estudada – 117 casos por 100 mil mulheres –, a despeito da baixa prevalência de fatores de risco conhecidos (Caleffi et al., 2009)

- Em torno de 75% de adesão das mulheres ao programa. Índice considerado muito bom, ainda que identificados alguns casos de mulheres que voltaram para o próximo exame um ano e meio depois
- Quanto ao resultado clínico, os estadiamentos do câncer de mama observados foram mais baixos do que os do INCA
- Baixa prevalência da maioria dos fatores de risco na população estudada, reforçando a ideia de que os fatores de risco devem ser observados levando-se em conta características diferenciadas entre as populações
- A facilidade no acesso aos serviços, a exames clínicos e profissionais especializados, além da qualidade da mamografia são fatores fundamentais para o diagnóstico precoce do câncer de mama. Ponto central na redução da mortalidade.

Há previsão de que o projeto seja expandido para a região da Restinga, extremo sul da cidade de Porto Alegre. O Hospital Moinhos de Vento fez um convênio com o Ministério da Saúde voltado a ações sociais. Está prevista a construção de um hospital, onde se pretende trabalhar em parceria com a ESF, além de manter um espaço semelhante ao Núcleo Mama. A previsão é de que a população atendida dobre.

### 9.3. Desigualdades sociais e ausência governamental na Bahia

A abordagem sobre o tema do câncer de mama em Salvador inevitavelmente remete ao estado da Bahia, devido às condições dos serviços públicos de saúde, especialmente municipais.

Na cidade de Salvador, foram entrevistadas pessoas de três instituições de referência para câncer que identificaram fatores comuns quanto a sua atuação e às dificuldades enfrentadas no cotidiano. São elas: NASPEC, CICAN e Hospital Aristides Maltez/Liga Bahiana Contra o Câncer.

O Núcleo Assistencial para Pessoas com Câncer (NASPEC) é uma associação afiliada à FEMAMA que atua, inclusive, com cuidados paliativos. O CICAN é o Centro de Referência Estadual de Oncologia e o Hospital Aristides Maltez, além de longa trajetória na área oncológica, através da Liga Bahiana Contra o Câncer é responsável pelos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) na Bahia.

Apesar de perfis diferenciados, as três instituições atendem a uma clientela que provém majoritariamente dos municípios do interior da Bahia. Trata-se de uma população de baixa renda, com pouca escolaridade, sem acesso a condições básicas de saneamento, saúde e transporte, entre outros aspectos de infra-estrutura básica. Em sua grande maioria, as mulheres com câncer de mama são diagnosticadas em estádios 3 ou 4. Em geral, chegam à capital com um acompanhante e não têm hospedagem em Salvador, nem condições financeiras para tal. Os casos de cânceres em pessoas cada vez mais jovens foram relatados pelas três instituições. Não só câncer de mama, mas todos os tipos de cânceres.

O NASPEC funciona como uma casa de passagem, acolhendo os pacientes com câncer e acompanhantes, de acordo com as condições de saúde, as necessidades de exames e cuidados e a impossibilidade de retorno do paciente ao município de origem. A associação possui 74 leitos hospitalares e um espaço menor para acolher os acompanhantes pelo tempo que for necessário, realizando atendimentos em cuidados paliativos e clínica médica oncológica.

Como a paciente com câncer de mama chega quase sempre no estádio 3 – raramente chegam pacientes iniciais –, muitas vezes já precisam de morfina, que a instituição precisa comprar. Além de outras medicações, de acordo com a indicação do caso e a opção médica no NASPEC. No serviço público, para um médico oncologista encaminhar seu paciente a um médico da dor leva em média 45 dias e os pacientes não têm condições de esperar.

Apesar do NASPEC receber pessoas com vários tipos de câncer, os atendimentos referentes ao câncer de mama chegam a 40% do total. De acordo com os registros da instituição, é possível observar o crescimento da demanda nos últimos três anos, através da recepção e dos atendimentos recorrentes, registrados separadamente:

- Em 2007, foram recebidas 214 pacientes com câncer de mama, que somaram 2.766 atendimentos, correspondentes a 32% do total de 8.643 atendimentos no ano
- Em 2008, foram 233 pacientes somando 3.271 atendimentos, correspondentes a 34,8% do total de 9.399 atendimentos no ano
- Em 2009, foram 271 pacientes somando 4.376 atendimentos, correspondentes a 40,5% do total de 10.804 atendimentos no ano

Muitas vezes quando o paciente chega ao NASPEC já há algum contato com o município, devido ao trabalho de educação e saúde que a associação desenvolve, o que facilita a acolhida pelo conhecimento da realidade local. O NASPEC possui uma agenda de visitas aos municípios que lhes permite contatos com mais de 100 dos 417 municípios da Bahia. O trabalho começou com os municípios mais próximos de Salvador. Há municípios com 1.200 km de distância da capital, um fator que dificulta o trabalho.

