

Informativo DETECÇÃO PRECOCE

Boletim ano 6, nº 3, setembro/dezembro 2015
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)/Ministério da Saúde

MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA Linha de Cuidado e Rede de Atenção ao Câncer de Mama

Apresentação

Esta edição do Informativo Detecção Precoce apresenta um panorama epidemiológico do câncer de mama no Brasil e dos procedimentos que fazem parte da sua linha de cuidado nos diferentes níveis de atenção: primária, secundária e terciária.

As análises foram elaboradas a partir dos dados disponíveis nos sistemas de informação e com base nas regulamentações do Ministério da Saúde, principalmente: a Portaria Gabinete Ministerial do Ministério da Saúde (GM/MS) nº 874, de maio de 2013, que instituiu a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e a Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) nº 140, de fevereiro de 2014, que estabeleceu critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia.

Espera-se que as informações apresentadas contribuam para o aprimoramento das estratégias de controle do câncer de mama, com a maior compreensão da magnitude do problema e da organização da RAS para as pessoas com doenças crônicas.

Incidência e mortalidade

O câncer de mama é o principal câncer em mulheres no Brasil e no mundo. Representa a localização mais frequente, excluído o câncer de pele não melanoma, e a primeira causa de morte por câncer feminino no país. As estimativas para o ano de 2015 foram de 57.120 casos novos (taxa bruta de incidência de 56,09 por 100 mil mulheres). Em 2013, ocorreram 14.206 óbitos por essa causa (taxa bruta de mortalidade de 14,35 óbitos por 100 mil mulheres), sendo a taxa média bruta de mortalidade, para o período de 2009 a 2013, de 13,38 óbitos por 100 mil mulheres.

Há grande variação entre os Estados do país. Os da Região Norte apresentam baixa frequência e mortalidade, ao contrário das Regiões Sul e Sudeste, especialmente nos Estados do Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro, as quais apresentam valores de incidência e mortalidade acima da média nacional (Figura 1). As maiores taxas de incidência observadas nas Regiões Sul e Sudeste, em parte, devem-se à estrutura etária da população e ao maior nível de urbanização nessas regiões, que influenciam os hábitos relacionados à má alimentação, ao uso de tabaco e álcool, às condições reprodutivas e hormonais e ao sedentarismo. Além disso, essas regiões têm maior capacidade diagnóstica e melhor qualidade das informações.

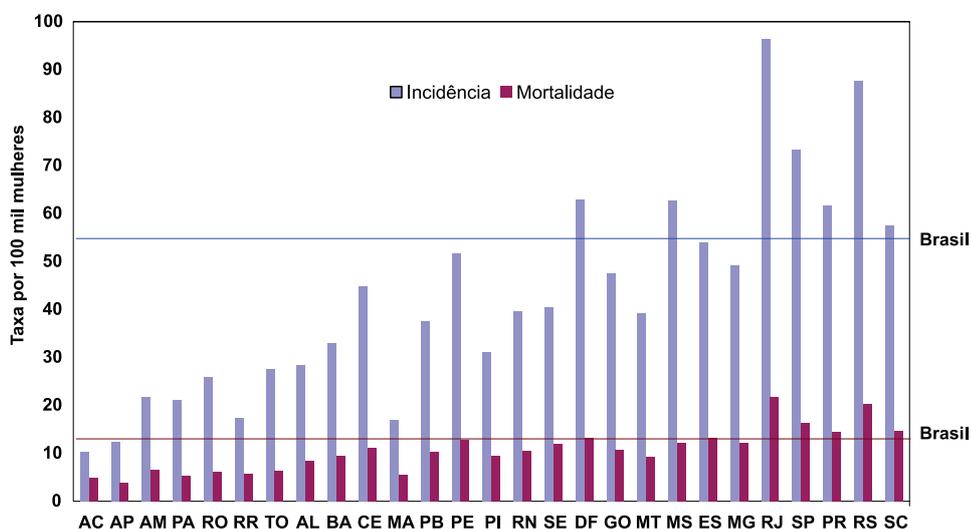


Figura 1. Taxas de incidência e mortalidade por câncer de mama por Unidade da Federação (UF) e Brasil

Fontes: Estimativa 2014: Incidência de câncer no Brasil, INCA, 2014. Atlas de mortalidade por câncer. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/> Mortalidade Web/, dados de 2013, acesso em setembro de 2015.

Linha de cuidado

O controle do câncer de mama tem como componente fundamental sua detecção precoce por meio da estratégia de conscientização (*breast awareness*) de mulheres e profissionais de saúde e pelo rastreamento mamográfico.

A publicação *Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil*, lançada em 2015 pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) e pelo Ministério da Saúde, recomenda que mulheres e profissionais de saúde estejam informados sobre a importância do reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, bem como a importância do acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde. Para essa população sintomática, o primeiro nível de atenção deve avaliar os sinais e sintomas e priorizar o encaminhamento para investigação (avaliação por imagem) e confirmação diagnóstica (biópsia e análises citológica ou histopatológica) no nível secundário.

