



CÂMARA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA

Rua Joaquim Procópio de Araújo, 1662 - Fone/Fax: (19) 3561.2811

Estado de São Paulo

E-mail: legislativo@camarapirassununga.sp.gov.br

Site: www.camarapirassununga.sp.gov.br

ENCAMINHE-SE AO SENHOR
PREFEITO MUNICIPAL

INDICAÇÃO
Nº 170/2013

Sala das Sessões

05 MAR 2013

PRESIDENTE

Considerando que o câncer de mama é um dos tipos de neoplasia maligna mais incidente na população feminina;

Considerando que o Instituto Nacional do Câncer (INCA) realiza convênios com os Municípios, visando implantar ações de prevenção e controle da doença, tal como se observa do explicativo em anexo;

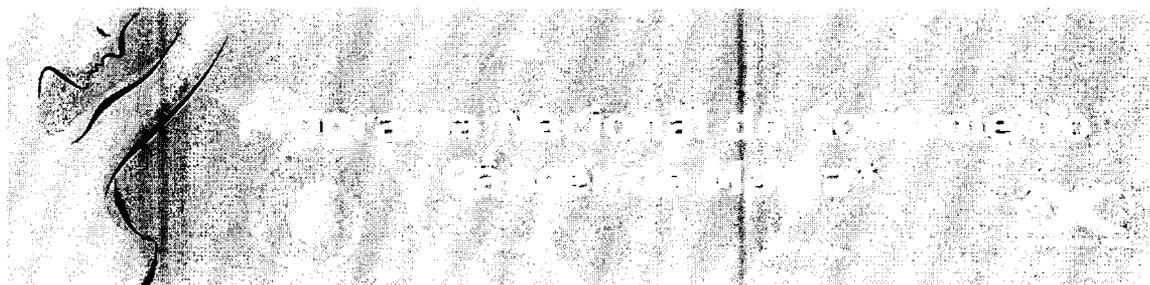
Considerando que dentre as ações desenvolvidas por este órgão do Ministério da Saúde está apoiar a expansão da oferta no tratamento do câncer e capacitação de profissionais de áreas estratégicas;

Considerando que seria importante se nossa cidade mantivesse um convênio com o INCA para se beneficiar das implementações que poderiam ser feitas na área da saúde.

Nestas condições, **INDICO** à Senhora Prefeita Municipal, pelos meios regimentais, estude a possibilidade de manter contato e firmar convênio com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) para incrementar a estrutura oferecida às mulheres acometidas com câncer de mama, em nossa cidade.

Sala das Sessões, 05 de março de 2013.

Dr. José Carlos Mantovani
Vereador



APRESENTAÇÃO

O câncer de mama é o mais incidente na população feminina mundial e brasileira, excetuando-se os casos de câncer de pele não melanoma. Políticas públicas nessa área vêm sendo desenvolvidas no Brasil desde meados dos anos 1980 e foram impulsionadas pelo Programa Viva Mulher, em 1998. O controle do câncer de mama foi afirmado como prioridade na Política Nacional de Atenção Oncológica em 2005, e no Pacto pela Saúde, em 2006.

As diretrizes aqui apresentadas atualizam a linha de cuidados e apontam o papel e as ações do INCA no controle do câncer de mama. O objetivo é oferecer aos gestores e aos profissionais de saúde subsídios para o avanço do planejamento das ações de controle deste câncer, no contexto da atenção integral à saúde da mulher e da Estratégia de Saúde da Família como coordenadora dos cuidados primários no Brasil.

CONCEITO

O câncer de mama é um grupo heterogêneo de doenças, com comportamentos distintos. A heterogeneidade deste câncer pode ser observada pelas variadas manifestações clínicas e morfológicas, diferentes assinaturas genéticas e consequentes diferenças nas respostas terapêuticas.

O espectro de anormalidades proliferativas nos lóbulos e ductos da mama inclui hiperplasia, hiperplasia atípica, carcinoma *in situ* e carcinoma invasivo. Dentre esses últimos, o carcinoma ductal infiltrante é o tipo histológico mais comum e compreende entre 80 e 90% do total de casos.

O sintoma mais comum de câncer de mama é o aparecimento de nódulo, geralmente indolor, duro e irregular, mas há tumores que são de consistência branda, globosos e bem definidos. Outros sinais de câncer de mama são edema cutâneo semelhante à casca de laranja; retração cutânea; dor, inversão do mamilo, hiperemia, descamação ou ulceração do mamilo; e secreção papilar, especialmente quando é unilateral e espontânea. A secreção associada ao câncer geralmente é transparente, podendo ser rosada ou avermelhada devido à presença de glóbulos vermelhos. Podem também surgir linfonodos palpáveis na axila.

Na medida em que as ações de rastreamento do câncer de mama forem expandidas na população-alvo, espera-se que a apresentação da doença seja cada vez mais por imagem e menos por sintoma, ampliando-se as possibilidades de intervenção conservadora e prognóstico favorável. Destaca-se, no entanto, que mesmo nos países com rastreamento bem organizado e boa cobertura, aproximadamente metade dos casos são detectados em fase sintomática, o que aponta a necessidade de valorização do diagnóstico precoce.