Na parceria com os municípios, em alguns casos conta-se com o apoio de Prefeituras para transporte, hospedagem e alimentação, em outros, buscam apoio com outros setores e a própria população para realizar o trabalho de educação em saúde. Normalmente, organizam uma grande palestra em um Centro Comunitário e desenvolvem cursos sobre os cuidados com a saúde da mama para multiplicadores, agentes comunitários de saúde da ESF, que fazem o contato direto com a população através de uma linguagem acessível e procurando desmistificar os preconceitos sobre a doença.

A ida aos municípios é importante porque encontram mulheres em situações já avançadas, que chegariam a Salvador apresentando quadros ainda piores. Desse modo, ao se procurar chegar aos municípios do interior do estado, há também um esforço para minimizar a demanda recebida na capital. A instituição conta com uma média de 100 voluntários e em torno de 20 têm condições de se revezar nas visitas aos municípios.

Apesar das inúmeras parcerias com o setor governamental, o contato direto com a população torna inevitável a evidência de limites e ausências dos serviços públicos de saúde, a falta de equipamentos e recursos humanos qualificados, e dados estatísticos que não correspondem à realidade.

A clientela do Hospital Aristides Maltez, que atende 100% SUS, retrata um perfil semelhante. Em 2008, foram registrados 5.562 novos casos de cânceres no hospital, sendo 676 de câncer de mama (LBCC, 2009). Devido à presença de casos cada vez mais freqüentes em mulheres mais jovens, a primeira mamografia tem sido realizada a partir dos 39 anos e, nos casos indicados, a partir dos 35 anos.

De modo geral, em 2009, os pacientes eram procedentes de 406 dos 417 municípios do estado. Esta demanda é percebida como decorrente da falta de estrutura técnica e social. Em vários municípios não há médicos, ou nem sempre estão qualificados. Não há transporte que permita o deslocamento das mulheres, ou estas não têm condições de pagá-lo, muitas vezes conseguindo chegar à capital sem condições para voltar ao município de origem.

O projeto com câncer de mama do Hospital Aristides Maltez denomina-se 'Mama Rural', desenvolvido em parceria com o Instituto Avon. Há, também, neste caso, um esforço para chegar à população, utilizando-se um carro com mamógrafo itinerante. Entre 2003 e 2008, foram realizadas 20.939 mamografias a partir da Campanha de Detecção de Câncer de Mama na Zona Rural, realizada em 23 municípios, os quais possuem uma população de, no máximo, 40 mil habitantes (LBCC, 2009). Municípios onde não há rua asfaltada, nem o mínimo de infra-estrutura de saúde. Uma ou outra Prefeitura oferece algum tipo de apoio, às vezes com alimentação para a equipe.

No Hospital, a espera para se fazer a primeira consulta é de 45 a 60 dias, porque a fila de pessoas doentes é muito grande. Na grande maioria dos casos de doentes que chegam com indicação cirúrgica, o tempo médio entre a primeira consulta e a cirurgia é de 30 dias.

O Hospital realizou uma campanha denominada 'amigos do peito', que por ter sido bem sucedida tornou-se um programa permanente para facilitar o acesso à mamografia. Desde então, as mulheres podem marcar os exames previamente.

No caso do CICAN, a clientela é semelhante às do NASPEC e do Hospital Aristides Maltez. Estima-se que 50% das pessoas provêm do interior do estado e, quando necessário encaminha-se os pacientes para as duas associações com melhor estrutura e que aceitam exclusivamente pacientes com diagnóstico de câncer.<sup>22</sup>

Antes mesmo da Lei 11.664, o CICAN já realizava mamografias a partir dos 40 anos, com base no perfil epidemiológico da população atendida e por perceber o aumento de casos de câncer de mama nas faixas de idade mais jovens.

Considera-se que a capacidade instalada é maior do que a demanda e que não há problemas quanto à realização de mamografias. De acordo com a equipe, são realizadas em torno de 80 mamografias por dia, com dois mamógrafos. Apesar dos equipamentos não possuírem o selo do CBR, os exames realizados são considerados seguros, porque a qualidade dos mesmos é controlada por visitas periódicas de técnicos do INCA. A última visita aconteceu no final de 2008. Está em discussão a tecnologia digital para revelação, como forma de melhorar a qualidade do serviço.