Quando há a confirmação do diagnóstico de câncer, o tratamento é realizado na alta complexidade (atenção terciária), em Unidades ou Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon e Cacon).

Para mulheres assintomáticas de 50 a 69 anos, recomenda-se a realização de uma mamografia de rastreamento a cada dois anos, solicitada na atenção básica (primária). Conforme o resultado alterado (Quadro 1), assim como para os casos sintomáticos, seguem-se procedimentos diagnósticos e confirmatórios (biópsias e análise histopatológica) na média complexidade (atenção secundária) e tratamento na alta complexidade quando confirmado o diagnóstico de câncer (Figura 2). Os resultados negativos seguem a rotina de rastreamento.

Para dar suporte e articular os diversos níveis de atenção da linha de cuidado, são necessários os componentes dos sistemas de apoio (sistemas de informações, garantia de

Quadro 1. Condutas clínicas segundo resultado do exame mamográfico

Categoria BI-RADS®	Achados mamográficos	Conduta
1 - Negativo	Sem achados	Rotina do rastreamento
2 - Benigno	Achados benignos	Rotina do rastreamento
3 - Provavelmente benigno	Achados provavelmente benignos	Controle radiológico por três anos (semestral no primeiro ano e anual nos segundo e terceiro anos). Confirmando estabilidade de lesão, volta à rotina. Eventualmente biópsia
4 - Suspeito (baixa, média e alta suspeição)	Achados suspeitos de malignidade	Biópsia e estudo histopatológico
5 - Altamente suspeito	Achados altamente suspeitos de malignidade	Biópsia e estudo histopatológico
6 - Achado já com diagnóstico de câncer	Diagnóstico de câncer comprovado histologicamente	Seguir tratamento conforme o caso
0 - Indefinido	Necessidade de avaliação adicional (outras incidências mamográficas, USG etc.)	Realizar a ação necessária e classificar conforme categorias anteriores

Fonte: American College of Radiology (ACR) Atlas BI-RADS®, 2013

qualidade dos exames de diagnóstico e assistência farmacêutica) e dos sistemas logísticos (Sistema de Informação do Câncer – Siscan, Sistema de Informação do Câncer de Mama – Sismama, Registros Hospitalares de Câncer – RHC, centrais de regulação, transporte sanitário e integração dos pontos de atenção), além da governança exercida nas comissões intergestores¹.

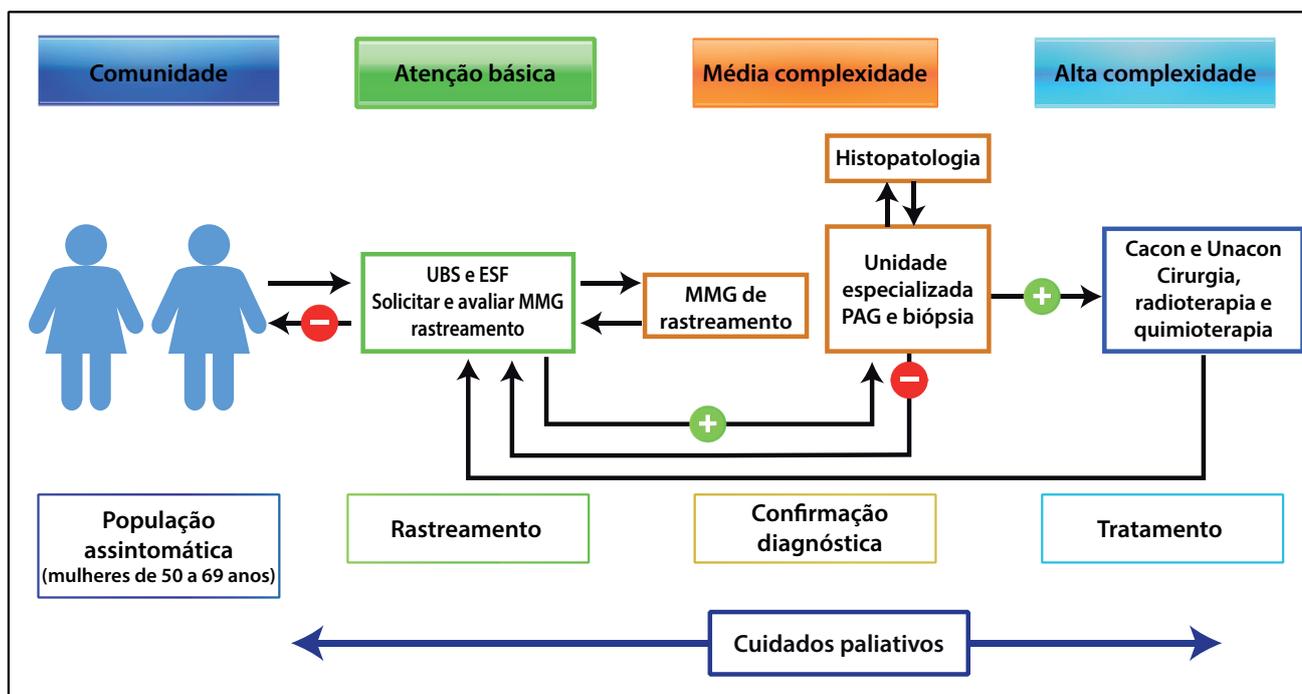


Figura 2. Principais pontos de atenção para o rastreamento do câncer de mama

Fonte: Adaptado de Cancer Control: Knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Module 3 (EarlyDetection).WHO, 2007, p.13.