* Versão revista e ampliada do Programa Viva Mulher, desmembrado em Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (INCA, 2010), elaborado pela Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica em abril de 2011. 1 •

MAGNITUDE

O câncer de mama é o mais incidente em mulheres, representando 23% do total de casos de câncer no mundo em 2008 com aproximadamente 1,4 milhão casos novos naquele ano. É a quinta causa de morte por câncer em geral (458.000 óbitos) e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres (WHO, 2008a).

No Brasil, excluídos os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama também é o mais incidente em mulheres de todas as regiões, exceto na região Norte, onde o câncer do colo do útero ocupa a primeira posição. Para o ano de 2011 foram estimados 49.240 casos novos, que representam uma taxa de incidência de 49 casos por 100 mil mulheres.

A taxa de mortalidade por câncer de mama ajustada pela população mundial apresenta uma curva ascendente e representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira, com 11,1 óbitos/100 mil mulheres em 2007 (INCA. Atlas de Mortalidade). As regiões Sudeste e Sul são as que apresentam as maiores taxas, com 12,6 e 12,5 óbitos/100 mil mulheres em 2007, respectivamente.

Como mostra a tabela a seguir, o Brasil apresenta valores intermediários no padrão de incidência e mortalidade por câncer de mama. Cabe destacar que, proporcionalmente, as diferenças entre as taxas de incidência e mortalidade nos países desenvolvidos são maiores, sugerindo maior alcance das ações de rastreamento em diagnosticar precocemente a doença e acesso aos avanços no tratamento.

Tabela 1. Taxas de incidência e mortalidade por câncer de mama, por 100 mil mulheres, em países selecionados, 2008

País	Incidência		Mortalidade	
	Por 100 mil	Por 100 mil	Por 100 mil	Por 100 mil
Finlândia	151,1	86,6	31,3	14,7
Reino Unido	146,2	87,9	38,3	18,6
Espanha	97,6	61,0	26,6	12,8
Estados Unidos	115,5	76,0	25,6	14,7
Canadá	136,9	83,2	30,2	15,6
Austrália	126,5	84,8	25,6	14,7
Japão	70,3	42,7	18,1	9,2
Paraguai	39,6	51,4	13,2	17,1
Bolívia	18,4	24,0	5,8	7,6
Zâmbia	11,2	20,5	6,3	12,2
Brasil	57,7	29,9	11,1	12,6

Fonte: GloboCan. IARC (WHO), 2008.

* Os dados do Globocan são diferentes dos dados de fontes nacionais por diferenças metodológicas no cálculo das taxas.

** Referem-se à estimativa de incidência para 2010 (INCA, 2009) e à taxa de mortalidade do ano de 2007 (Sistema de Informação sobre Mortalidade/Ministério da Saúde).

Na mortalidade proporcional por câncer em mulheres, os óbitos por câncer de mama ocupam o primeiro lugar no país, com 15,2%. Esse padrão é semelhante para as regiões brasileiras, com exceção da região Norte, onde os óbitos por câncer de mama ocupam o segundo lugar, com 10,8%. Os maiores percentuais na mortalidade proporcional por câncer de mama são os do Sudeste (16,6%) e Sul (14,7%), seguidos das regiões Nordeste (13,6%) e Centro-Oeste (13,3%) (BRASIL. Datasus/SIM).

O câncer de mama é raro antes dos 40 anos e a partir dessa idade a incidência tende a crescer progressivamente, com exceção de países da Ásia (ADAMI, 2008). A mortalidade também aumenta progressivamente com a idade, conforme dados para o Brasil apresentados no gráfico 1 (BRASIL. Datasus/SIM).

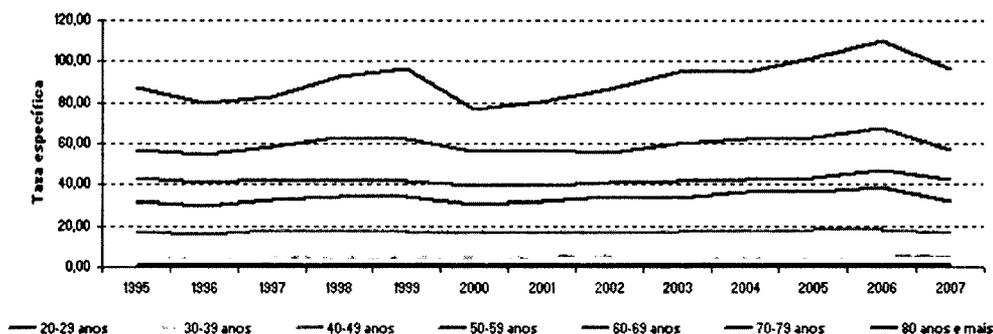


Gráfico 1. Taxas de mortalidade específicas por idade, câncer de mama feminina, por 100 mil mulheres. Brasil, 1995 a 2007

FATORES DE RISCO

Os principais fatores de risco para o câncer de mama estão ligados a idade, fatores endócrinos e genéticos.