<sup>22</sup> NASPEC e a Associação Solidária Grupo Apoio Paciente Portador de Câncer (ASGAP).

Do ponto de vista do serviço público de saúde, um desafio tem sido o fato de que as ações de atenção primária não estão sendo oferecidas de forma satisfatória pelos municípios da Bahia, comprometendo o atendimento no CICAN. A competência do CICAN é a oferta de serviços

em oncologia de média e alta complexidade. A ausência da atenção primária lhes obriga a atender a demanda, ao mesmo tempo em que é feito um esforço para que os municípios assumam o que lhes cabe dentro do princípio de integralidade da atenção à saúde em oncologia.

## Considerações finais:

### Contribuições à estratégia de saúde para câncer de mama

Há uma relação estreita entre câncer de mama, desigualdades sócio-econômicas, diversidades regionais e diferenças no acesso à saúde de acordo com o tipo de cobertura (pública ou privada). As desigualdades em saúde e no uso de serviços de saúde relacionam-se com os níveis de renda de estados, municípios e divisões intramunicipais. O contexto é complexo e exige respostas interdisciplinares e políticas intersetoriais com vistas à dinâmica descentralizada de Saúde no Brasil.

Especialmente na atenção primária, é preciso um plano estratégico de ação sobre o diagnóstico precoce do câncer de mama que hierarquize prioridades, elencadas em conjunto com os atores sociais envolvidos com o tema, com atribuições de responsabilidades e prevendo indicadores de resultados e sistemática de monitoramento e avaliação.

Por sua vez, é conhecida a necessidade de motivar as mulheres para os exames periódicos e desfazer os mitos do câncer. Isto exige um trabalho em sintonia entre os diversos setores envolvidos, incluindo as Vitoriosas. Campanhas oficiais, periódicas, planejadas em conjunto com todos os atores cumpririam um papel-chave nesse trabalho.

Elaborar programas de atendimento às mulheres com câncer de mama, visando à melhoria de qualidade de vida dado a possibilidade de maior sobrevida.

Sobre a política para câncer de mama, falta controle social por parte da sociedade civil e dos Conselhos de Saúde e a FEMAMA está trabalhando para melhorar isto. Por sua vez, também falta monitoramento por parte dos Secretários de Saúde e do Governo Federal, por exemplo, através das instâncias de pactuação, especialmente da CIT e das CIB.

Por último, mas não menos importante, como apresentado neste documento, os debates sobre o rastreamento do câncer de mama não estão restritos à equação custo-benefício. Ao contrário, há ações viáveis que devem ser priorizadas. A FEMAMA sugere que o INCA inicie projetos piloto de rastreamento a partir dos 40 anos, nos cinco estados brasileiros com maior incidência de câncer de mama, paralelamente à divulgação de resultados do rastreamento com mulheres entre 50 e 69 anos, previsto no Consenso do INCA (2004). Estes projetos piloto serviriam de base para melhores análises de custos e benefícios de diferentes estratégias de rastreamento, além de nortear futuras ações baseadas nas evidências locais, considerando as particularidades epidemiológicas e sócio-econômicas.

As recomendações apresentadas pela FEMAMA são específicas e viáveis. Exigem ações condizentes com a urgência das situações vividas pelas mulheres que descobrem um câncer de mama avançado e a premência da massificação de informações corretas para

a população em geral. A FEMAMA quer abrir o debate, ampliar o diálogo e para isto, contando com 42 instituições associadas, coloca-se como um interlocutor primordial, reafirmando seus direcionadores estratégicos:

- 75% de cobertura mamográfica
- 100% de certificação para prestadores de serviços SUS e saúde suplementar
- Tempo máximo de 30 dias entre a 1ª consulta e o início do tratamento do câncer de mama

Em síntese, é possível destacar alguns pontos importantes nas estratégias de resposta ao câncer de mama, que visem em última instância à saúde das mulheres em sintonia com o SUS e um impacto necessário à efetividade dessa resposta:

- Saúde como direito de cada cidadão
- Capacitação técnica de recursos humanos
- Parcerias entre governo e sociedade civil na elaboração de diretrizes nacionais e de planos de ação locais
- Fortalecimento dos serviços de saúde para câncer de mama, incluindo os fluxos de referência e contra-referência
- Divulgação periódica do monitoramento do SISMAMA e dos dados disponíveis
- Programas nacionais intersetoriais voltados ao diagnóstico precoce
- Campanhas nacionais de mídia, anuais
- M&A de todas as ações, pactuadas nos três níveis de governo