¹ Portaria GM/MS nº 874/2013.

Atenção básica (atenção primária)

Nesse nível de atenção, ocorre a primeira avaliação da mulher na RAS, sendo imprescindível que as equipes estejam capacitadas para reconhecer as necessidades da mulher em todo o seu ciclo vital (integralidade). Especificamente sobre a saúde das mamas, as equipes devem estar preparadas para abordar tanto os aspectos do rastreamento do câncer, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, quanto as queixas percebidas pela mulher. Em qualquer das dimensões abordadas, as equipes das unidades de atenção básica deverão ter domínio sobre os fluxos construídos (regulação, referência e contrarreferência) para os níveis de atenção de média e alta complexidades.

A mamografia é o exame recomendado para investigação de alterações nas mamas e para o rastreamento do câncer de mama. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, 60% das mulheres de 50 a 69 anos no país havia feito mamografia nos dois anos anteriores à data da pesquisa. Essa proporção variou segundo Regiões, sendo de 38,7% na Região Norte, 47,9% na Nordeste, 55,6% na Centro-Oeste, 64,5% na Sul e 67,9% na Região Sudeste.

No segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que teve adesão, em 2013, de 88,7% das equipes de atenção básica do Brasil, 90,8% das equipes informaram que a mamografia era solicitada pela equipe e realizada pela rede de serviços de saúde.

As mamografias solicitadas podem ser diagnósticas ou de rastreamento. A primeira deve ser realizada em mulheres com sinais e sintomas de câncer de mama, enquanto a segunda, em mulheres aparentemente saudáveis. Segundo informações do Sismama, 1.473 municípios (26,4%) não informaram solicitar mamografias em 2013 (Tabela 1). Como o Siscan está em fase de implantação, deve ser considerada a possibilidade de que alguns municípios sem informação no Sismama já estejam utilizando o Siscan, o que levaria a uma redução no número de mamografias informadas no Sismama a partir de 2013. Uma outra possível explicação é que os exames solicitados por municípios pequenos estejam sendo digitados nos municípios maiores, como capitais, onde se concentram os serviços que realizam a mamografia.

De acordo com os dados informados no Sismama, 97,5% das mamografias (2.381.991) informadas em 2013 eram de rastreamento.

O resultado da mamografia no Sismama segue a classificação BI-RADS®, do *American College of Radiology* (ACR). Nas mamografias de rastreamento, as categorias variam de zero a cinco e, para as diagnósticas, há, além dessas, a categoria seis. Para cada categoria, há uma recomendação. Em mamografias de rastreamento, a recomendação, para as categorias um e dois, é realizar outra mamografia em dois anos e, para categoria três, é o controle radiológico. A categoria seis refere-se às mulheres que já possuem diagnóstico histopatológico de câncer de mama (Quadro 1).

Os resultados BI-RADS® zero têm como recomendação a reavaliação, pois são inconclusivos, enquanto resultados quatro e cinco necessitam de investigação

Tabela 1. Percentual de municípios sem informação de solicitação de mamografia segundo UF e Região, 2013

Região e UF	Percentual (%)
Norte	47,1
AC	31,8
AP	81,3
AM	64,5
PA	61,8
RO	78,8
RR	93,3
TO	5,8
Nordeste	34,5
AL	18,7
BA	14,7
CE	31,5
MA	77,9
PB	52,0
PE	5,9
PI	60,3
RN	7,8
SE	32,0
Sudeste	12,4
ES	2,6
MG	15,8
RJ	20,7
SP	7,9
Sul	24,9
PR	16,3
RS	34,6
SC	20,3
Centro-Oeste	29,6
DF	0,0
GO	42,7
MT	21,3
MS	3,8
BRASIL	26,4

Fonte: Sismama/Datasus, acesso em 23 de setembro de 2015.

histopatológica. A proporção de resultados categoria BI-RADS® zero entre todos os exames de rastreamento é chamado de *recall rate* (taxa de reconvocação) e o parâmetro de variação aceito pelo ACR está entre 5% e 12%. O *recall rate* no Brasil, em 2013, foi 10,7% na faixa etária de 50 a 69 anos (variando de 4,9% no Piauí a 20,1% no Pará).

A proporção de mamografias categorias BI-RADS® quatro e cinco em relação ao total de mamografias possibilita dimensionar a quantidade de casos que necessitarão de investigação histopatológica.