Os fatores endócrinos estão relacionados principalmente ao estímulo estrogênico, seja endógeno ou exógeno, com aumento do risco quanto maior for o tempo de exposição. Possuem risco aumentado as mulheres com história de menarca precoce (idade da primeira menstruação menor que 12 anos), menopausa tardia (instalada após os 50 anos de idade), primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade e terapia de reposição hormonal pós menopausa, principalmente se prolongada por mais de cinco anos.

Outros fatores incluem a exposição a radiações ionizantes em idade inferior a 40 anos, a ingestão regular de bebida alcoólica, mesmo que em quantidade moderada (30g/dia), obesidade, principalmente quando o aumento de peso se dá após a menopausa, e sedentarismo (ADAMI *et al.*, 2008). A prática de atividade física e o aleitamento materno exclusivo são considerados considerada um fator protetor (INCA, 2007).

História familiar, principalmente em parentes de primeiro grau antes dos 50 anos, são importantes fatores de risco para o câncer de mama e podem indicar predisposição genética associada à presença de mutações em determinados genes. Entretanto, o câncer de mama de caráter hereditário (predisposição genética) corresponde a cerca de 5-10% do total de casos.

HISTÓRICO DAS AÇÕES DE CONTROLE

As ações de controle do câncer de mama tiveram um marco histórico em meados dos anos 1980, com o lançamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 1984), que postulava o cuidado mais amplo à mulher para além da tradicional atenção ao ciclo gravídico-puerperal.

O Pró-Onco, Programa de Oncologia do Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde, foi criado em 1986 como estrutura técnico-administrativa da extinta Campanha Nacional de Combate ao Câncer. Em 1990 o programa tornou-se Coordenação de Programas de Controle de Câncer e suas linhas básicas de trabalho eram a informação e a educação sobre os cânceres mais incidentes, dentre os quais o câncer de mama (ABREU, 1997).

No final dos anos 1990, com a implantação do Programa Viva Mulher, foram iniciadas ações para formulação de diretrizes e estruturação da rede assistencial na detecção precoce do câncer de mama. O Documento de Consenso, em 2004, propôs as diretrizes técnicas para o controle do câncer de mama no Brasil (INCA, 2004).

Em 2005, com o lançamento da Política Nacional de Atenção Oncológica, o controle dos cânceres do colo do útero e de mama foi destacado como componente fundamental dos planos estaduais e municipais de saúde (BRASIL, 2005). Neste mesmo ano foi elaborado o Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo e de Mama 2005-2007, que propôs seis diretrizes estratégicas: aumento de cobertura da população-alvo, garantia da qualidade, fortalecimento do sistema de informação, desenvolvimento de capacitações, estratégia de mobilização social e desenvolvimento de pesquisas. A importância da detecção precoce dessas neoplasias foi reafirmada no Pacto pela Saúde em 2006, com a inclusão de indicadores na pactuação de metas com estados e municípios para a melhoria do desempenho das ações prioritárias da agenda sanitária nacional.

Em abril de 2009, o INCA promoveu o *Encontro Internacional sobre Rastreamento do Câncer de Mama*, no Rio de Janeiro, que reuniu representantes do Ministério e das Secretarias Estaduais de Saúde, do movimento organizado de mulheres e de instituições ligadas ao controle do câncer, com objetivo de conhecer a experiência de programas bem-sucedidos da Europa, Canadá e Chile. O Encontro resultou no resumo executivo com recomendações para implantação de programa organizado de rastreamento de câncer de mama. As apresentações do Encontro estão disponibilizadas no Caderno de Resumos (INCA, 2008), com síntese em português.

A implantação do SISMAMA - Sistema de Informação do Câncer de Mama, em junho de 2009, o aumento da oferta de mamografias pelo Ministério da Saúde (Mais Saúde 2008-2011) e a publicação de documentos, dentre os quais os *Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama* (INCA, 2009) e as recomendações para a redução da mortalidade do câncer de mama no Brasil, lançadas pelo INCA em 2010, vêm dinamizando em anos recentes a organização das ações de controle.

No âmbito da detecção precoce, a perspectiva atual é impulsionar o diagnóstico precoce e o rastreamento de base populacional em áreas cuja elevada ocorrência da doença justifiquem esta iniciativa. A implementação do programa de qualidade da mamografia e a consolidação do SISMAMA como ferramenta gerencial são também prioridades nacionais. No plano da atenção terciária, a meta é dar continuidade às ações de ampliação do acesso ao tratamento do câncer com qualidade, conforme objetivos da Política Nacional de Atenção Oncológica.

OBJETIVOS DO PROGRAMA

- ♦ Reduzir a exposição a fatores de risco, diminuir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida da mulher com câncer de mama.