## Referências

AMERICAN Cancer Society responds to changes to USPSTF mammography guidelines. Atlanta, 16 nov. 2009. Disponível em:

[http://ww2.cancer.org/docroot/MED/content/MED\\_2\\_1x\\_American\\_Cancer\\_Society\\_Responds\\_to\\_Changes\\_to\\_USPSTF\\_Mammography\\_Guidelines.asp](http://ww2.cancer.org/docroot/MED/content/MED_2_1x_American_Cancer_Society_Responds_to_Changes_to_USPSTF_Mammography_Guidelines.asp) Acesso em: mar. 2010.

BAHIA. Secretaria da Saúde. **Agenda estadual de saúde**. Bahia, 2004.

\_\_\_\_\_. **Relatório de gestão SESAB 2008**. Bahia, 2008. Digitalizado.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde. Centro Estadual de Oncologia – CICAN. **Pacto estadual de indicadores 2008**. Salvador, 2008. Digitalizado.

\_\_\_\_\_. **Registro hospitalar de câncer**. Salvador: CICAN, 2005.

\_\_\_\_\_. Serviço de estatística. Salvador, 2008. Digitalizado.

\_\_\_\_\_. Superintendência de Vigilância e Proteção à Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Câncer no Estado da Bahia: perfil da morbimortalidade**. Salvador: SESAB, 2004.

BASTOS, Milena M. do Amaral. **Avaliação da implementação do pacto de indicadores da atenção básica em Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil**. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em:

<<http://bvssp.iciet.fiocruz.br/lildbi/docsonline/5/5/1755-Bastosmmamp.pdf>>. Acesso em: maio 2010.

BATISTON, Adriane P. et al. Método de detecção do câncer de mama e suas implicações. **Cogitare Enferm**, v.14, n.1, p.59-64, 2009. Disponível em:

<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/issue/view/822>>. Acesso em: abr. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: CONASS, 2007 (Coleção CONASS/Progestores, n.8). Disponível em: <<http://www.conass.org.br/publicacao/index.html>>. Acesso em: mar. 2010.

\_\_. INCA – Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <[www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)>. Acesso em: mar. 2010.

\_\_. Ministério da Saúde. DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: mar. 2010.

\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <<http://200.214.130.35/dab/>>. Acesso em: mar. 2010.

\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13 - Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control\\_cancer\\_colo\\_uterio\\_mama.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control_cancer_colo_uterio_mama.pdf)>. Acesso em: mar. 2010.

\_\_. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. **Rev Bra Saúde Materno-Infantil**, 2003, n.3, v.2, p.221-224.

\_\_. **Política nacional de atenção básica (PNAB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)>. Acesso em: mar. 2010.

\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 – Diretrizes do Pacto pela Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 fev. 2006. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399\\_20060222.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf)>. Acesso em: mar. 2010.

\_\_. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: maio 2010.

\_\_. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria687\\_2006.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria687_2006.pdf)>. Acesso em: mar. 2010.

\_\_. Portaria nº 699/GM de 30 de março de 2006 – Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida de Gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 mar. 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria\\_699\\_2006.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_699_2006.pdf)>. Acesso em: mar. 2010.

\_\_. Portaria nº 325/GM de 21 de fevereiro de 2008 – Prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 fev. 2008. Disponível em: <[http://www.saude.am.gov.br/docs/pacto/Portaria\\_325\\_210208.pdf](http://www.saude.am.gov.br/docs/pacto/Portaria_325_210208.pdf)>. Acesso em: mar. 2010.

\_\_. Portaria nº 1.183, de 3 de junho de 2009. Altera a tabela de procedimentos, medicamentos e órteses, próteses e materiais especiais – OPM do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 jun. 2009. Disponível em: <<http://www.femerj.org.br/Boletim/Federal/Ministerio%20Saude/GM/2009/06-Junho/PORTARIA%20N%BA%201.183-GM-Ministerio%20da%20Saude.pdf>>. Acesso em: mar. 2010.



\_\_\_ . Portaria nº 2.669/GM, de 3 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 nov. 2009. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2669\\_03\\_11\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2669_03_11_2009.html)>. Acesso em: maio 2010.