A Figura 3 apresenta a proporção de resultado de categorias BI-RADS® quatro e cinco entre as mamografias, segundo indicação clínica (rastreamento ou diagnóstica). No Brasil, em 2013, a proporção de categorias quatro e cinco, independente da faixa etária, foi 1,1% em mamografias de rastreamento e 4,9% em diagnósticas.

Após a mamografia, deve estar garantido o seguimento das mulheres com resultados alterados. A partir desses, o profissional de saúde avaliará quais serão as necessidades assistenciais para que ocorra a continuidade do cuidado dentro da RAS (Figura 2).

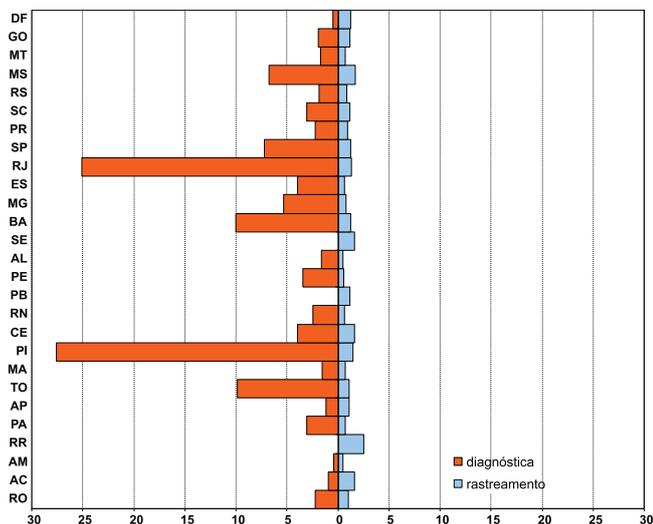


Figura 3. Proporção de categoria BI-RADS® quatro e cinco em mamografias de rastreamento e diagnósticas por UF, 2013
Fonte: Sismama, acesso em setembro de 2015.

Atenção de média complexidade (atenção especializada)

Os procedimentos para confirmação diagnóstica são realizados em serviços de saúde, como policlínicas ou hospitais de pequeno porte, entre outros, caracterizados como atenção de média complexidade e, preferencialmente, em uma mesma unidade de saúde, de forma a facilitar o acesso e a adesão da mulher ao atendimento. Visando a alcançar esse objetivo, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 189, de janeiro de 2014, instituindo os Serviços de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM), com incentivos financeiros para sua implantação. Nos SDM, uma equipe, composta por médicos mastologistas e radiologistas, enfermeiros e técnicos, deve estar capacitada para realizar seis procedimentos diagnósticos da linha de cuidado a esse câncer (Quadro 2). Além disso, a Portaria SAS/MS nº 140/2014 prevê que Unacon e Cacon realizem confirmação diagnóstica.

No Brasil, esses procedimentos nem sempre são distribuídos adequadamente, de forma a atender oportuna e resolutivamente a mulher com lesão suspeita. Em 2014, segundo os dados informados ao Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do SUS, verificou-se que 4.110 serviços realizaram algum procedimento da linha de cuidado, sendo que 1.622 realizaram mamografia e 3.257, ultrassonografias mamárias. Do total de serviços, apenas 46 disponibilizaram todos os procedimentos previstos nesse nível de atenção. Algumas UF das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste não possuíam serviços que realizassem todos os procedimentos de investigação e confirmação diagnóstica do câncer de mama. Nas Regiões Sul e Sudeste, todas as UF possuíam pelo menos um serviço que realiza todos esses procedimentos, sendo a Sudeste a que apresentou a maior concentração, a maioria no Estado de São Paulo (Tabela 2).

Verifica-se, no país, que a distribuição de serviços que oferecem mamografia (de rastreamento e diagnóstica) é muito maior que a dos que realizam procedimentos como punção (por agulhas grossa e fina), exérese ou biópsia (Figura 4). Esse fato retrata o esperado, por ser a mamografia o exame elegível para o rastreamento do câncer de mama. A concentração de oferta de serviços nos grandes centros urbanos em contraste às demais áreas pode, em parte, ser explicada pela conformação das redes regionalizadas de atenção à saúde, respeitando os conceitos de escopo e escala, conforme definido na Portaria nº 874, de 2013.