PAPEL DO INCA

- ♦ Formular políticas e propor diretrizes técnicas para as ações de controle.
- ♦ Promover e coordenar a produção de informação epidemiológica sobre câncer.
- ♦ Prover apoio técnico às secretarias estaduais e municipais de saúde nas ações de controle do câncer.
- ♦ Apoiar a expansão da oferta do tratamento do câncer.
- ♦ Capacitar profissionais em áreas estratégicas.
- ♦ Planejar e implementar ações de comunicação em saúde.
- ♦ Desenvolver pesquisa voltada ao controle do câncer.
- ♦ Monitorar e avaliar as ações no nível nacional.

DIRETRIZES E AÇÕES ESTRATÉGICAS

PROMOÇÃO DA SAÚDE

Ações que atuem sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença e promovam qualidade de vida são fundamentais para a melhoria de saúde da população e o controle de doenças e os agravos.

Para o controle do câncer de mama, destaca-se em particular a importância de ações intersetoriais que promovam acesso à informação e ampliem oportunidades para controle do peso corporal e a prática regular de atividade física. A redução das barreiras de acesso aos serviços de saúde para o alcance da cobertura populacional adequada da população-alvo no rastreamento é também componente estratégico central, que requer a qualificação contínua do Sistema Único de Saúde (SUS).

O amplo acesso da população a informações claras, consistentes e culturalmente apropriadas deve ser uma iniciativa dos serviços de saúde em todos os níveis. O INCA desenvolve ações de informação e comunicação em saúde que possam ser subsídios aos gestores no desenvolvimento das ações. O folheto *A Informação pode Salvar Vidas* e o *spot* de rádio são iniciativas nesta área.

PREVENÇÃO PRIMÁRIA

A prevenção primária do câncer de mama está relacionada ao controle dos fatores de risco reconhecidos. Os fatores hereditários e os relacionados ao ciclo reprodutivo da mulher não são, em princípio, passíveis de mudança, porém fatores relacionados ao estilo de vida como obesidade pós-menopausa, sedentarismo, consumo excessivo de álcool e terapia de reposição hormonal podem ser modificáveis. Estima-se que por meio da alimentação, nutrição e atividade física é possível reduzir em até 28% o risco de ter câncer de mama (INCA, 2009).

Evidências científicas sobre a relação entre alimentos, nutrição, atividade física e prevenção de câncer podem ser consultadas no resumo traduzido pelo INCA para o português (INCA, 2007). O *Sumário Executivo sobre Políticas e Ações para Prevenção do Câncer no Brasil* dá continuidade à publicação anterior, apontando prioridades e perspectivas de ações para prevenção do câncer (INCA, 2009b).

DETECÇÃO PRECOCE

O câncer de mama identificado em estágios iniciais, quando as lesões são menores de dois centímetros de diâmetro, apresenta prognóstico mais favorável e elevado percentual de cura.

As estratégias para a detecção precoce são o *diagnóstico precoce*, ou abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas da doença, e o *rastreamento*, aplicação de um teste ou exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhar as mulheres com resultados alterados para investigação e tratamento (WHO, 2007). Em ambas as estratégias é fundamental que a mulher esteja bem informada e atenta às possíveis alterações nas mamas (*breast awareness*) e, em caso de anormalidades suspeitas, busque prontamente o serviço de saúde.

Diagnóstico Precoce

A estratégia de diagnóstico precoce contribui para a redução do estágio de apresentação do câncer, sendo conhecida algumas vezes como *down-staging* (WHO, 2007, p.3). Nesta estratégia destaca-se a importância da educação da mulher e dos profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, bem como do acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde.

Na década de 1950, nos Estados Unidos, o autoexame das mamas surgiu como estratégia para diminuir o diagnóstico de tumores de mama em fase avançada. Ao final da década de 1990, ensaios clínicos mostraram que o autoexame das mamas não reduzia a mortalidade do câncer de mama. A partir de então, diversos países passaram a adotar a estratégia de *breast awareness*, que significa estar alerta para a saúde das mamas (THORNTON e PILLARISSETTI, 2008).

A política de alerta à saúde das mamas destaca a importância do diagnóstico precoce e significa orientar a população feminina sobre as mudanças habituais das mamas em diferentes momentos do ciclo de vida e os principais sinais do câncer de mama.

A orientação é que a mulher realize a autopalpação das mamas sempre que se sentir confortável para tal (seja no banho, no momento da troca de roupa ou em outra situação do cotidiano), sem qualquer recomendação de técnica específica, valorizando-se a descoberta casual de pequenas alterações mamárias. A mulher deve ser estimulada a procurar esclarecimento médico sempre que houver dúvida em relação aos achados da autopalpação das mamas e a participar das ações de detecção precoce do

câncer de mama. O sistema de saúde deve adequar-se para acolher, informar ou realizar os exames diagnósticos adequados em resposta a esta demanda estimulada.