\_\_\_ . Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei No. 11.664, de 29 de abril de 2008. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato/2007-2010/2008/lei/11664.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato/2007-2010/2008/lei/11664.htm)>. Acesso em: mar. 2010.

\_\_\_ . SISPACTO – Pacto pela saúde. Disponível em: <<http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto>>. Acesso em: jun. 2010.

\_\_\_ . Tabnet CNES - Inquéritos e pesquisas. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0207>>. Acesso em: mar. 2010.

CALEFFI, Maira et al. A model to optimize public health care and downstage breast cancer in limited-resource populations in southern Brazil. (Porto Alegre Breast Health Intervention Cohort). **BMC Public Health**, n.9, v.83, p.1-8, 2009. Disponível em: <[www.biomedcentral.com/1471-2458/9/83](http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/83)>. Acesso em: maio 2010.

**CARTA de Gramado**. I Fórum Saúde Mulher. XV Congresso Brasileiro de Mastologia. Gramado, 14-17 out. 2009.

CBR – Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem. Disponível em: <<http://www.cbr.org.br/>>. Acesso em: mar. 2010.

DATAFOLHA. FEMAMA. **A mulher e o câncer de mama**. Apresentação da pesquisa em Power Point, 26 de março de 2009.

FEMAMA – Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama. Disponível em: <[www.femama.org.br](http://www.femama.org.br)>. Acesso em: mar. 2010.

FOSP – Fundação Oncocentro de São Paulo. Disponível em: <<http://www.fosp.saude.sp.gov.br/>>. Acesso em: maio 2010.

GEBRIM, Luiz H. O mastologista e o rastreamento do câncer no Brasil. Editorial. São Paulo, **Rev. Bras. Mastol.**, n.18, v.4, p.139, 2008.

GONÇALVES, Andréa et. al. Câncer de mama: mortalidade crescente na região Sul do Brasil entre 1980 e 2002. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.8, ago 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000800005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: mar. 2010.

GONÇALVES, Leila Luíza C. et al. Mulheres portadoras de câncer de mama: conhecimento e acesso às medidas de detecção precoce. **Rev. enferm.**, UERJ, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p. 362-7, 2009. Disponível em: <[www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a11.pdf](http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a11.pdf)>. Acesso em: abr. 2010.

HAROLD, Joe et al. Guideline implementation for breast healthcare in low – and middle – income countries. **Wiley InterScience**, DOI 10.1002/cncr.23841. American Cancer Society, 2008.

IBGE; Ministério da Saúde; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008**. Suplemento: Um panorama da saúde no Brasil – acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.com.br/home/estatistica/populacao/panorama\\_saude\\_brasil\\_2003\\_2008/default.shtm](http://www.ibge.com.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/default.shtm)>. Acesso em: mar. 2010.

INCA. **Controle do câncer de mama** – Documento de consenso. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; INCA, abr. 2004. Disponível em: <[www.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf](http://www.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf)>. Acesso em: mar. 2010.

\_\_. **Estimativa 2010**: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/>>. Acesso em: mar. 2010.

\_\_. Nota técnica – 01/06/2009. Assunto: Solicitação de mamografia de rastreamento por enfermeiros. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: <[http://www.redecancer.org.br/wps/wcm/connect/a3a767804f03ee13ab09bbf58f4ba399/NT\\_INCA\\_DARAO\\_Mamografia\\_requerida\\_pela\\_enfermagem.pdf?MOD=AJPERES](http://www.redecancer.org.br/wps/wcm/connect/a3a767804f03ee13ab09bbf58f4ba399/NT_INCA_DARAO_Mamografia_requerida_pela_enfermagem.pdf?MOD=AJPERES)>. Acesso em: abr. 2010.

\_\_. **Parâmetros técnicos para programação de ações de detecção precoce do câncer de mama – Recomendações para gestores estaduais e municipais**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; INCA, 2006. Disponível em: <[www.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/Parametrotexto.pdf](http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/Parametrotexto.pdf)>. Acesso em: mar. 2010.

\_\_. SISMAMA. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancermama/site/home/sismama>>. Acesso em: maio 2010.

\_\_. SISMAMA – Informação para o avanço das ações de controle do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA/Ministério da Saúde, 2010. [Informativo].

INSTITUTO Nacional do Câncer explica lei da mamografia. Disponível em: <<http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/noticias/instituto-nacional-do-cancer-explica-lei-da-mamografia>>. Acesso em: mar. 2010.

LBCC - Liga Bahiana contra o câncer. Disponível em: <[www.lbcc.org.br](http://www.lbcc.org.br)>. Acesso em: mar. 2010.