Quadro 2. Procedimentos mínimos a serem realizados pelos estabelecimentos habilitados como SDM

Código	Procedimento
02.01.01.056-9	Biópsia, exérese de nódulo de mama
02.04.03.018-8	Mamografia bilateral para rastreamento
02.04.03.003-0	Mamografia unilateral
02.01.01.058-5	Punção aspirativa de mama por agulha fina (PAAF)
02.01.01.060-7	Punção de mama por agulha grossa (PAG)
02.05.02.009-7	Ultrassonografia mamária bilateral (US)

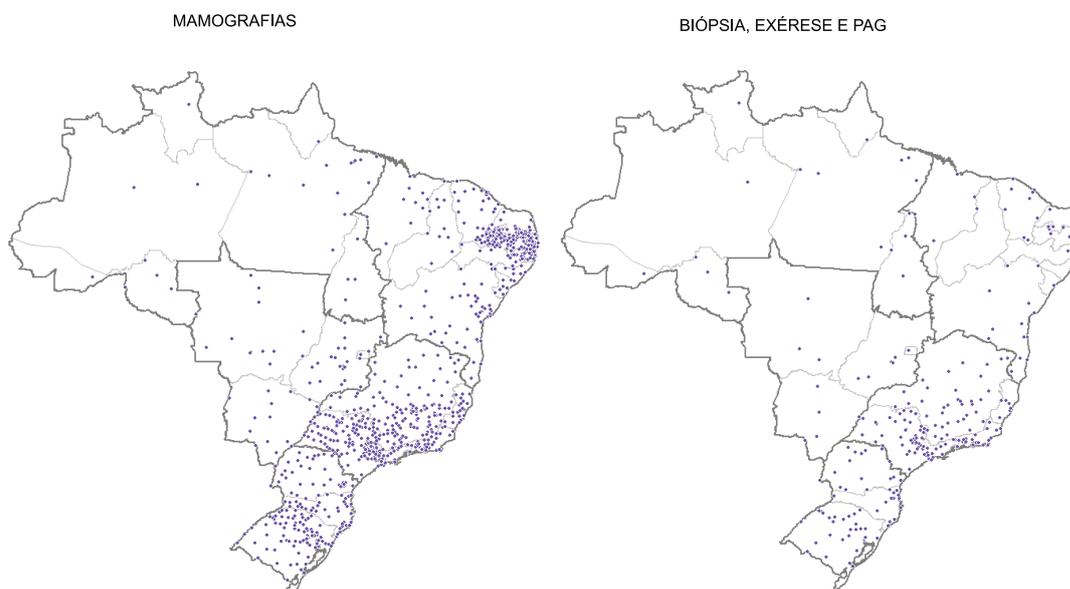


Figura 4. Distribuição de unidades por município, segundo realização de mamografias e procedimentos de confirmação diagnóstica do câncer de mama, 2014
Fonte: SIA/SUS e SIH/SUS, acesso em abril de 2015.

Tabela 2. Número de unidades de saúde segundo realização de procedimentos da linha de cuidado do câncer de mama. UF, Regiões e Brasil, 2014

Região e UF	Biópsia e exérese	PAAF	PAG	Mamografia	US	Todos procedimentos*	Total de estabelecimentos
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
Norte	18	20	10	73	196	2	247
AC	1	2	1	2	7	0	8
AP	1	0	0	2	4	0	5
AM	3	2	1	19	49	1	57
PA	7	5	3	25	114	1	123
RO	4	1	1	9	20	0	28
RR	0	2	2	4	2	0	7
TO	2	8	2	12	0	0	19
Nordeste	39	76	42	509	1.009	6	1.317
AL	1	4	0	20	66	0	76
BA	6	28	15	101	209	1	275
CE	12	11	8	45	142	3	158
MA	3	2	3	18	97	0	104
PB	3	8	5	143	137	0	233
PE	7	10	6	116	176	2	246
PI	3	2	1	30	66	0	80
RN	3	8	4	19	84	0	98
SE	1	3	0	17	32	0	47
Sudeste	130	229	118	640	1.330	23	1.621
ES	6	7	7	28	110	2	124
MG	32	60	30	213	253	4	380
RJ	25	29	17	84	240	1	298
SP	67	133	64	315	727	16	819
Sul	57	76	50	294	420	11	568
PR	14	24	16	87	118	4	160
RS	31	36	19	132	181	6	240
SC	12	16	15	75	121	1	168
Centro-Oeste	19	41	16	106	302	4	357
DF	6	9	4	11	21	2	21
GO	4	14	5	52	112	2	142
MS	8	15	5	25	91	0	105
MT	1	3	2	18	78	0	89
BRASIL	263	442	236	1.622	3.257	46	4.110

Fonte: SIA/SUS. Tabwin, *download* em março de 2015.

*Unidades que realizam os seis procedimentos diagnósticos avaliados.

A dificuldade na estruturação da atenção secundária também pode ser constatada a partir dos dados dos RHC. Observa-se que, no Brasil, 39% dos casos de câncer de mama chegaram a Unacon e Cacon sem diagnóstico, o que pode indicar a insuficiência na estruturação das redes, visto que a confirmação diagnóstica, nesses casos, poderia ser realizada na rede de média complexidade (Figura 5). Embora essa confirmação seja uma das responsabilidades das unidades de alta complexidade, os SDM, quando existentes na RAS, oferecem apoio matricial aos serviços de atenção básica como referência para serviço de atenção ambulatorial especializada, além de poderem agilizar o atendimento das usuárias em Unacon e Cacon. Sobre essa questão, existem variações regionais expressivas. Na região Norte, Amapá e Acre apresentam, respectivamente, 97% e 5% dos casos chegando a Unacon e Cacon sem diagnóstico. No Amapá o diagnóstico é, possivelmente, realizado na própria Unacon, que é um hospital geral de referência para todo o Estado. Na Região Sul, Santa Catarina e Paraná têm respectivamente, 17% e 62% de casos chegando nas unidades sem diagnóstico. Na construção dessa variabilidade entre os Estados, estão, possivelmente, as diferentes configurações de suas RAS.