Esta estratégia mostrou ser mais efetiva do que o autoexame das mamas, isto é, a maior parte das mulheres com câncer de mama identificou o câncer por meio da palpação ocasional em comparação com o autoexame (aproximadamente 65% das mulheres identificam o câncer de mama ao acaso e 35% por meio do autoexame).

A estratégia do diagnóstico precoce é especialmente importante em contextos de apresentação avançada do câncer de mama.

Rastreamento

O rastreamento é uma estratégia dirigida às mulheres na faixa etária em que o balanço entre benefícios e riscos do rastreamento é mais favorável, com maior impacto na redução da mortalidade. Os benefícios são o melhor prognóstico da doença, com tratamento mais efetivo e menor morbidade associada, enquanto os riscos ou malefícios incluem os resultados falso-positivos e falso-negativos, que geram ansiedade ou falsa tranquilidade à mulher; o sobrediagnóstico e sobretratamento, relacionados à identificação de tumores de comportamento indolente; e o risco da exposição à radiação ionizante, se excessiva ou mal controlada (BRASIL, 2011).

O rastreamento pode ser oportunístico ou organizado. No primeiro, o exame de rastreio é ofertado às mulheres que oportunamente chegam às unidades de saúde, enquanto o modelo organizado é dirigido às mulheres elegíveis de uma dada população que são formalmente convidadas para os exames periódicos. A experiência internacional tem demonstrado que este modelo apresenta melhores resultados e menores custos (INCA, 2009).

Em países que implantaram programas efetivos de rastreamento, com cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado, a mortalidade por câncer de mama vem tendo redução. As evidências de impacto do rastreamento na mortalidade por esta neoplasia justificam sua adoção como política de saúde pública, tal como recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2008b).

No Brasil, a mamografia e o exame clínico das mamas (ECM) são os métodos preconizados para o rastreamento na rotina de atenção integral à saúde da mulher.

A recomendação para as mulheres de 50 a 69 anos é a realização de mamografia a cada dois anos e do exame clínico das mamas anual. A mamografia nesta faixa etária e periodicidade bienal é a rotina adotada na maioria dos países que implantaram rastreamento organizado do câncer de mama e baseia-se na evidência científica do benefício desta estratégia na redução da mortalidade neste grupo. Segundo revisões sistemáticas recentes, o impacto do rastreamento mamográfico na redução da mortalidade por câncer de mama pode chegar a 25% (USTFPS, 2009; GØTZSCHE, 2006; AETMIS, 2006).

Para as mulheres de 40 a 49 anos, a recomendação é o exame clínico anual e a mamografia diagnóstica em caso de resultado alterado. Segundo a OMS, a inclusão desse grupo no rastreamento mamográfico tem hoje limitada evidência de redução da mortalidade (WHO, 2008b). Uma das razões é a menor sensibilidade do exame de mamografia em mulheres na pré-menopausa pela maior densidade mamária.

Além desses grupos, há também a recomendação para o rastreamento de mulheres com risco elevado de câncer de mama, cuja rotina de exames deve se iniciar aos 35 anos, com exame clínico das mamas e mamografia anuais (INCA, 2004). Segundo o Consenso, risco elevado de câncer de mama inclui: história familiar de câncer de mama em parente de primeiro grau antes dos 50 anos ou de câncer bilateral ou de ovário em qualquer idade; história familiar de câncer de mama masculino; e diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ* (INCA, 2004). A definição sobre a forma de rastreamento da mulher de alto risco não tem ainda suporte nas evidências

científicas atuais e é variada a abordagem deste grupo nos programas nacionais de rastreamento. Recomenda-se que as mulheres com risco elevado de câncer de mama tenham acompanhamento clínico individualizado.

O êxito das ações de rastreamento depende dos seguintes pilares:

- ♦ informar e mobilizar a população e a sociedade civil organizada;
- ♦ alcançar a meta de cobertura da população alvo;
- ♦ garantir acesso a diagnóstico e tratamento;
- ♦ garantir a qualidade das ações;
- ♦ monitorar e gerenciar continuamente as ações.

SISMAMA - Sistema de Informação do Câncer de Mama

O Sistema de Informação do Câncer de Mama - SISMAMA foi desenvolvido pelo INCA, em parceria com o Departamento de Informática do SUS, como ferramenta para gerenciar as ações de detecção precoce do câncer de mama. O Sistema foi instituído pela Portaria SAS nº 779, de 2008, e entrou em vigor em junho de 2009. Os dados gerados pelo sistema permitem estimar a cobertura da população-alvo e qualidade dos exames, a distribuição dos diagnósticos, a situação do seguimento das mulheres com exames alterados, dentre outras informações relevantes ao acompanhamento e melhoria das ações de rastreamento, diagnóstico e tratamento.

O sistema está implantado nas clínicas radiológicas e nos laboratórios de citopatologia e histopatologia que realizam exames pelo SUS (módulo do prestador de serviço) e nas coordenações estaduais, regionais e municipais de detecção precoce do câncer (módulo de coordenação).