\_\_. **Relatório 2008**. Salvador, abr. 2009.

MAIA, Edna M. Cappi et al. Tempo decorrido entre a primeira consulta e o tratamento definitivo nos casos de câncer de mama no sistema de saúde público da cidade de Jundiaí. São Paulo, **Rev. Bras. Mastol.**, n.1, p.23-6, 2006.

MAMAINFO. Disponível em: <[www.mamainfo.org.br](http://www.mamainfo.org.br)>. Acesso em: mar. 2010.

PORTO ALEGRE. Prefeitura de Porto Alegre. Lei Municipal nº 10.556, de 14 de outubro de 2008. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgi-bin/nph-brs?s1=000030073.DOCN.&l=20&u=%2Fnetahtml%2Fsirel%2Fsimples.html&p=1&r=1&f=G&d=atos&SECT1=TEXT>>. Acesso em: jun. 2010.

\_\_. Secretaria Estadual de Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Seção de Saúde da Mulher. **Política de saúde da mulher – Plano estadual de saúde**. Porto Alegre, Digitalizado.

\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria de Planejamento e Programação. **Protocolo de rastreamento e detecção precoce do câncer de mama do município de Porto Alegre**. Porto Alegre, Digitalizado.

RIBEIRO, Rodrigo. Parecer MMG 40-49. Porto Alegre, 2009. Digitalizado.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano estadual de saúde 2008-2011**. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2008.

\_\_. **Plano operativo anual 2009**. Digitalizado.

\_\_. **Termo de compromisso de gestão estadual. 2007-2008**. Digitalizado.

\_\_. Fundação Oncocentro de São Paulo. **Mutirão de mamografia**. Nov. 2008a. Digitalizado.

\_\_. **Mutirões de mamografias no estado de São Paulo**. Nov.2008b. Digitalizado.

SBM – Sociedade Brasileira de Mastologia. **Recomendações da X Reunião Nacional de Consenso – Rastreamento do câncer de mama da mulher brasileira**. Disponível em: <[www.sbmastologia.com.br](http://www.sbmastologia.com.br)>. Acesso em: mar. 2010.

SCHNEIDER, Ione J.C., D'ORSI, Eleonora. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. Rio de Janeiro, **Cad. Saúde Pública**, n.25, v.6, p. 1285-1296, jun.2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/11.pdf>>. Acesso em: maio 2010.

SEI – Sustentabilidade, Estratégia, Inovação. **Projeto de controle social**. Relatório da pesquisa de atendimento ao câncer de mama. Classificação do atendimento segundo BHGI. Porto Alegre, 2009. Digitalizado.

SIMON, Sergio D. Projeto Amazona – Dados de câncer de mama no Brasil. Apresentação oral. **XVI Congresso Brasileiro de Oncologia Clínica**. Fortaleza, 2009.

SMITH, Robert A. Breast Cancer Screening Workshop: State of the art screening for women over age 40. Apresentação oral no **3º. Congresso Internacional de Câncer de Mama do Hospital Moinhos de Vento**. Porto Alegre, 27 mar 2009.

\_\_. Key issues and points re: age to begin mammography screening. Atlanta: American Cancer Society, 2009. Digitalizado.

SOUZA, Vanessa O. de et al. Tempo decorrido entre o diagnóstico de câncer de mama e o início do tratamento, em pacientes atendidas no Instituto de Câncer de Londrina (ICL). **Rev. Bras. Med.**, n.65, v.5, jun.2008. Disponível em: <[http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?id\\_materia=3763&fase=imprime](http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?id_materia=3763&fase=imprime)>. Acesso em: mar. 2010.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Secretaria de Sessões. **Ata N. 05, de 24 de fevereiro de 2010 – Sessão ordinária – Plenário**. Grupo I – Classe II – Solicitação do Congresso Nacional e Relatório de auditoria de natureza operacional, p.162-214. Disponível em: <[http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/sessoes/atas/repositorio\\_atas/ATA\\_05\\_PL\\_de\\_24-02-2010.pdf](http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/sessoes/atas/repositorio_atas/ATA_05_PL_de_24-02-2010.pdf)>. Acesso em: maio 2010.



***Femama***

Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas  
de Apoio à Saúde da Mama - FEMAMA

Ramiro Barcelos, 850 – CEP 90035-001 – Porto Alegre – RS – Fone: 55 51 3222 0318  
[www.femama.org.br](http://www.femama.org.br)