Vale destacar que algumas Unacon e alguns Cacon também podem ser referência para o atendimento secundário e ser habilitados como SDM.

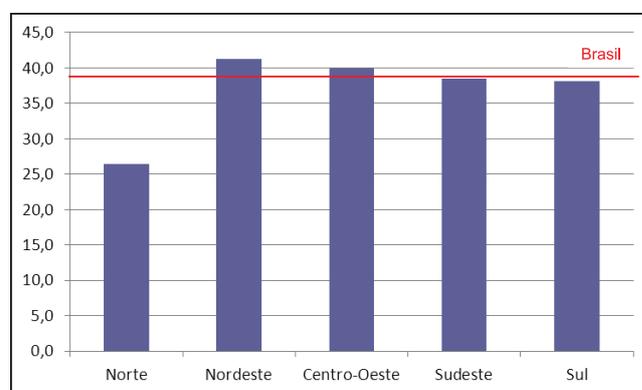


Figura 5. Percentual de casos de câncer de mama que chegam às Unacon e aos Cacon sem diagnóstico, 2010 e 2011

Fonte: IntegradorRHC, acesso em setembro de 2015.

Notas: AM, RR e RO não enviaram base de dados para o IntegradorRHC. Os dados de SP representam 48% do total de casos da Região Sudeste. O percentual de casos sem informação foi baixo (< 6%) em todas as Regiões.

Atenção de alta complexidade (atenção especializada)

Para determinar o diagnóstico diferencial e definitivo (confirmação diagnóstica), a extensão da neoplasia (estadiamento), o tratamento por cirurgia oncológica, quimioterapia e radioterapia, a reabilitação, a abordagem multidisciplinar e os cuidados paliativos, garantindo toda a estrutura assistencial para o cuidado das pessoas com câncer de mama, é necessário que a RAS, em uma ou mais regiões intra ou interestaduais, disponha de hospitais de referência habilitados pelo Ministério da Saúde como Unacon ou Cacon².

Estadiamento

A definição do estadiamento é fundamental para o planejamento terapêutico e para a avaliação do prognóstico da doença. A Figura 6 apresenta a distribuição do estadiamento clínico dos cânceres de mama tratados em 244 Unacon e Cacon com RHC implantados e em atividade. As Regiões Sudeste e Sul apresentam os maiores percentuais de casos que iniciaram o tratamento em estágio precoce (*in situ* e I). Entretanto, o percentual de casos que chegam em estádios avançados (III e IV) é cerca de 25% a 31% nessas Regiões. As maiores proporções de casos que chegam em estádios avançados (III e IV) são observadas nas Regiões Norte e Nordeste (cerca de 42% e 32%, respectivamente). No Brasil, 22% dos casos de câncer de mama nos RHC não têm informação do estadiamento clínico da doença. Cabe ressaltar o alto percentual desses casos, especialmente na Região Centro-Oeste. Para a melhoria da qualidade das informações e a possibilidade de avaliação da qualidade do tratamento, é fundamental que dados relativos ao estadiamento do tumor sejam registrados no prontuário.

Tratamento

As modalidades terapêuticas para o tratamento do câncer de mama são cirurgia oncológica, quimioterapia, hormonioterapia e radioterapia.

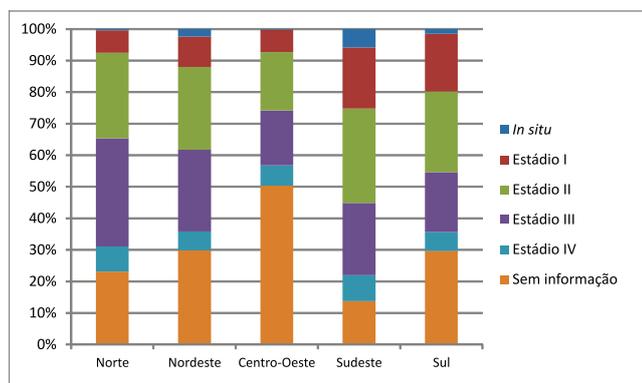


Figura 6. Percentual de estadiamento clínico dos cânceres de mama registrados nos RHC. Brasil, 2010 e 2011

Fonte: IntegradorRHC, acesso em setembro de 2015.

Notas: No RHC, é registrado o estadiamento mais próximo ao início do tratamento. Os casos "sem informação" incluem os "não se aplica". AM, RR e RO não enviaram base de dados para o IntegradorRHC. Os dados de SP representam 48% do total de casos da Região Sudeste.