Os formulários-padrão para a coleta de dados do SISMAMA e os locais onde estão disponíveis são:

Requisição de mamografia: disponível nas unidades básicas de saúde para solicitação de mamografia de rastreamento (mulheres assintomáticas) e mamografia diagnóstica (mulheres com alterações no exame clínico da mama). Também deverá estar disponível em unidades secundárias para o acompanhamento das mulheres com exames prévios alterados ou em tratamento.

Resultado de mamografia: disponível nos serviços que realizam a mamografia (clínicas radiológicas, hospitais). Neste formulário serão complementadas algumas informações relativas à anamnese da paciente e informadas as alterações observadas no exame mamográfico, seguidas do laudo e recomendações conforme a categoria BI-RADs, adaptada do Colégio Brasileiro de Radiologia.

Requisição de Exame Citopatológico: disponível nas unidades secundárias de referência para patologias mamárias e em unidades básicas que dispõem de profissional capacitado para realização de Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF). As informações do resultado são inseridas pelo profissional do laboratório que realiza o exame.

Requisição de Exame Histopatológico: disponível nas unidades secundárias de referência para patologias mamárias e hospitais. As informações do resultado são inseridas pelo profissional do laboratório que realiza o exame.

As orientações básicas para uso do sistema pelos laboratórios e pelas coordenações podem ser acessadas nos manuais operacionais disponíveis no site do DATASUS (www.datasus.gov.br). Também está disponível o manual gerencial que auxilia na análise dos relatórios. Outras informações podem ser acessadas na seção de perguntas frequentes e no Fórum SISMAMA, espaço virtual onde usuários, gestores e profissionais da saúde trocam informações, experiências e orientações.

Os dados do SISMA são disponibilizados ao público no site do DATASUS e podem ser tabulados por Brasil e Unidades da Federação.

As fichas técnicas dos procedimentos ambulatoriais relacionados ao controle do câncer de mama podem ser consultadas na página do Sigtap (<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>).

Programa Nacional de Qualidade da Mamografia

O Programa de Qualidade em Mamografia (PQM) é uma iniciativa do INCA e do Colégio Brasileiro de Radiologia com vistas a garantir a qualidade da mamografia realizada pelo SUS no âmbito da detecção precoce do câncer de mama. As ações envolvem o controle da dose, da qualidade da imagem e do laudo (interpretação da imagem radiológica). Os órgãos estaduais de vigilância sanitária são os parceiros desta iniciativa mediante termos de cooperação técnica.

Aperfeiçoamento da Gestão das Ações de Detecção Precoce

Esta linha de atuação envolve apoio técnico às coordenações estaduais de detecção precoce do câncer mediante as seguintes atividades: acompanhamento cotidiano das ações e projetos; realização de encontros nacionais para suporte técnico ao planejamento e à avaliação; e produção de boletins informativos para acompanhamento de indicadores do Pacto pela Saúde, difusão de experiências e intercâmbio institucional.

TRATAMENTO

Importantes avanços na abordagem do câncer de mama aconteceram nos últimos anos, principalmente no que diz respeito a cirurgias menos mutilantes, assim como a busca da individualização do tratamento. O mesmo varia de acordo com o estadiamento da doença, suas características biológicas, e também com as condições da paciente (idade, *status* menopausal, comorbidades e preferências).

O prognóstico do câncer de mama depende da extensão da doença (estadiamento). Quando a doença é diagnosticada no início, o tratamento tem maior potencial curativo. Quando há evidências de metástases (doença a distância), o tratamento tem por objetivos principais prolongar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida.

As modalidades de tratamento do câncer de mama podem ser divididas em:

- Tratamento local: cirurgia e radioterapia
- Tratamento sistêmico: quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica

Estádios I e II

Nos estádios I e II, a conduta habitual consiste de cirurgia, que pode ser conservadora, com retirada apenas do tumor; ou mastectomia, com retirada da mama. A avaliação dos linfonodos axilares tem função prognóstica e terapêutica.

Após a cirurgia, o tratamento complementar com radioterapia pode ser indicado em algumas situações. Já a reconstrução mamária deve ser sempre considerada nos casos de mastectomia. O tratamento sistêmico será determinado de acordo com o risco de recorrência (idade da paciente, comprometimento linfonodal, tamanho tumoral, grau de diferenciação), assim como das características

tumorais que irão ditar a terapia mais apropriada. Essa última baseia-se principalmente na mensuração dos receptores hormonais (receptor de estrogênio e progesterona)- quando a hormonioterapia pode ser indicada; e também de HER-2 (fator de crescimento epidérmico 2), com possível indicação de terapia biológica anti-HER-2.

Estádio III

Pacientes com tumores maiores, porém ainda localizados, enquadram-se no estágio III. Nessa situação, o tratamento sistêmico (na maioria das vezes, com quimioterapia) é a modalidade terapêutica inicial. Após resposta adequada, segue-se com o tratamento local.