A Portaria SAS/MS nº 140/2014 define que as Unacon devem possuir, no mínimo, quimioterapia, cirurgia com cirurgiões especializados em oncologia e em ginecologia ou mastologia. Mesmo que o hospital não possua serviço de radioterapia, pois esse não é exigido para este tipo de habilitação, é importante destacar que a Unacon deve, obrigatoriamente, fazer referência formal para o tratamento radioterápico de seus pacientes na RAS, sempre que esse for indicado.

Os Cacon devem possuir obrigatoriamente serviço de radioterapia completo, incluindo sistema de planejamento tridimensional, equipamento de braquiterapia e aceleradores lineares com feixes de fótons e elétrons, além de cirurgia oncológica e quimioterapia. Para que a integralidade do tratamento desse câncer seja garantida, é necessário organizar o fluxo das usuárias, com a implantação de processos regulatórios nas regiões de saúde que garantam o acesso a todos os pontos de atenção às pessoas com esse tipo de câncer. Para que isso seja possível, é necessária a elaboração e a implementação de protocolos clínicos e protocolos de organização dos serviços de saúde (protocolos e acesso).

É responsabilidade do gestor estadual, em conjunto com os municipais, pactuar o fluxo de acesso aos serviços de saúde nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) e Comissões Intergestores Bipartites (CIB).

Com a finalidade de dimensionar a rede de hospitais existentes no SUS que deve atender os casos de câncer de mama, apresenta-se, na Tabela 3, a distribuição dos serviços habilitados em oncologia, exceto os habilitados como exclusivos de hematologia e pediatria. Foi levantado, no SIA e no Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), o número de Unacon e Cacon, por UF e Região, que apresentaram informações de procedimentos para tratamento do câncer de mama (cirurgia oncológica, quimioterapia, hormonioterapia e radioterapia). Os hospitais em questão devem realizar os referidos procedimentos por força da regulamentação existente (Portaria SAS/MS nº 140/2014).

Considerando a Lei nº 12.802, de 2013, que dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer, foram obtidas informações sobre os procedimentos de reconstrução mamária. Nesse sentido, espera-se que todos os hospitais habilitados que realizam cirurgia de câncer de mama tenham condições para a realização da reconstrução mamária no mesmo tempo cirúrgico ou quando as usuárias alcançarem as condições clínicas requeridas.

Ressalta-se que os procedimentos radioterápicos para tratamento do câncer da mama devem ser registrados apenas nas Unacon com serviço de radioterapia e em todos os Cacon, no entanto as Unacon que não possuem o serviço deverão formalizar a referência para um dos hospitais habilitados com radioterapia (Unacon com serviço de radioterapia ou Cacon).

Foram considerados como tendo a informação do procedimento os hospitais que apresentaram registro diferente de zero. Dessa forma, a avaliação realizada a seguir sobre a produção informada não inclui a avaliação

² Portaria SAS/MS nº 140, de fevereiro de 2014.

crítica sobre a suficiência da oferta dos procedimentos nas unidades especializadas em oncologia.

Cirurgia oncológica

Em cirurgia oncológica, foram levantadas as informações registradas nos subgrupos 0416 (exclusivos de hospitais habilitados em oncologia) e 0410 (qualquer hospital que realize cirurgia de mama) da tabela de procedimentos, extraídas pelo TabWin.

Dos 267 hospitais habilitados, 94,7% tinham informação sobre cirurgia para câncer de mama e 70% sobre reconstrução mamária, sendo que todos os Cacon tinham informações de cirurgia oncológica de câncer de mama. Destaca-se que quatro hospitais gerais com habilitação para cirurgia oncológica não possuíam informação de cirurgia de câncer de mama (Tabela 3).

A cirurgia de câncer de mama foi registrada como procedimento oncológico (subgrupo 0416) em 253 (94,7%) hospitais habilitados em oncologia. As

informações de reconstrução mamária foram registradas em 187 (70,0%) unidades habilitadas. Essa análise necessita de aprofundamento, visto que o câncer de mama, por ser muito incidente e prevalente, deve ser tratado por todas as unidades habilitadas, conforme a regulamentação em vigor. Além disso, espera-se que unidades habilitadas registrem cirurgias oncológicas com o seu respectivo código (0416) já que esse tem, inclusive, um repasse financeiro diferenciado.

Em relação à análise por Região e UF, destaca-se que, na Região Norte, apenas a Unacon do Estado do Amapá não registrou procedimento cirúrgico e de reconstrução mamária. No Nordeste, não foram registradas informações sobre cirurgias em cinco das 49 Unacon; e, no Centro-Oeste, em uma Unacon, no Distrito Federal, não foi encontrado registro. No Sudeste, não houve registro em cinco das 127 Unacon. No Sul, todos os hospitais habilitados como Cacon ou Unacon informaram as cirurgias preconizadas na regulamentação.