Estádio IV

Nesse estágio é fundamental que a decisão terapêutica busque o equilíbrio entre a resposta tumoral e o possível prolongamento da sobrevida, levando-se em consideração os potenciais efeitos colaterais decorrentes do tratamento. A modalidade principal nesse estágio é sistêmica, sendo o tratamento local reservado para indicações restritas.

Atenção à qualidade de vida da paciente com câncer de mama deve ser preocupação dos profissionais de saúde ao longo de todo o processo terapêutico. As rotinas do INCA para o tratamento do câncer de mama estão disponíveis no site do INCA.

O tratamento do câncer de mama, conforme prevê a Política Nacional de Atenção Oncológica, deve ser feito por meio das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) e dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), que fazem parte de hospitais de nível terciário. Este nível de atenção deve estar capacitado para determinar a extensão da neoplasia (estadiamento), tratar, cuidar e assegurar a qualidade da assistência oncológica.

O Ministério da Saúde atualizou, em 11 de março de 2009, as habilitações das Unacon e Cacon para o tratamento do câncer - Portaria nº 62 da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). As habilitações são periodicamente atualizadas de acordo com a necessidade e indicação dos estados e são baseadas em padrões e parâmetros publicados na Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) nº 741, de dezembro de 2005. A lista de Unacon e Cacon habilitados no SUS é atualizada periodicamente no site do INCA.

O INCA é um dos responsáveis pelo projeto de expansão da atenção oncológica em nível terciário (Projeto EXPANDE), em parceria com estados, municípios e hospitais públicos ou filantrópicos. Cabe às secretarias estaduais e municipais de Saúde organizar o fluxo de atendimento dos pacientes na rede assistencial, estabelecendo a referência dos pacientes para Unacon ou Cacon.

CUIDADOS PALIATIVOS

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, “Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais” (WHO, 2002).

Os cuidados paliativos devem incluir as investigações necessárias para o melhor entendimento e manejo de complicações e sintomas estressantes tanto relacionados ao tratamento quanto à evolução da doença. Apesar da conotação negativa ou passiva do termo, a abordagem e o tratamento paliativo devem ser eminentemente ativos, principalmente em pacientes portadores de câncer em fase avançada, onde algumas modalidades de tratamento cirúrgico e radioterápico são essenciais para alcance do controle de sintomas. Considerando a carga devastadora de sintomas físicos, emocionais e psicológicos que se avolumam no paciente com doença terminal, faz-se necessária a adoção precoce de condutas terapêuticas dinâmicas e ativas, respeitando-se os limites do próprio paciente frente à sua situação de incurabilidade.

A abordagem dos Cuidados Paliativos para o câncer do colo do útero segue os princípios gerais dos Cuidados Paliativos, que são:

- ♦ Fornecer alívio para dor e outros sintomas estressantes como astenia, anorexia, dispneia e outras emergências oncológicas.
- ♦ Reafirmar vida e a morte como processos naturais.
- ♦ Integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do paciente.
- ♦ Não apressar ou adiar a morte.
- ♦ Oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente.
- ♦ Oferecer um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte.
- ♦ Usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto.

O INCA oferece Cuidados Paliativos aos pacientes oncológicos atendidos em suas Unidades Hospitalares no Rio de Janeiro, por meio de Unidade Especializada denominada Hospital do Câncer IV. O HC IV é também espaço de ensino e pesquisa sobre Cuidados Paliativos e promove debates e articulação em rede para expansão desta área na política de saúde do Brasil.

LEGISLAÇÃO

MS/nº 2918/2007: Exclui e altera procedimentos da tabela SIA/SUS e SIH/SUS relativos ao controle do câncer de colo do útero e de mama.

SAS/MS nº 779/2008: Em vigor desde junho de 2009, institui o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA).

Retificação SAS/MS nº 779/2008: Vincula o faturamento de procedimentos como mamografia bilateral e exame citopatológico, entre outros, à prestação de informações de cadastro e de laudo, descritas no manual gerencial do sistema.

SAS/MS nº 215/2009: Prorroga o prazo para início da utilização exclusiva do SISMAMA para faturamento dos exames.

SAS/MS nº 1.183/2009: Altera o procedimento mamografia unilateral (02.04.03.003-0) e inclui o procedimento Mamografia Bilateral para Rastreamento (02.04.03.018-8), com financiamento pelo FAEC.

SAS/MS nº 1.856/2010: Altera a Portaria nº 1183 e prorroga em dezoito meses o financiamento dos exames de mamografia pelo FAEC.

TEXTOS DE REFERÊNCIA

Publicações do INCA e Ministério da Saúde



Documento de Consenso sobre o Controle do Câncer de Mama - 2004



Caderno de Atenção Básica nº 13 - 2006



Mamografia: da prática ao controle. Recomendações para Profissionais de Saúde - 2007



Parâmetros Técnicos para o Rastreamento do Câncer de Mama. Edição revista e Ampliada 2009



Encontro Internacional sobre Rastreamento do Câncer de Mama -
Resumo das Apresentações - 2008



Fôlder sobre Câncer de Mama (para a população) - 2009



Fôlder sobre Detecção Precoce do Câncer de Mama (para profissionais) - 2010

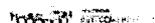
2 •



Informe SISMAMA (para profissionais) - 2010



Perguntas e Respostas sobre o SISMAMA - 2010



Informativo Detecção Precoce - (a partir de 2010/bimestral)



Recomendações do INCA para a redução da mortalidade do câncer de mama - 2010



Orientações para elaboração de laudo no SISMAMA - 2011

Documentos técnicos da OMS e de agências internacionais

WHO. World Health Organization. Cancer Control. Knowledge into Action. WHO Guide for Effective Programmes. Early Detection. Switzerland: WHO, 2007. Disponível em internet: www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf Acesso em: 10/09/2010

Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Screening Mammography: A Reassessment. Report prepared by Wilber Deck with the contribution of Ritsuko Kakuma (AETMIS 05-03). Montréal: AETMIS, 2006, xii-77 p.

Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art.No.: CD001877. DOI: 10.1002/14651858.CD001877.pub2

Kösters JP, Gøtzsche PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2008. Oxford: Update Software

Screening for Breast Cancer, Topic Page. November 2009. U.S. Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstfbrca.htm>

Livros da Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC) sobre rastreamento. Disponível em internet: <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook7/index.php> Acesso em: 24/09/2010

FONTES DE INFORMAÇÃO

Informações sobre a incidência do câncer de mama podem ser obtidas nos Registros Hospitalares de Câncer (RHC), nos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) e nas Estimativas de Casos Novos de Câncer, publicadas pelo INCA a cada dois anos.

Informações sobre a mortalidade do câncer de mama podem ser consultadas no Atlas da Mortalidade por Câncer no site do INCA, a partir dos dados do Sistema de Informação da Mortalidade.

Alguns indicadores para avaliação das ações de detecção precoce estão disponíveis no painel de indicadores do SISMAMA. O conjunto mais amplo de informações do SISMAMA pode ser acessado no tabnet do Sistema no site do Datasus. Dados de produção dos exames e procedimentos na linha de cuidados do câncer de mama podem ser obtidos também no site do Datasus, em informações de saúde/assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

AETMIS. Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Report prepared by Wilber Deck with the contribution of Ritsuko Kakuma. Screening mammography: a reassessment. Montreal: AETMIS, 2006. Disponível em internet: <http://www.aetmis.gouv.qc.ca/site/download.php?f=48202dfec055e10d2333f594c7d1b1b4>

ABREU, Evaldo de. Pró-Onco 10 anos. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v.43 n. 4, out./dez. 1997.

ADAMI H., HUNTER, D. e TRICHOPOULOS, D. (editores) Testbook of Cancer Epidemiology. 2nd ed.: Oxford University Press, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. 27p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 2439/2006, de 31/12/2005, Política Nacional de Atenção Oncológica. 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, 2006a. 76p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasus). Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205> Acesso em: 23/09/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde 2006b. 60p. (Série B. Textos básicos de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento (Série A: Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Primária nº29). Brasília, 2010.

GØTZSCHE, P.C. e NIELSEN, M. Screening for breast cancer with mammography. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2006, Issue 4. Art.No.: CD001877. DOI: 10.1002/14651858.CD001877.pub2

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Estimativa 2010. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Atlas da Mortalidade. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>. Acesso em: 10/09/2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Controle do Câncer de Mama: Documento do Consenso. Rio de Janeiro, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Resumo. Alimentos, Nutrição, Atividade Física e Prevenção do Câncer. Uma perspectiva global. Tradução de Athayde Handson Tradutores. Rio de Janeiro, 2007, 12 p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Encontro Internacional sobre Rastreamento do Câncer de Mama. Caderno de Resumos. Rio de Janeiro: INCA, 2009a. 393 p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Sumário Executivo. Políticas e Ações para Prevenção do Câncer no Brasil. Alimentos, Nutrição e Atividade Física. Rio de Janeiro: INCA, 2009b. 16p.

NATIONAL SCREENING UNIT; CANCER SOCIETY OF NEW ZEALAND; THE NEW ZEALAND BREAST CANCER FOUNDATION. **Position Statement on Breast Awareness**. October 2008

THORNTON, H. e PILLARISSETTI, R.R. 'Breast Awareness' and 'breast self-examination' are not the same. What do these terms mean? Why are they confused? What can we do? **European Journal of Cancer**, 2008; vol.44, pag.2118-2121.

U.S. Preventive Task Force. Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Task Force Recommendation Statement. **Annals of Internal Medicine**, 2009; vol.151 (10), pag. 716-724.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer Control**. Knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Early Detection Module. Switzerland: WHO, 2007. Disponível em: <www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer. **Globocan 2008**. Lyon, 2008a. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/>>. Acesso em: 10/09/2010.

WHO. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. **World Cancer Report 2008**. Lyon: 2008b.