Tabela 3. Hospitais habilitados em oncologia segundo tipo de habilitação e registro de informação dos procedimentos oncológicos de mama. UF, Regiões e Brasil, 2014

Região e UF	Cacon, Unacon e hospital geral habilitado para cirurgia oncológica			Cacon e Unacon		Cacon e Unacon com radioterapia	
	Habilitados ¹	Com informação de cirurgia de câncer de mama	Com informação de reconstrução mamária	Habilitados ¹	Com informação de quimioterapia e hormonioterapia	Habilitados	Com informação de radioterapia em câncer de mama ¹
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
Norte	10	9	9	10	10	7	7
AC	1	1	1	1	1	1	1
AM	1	1	1	1	1	1	1
AP	1	0	0	1	1	0	0
PA	2	2	2	2	2	2	2
RO	2	2	2	2	2	2	2
RR	1	1	1	1	1	0	0
TO	2	2	2	2	2	1	1
Nordeste	49	42	31	49	43	24	24
AL	4	4	3	4	4	3	3
BA	12	10	7	12	9	6	6
CE	8	7	5	8	8	4	4
MA	3	3	3	3	3	1	1
PB	4	4	2	4	4	2	2
PE	9	7	6	9	8	3	3
PI	1	1	1	1	1	1	1
RN	6	4	2	6	4	2	2
SE	2	2	2	2	2	2	2
Sudeste	127	122	88	120	110	70	68
ES	5	5	3	5	4	2	2
MG	31	30	22	31	31	24	23
RJ	23	23	13	21	16	9	8
SP	68	64	50	63	59	35	35
Sul	61	61	49	61	59	33	33
PR	21	21	17	21	21	11	11
RS	27	27	22	27	27	16	16
SC	13	13	10	13	11	6	6
Centro-Oeste	20	19	10	20	18	11	10
DF	3	2	2	3	2	2	2
GO	5	5	2	5	5	3	3
MS	7	7	6	7	6	4	3
MT	5	5	0	5	5	2	2
Brasil	267	253	187	260	240	145	142

¹ Excluídas as unidades habilitadas como exclusivas de hematologia e pediatria (n=16).

Fontes: Portaria MS/GM nº 140 de 27 de fevereiro de 2014 e Portarias de habilitações subsequentes. SIA/SUS e SIH/SUS. Tabwin, *download* em março 2015.

Quimioterapia, hormonioterapia e radioterapia

Quanto à informação de quimioterapia, observou-se que, das 260 unidades habilitadas em oncologia, 240 (92%) registraram a produção de quimioterapia ou hormonioterapia para câncer de mama no ano de 2014 (Tabela 3). Proporcionalmente, a Região Nordeste é a que apresenta menor percentual de unidades que informaram a realização de quimioterapia, em relação à quantidade de unidades habilitadas. Ressalta-se que, pelas normativas vigentes, todos os hospitais habilitados em oncologia, exceto os exclusivos de hematologia e pediatria, devem oferecer tratamento quimioterápico para o câncer de mama. Ainda na Tabela 3, das 145 unidades atualmente habilitadas com serviço de radioterapia, 142 informaram ter realizado tratamento do câncer de mama em 2014. A ausência de informação foi observada em três serviços, localizados nas Regiões Sudeste e Centro-Oeste. Entre os dez serviços isolados de radioterapia ainda existentes no país, nove apresentaram informação de procedimento radioterápico para o câncer de mama (dados não apresentados na Tabela 4).

Tabela 4. Hospital geral, não habilitado para cirurgia em oncologia, que realiza cirurgia de câncer de mama, segundo UF e Regiões, 2014

Região e UF	Hospital geral	
	Informam cirurgia de câncer de mama	Informam reconstrução mamária em câncer de mama
	Nº	Nº
Norte	11	1
AC	0	0
AM	1	0
AP	1	1
PA	6	0
RO	0	0
RR	1	0
TO	2	0
Nordeste	45	5
AL	1	1
BA	11	0
CE	13	1
MA	0	0
PB	4	0
PE	9	1
PI	3	0
RN	1	0
SE	3	2
Sudeste	93	29
ES	0	0
MG	38	8
RJ	14	7
SP	41	14
Sul	58	6
PR	8	1
RS	36	1
SC	14	4
Centro-Oeste	22	6
DF	4	2
GO	9	2
MT	5	1
MS	4	1
BRASIL	229	47

Fonte: SIH/SUS. Tabwin, download em março 2015.

Nessa análise, não foram considerados os parâmetros de produção, apenas o registro de pelo menos um procedimento de quimioterapia, hormonioterapia ou radioterapia para o tratamento do câncer de mama, uma vez que essa é uma das exigências para que tais unidades sejam habilitadas. A ausência do registro do tratamento nos sistemas de informação traz consequências para o monitoramento das ações e o questionamento se os hospitais estão cumprindo a regulamentação requerida para sua habilitação em oncologia.

Ainda em relação à organização da RAS, verificou-se também que 229 hospitais gerais da rede, não habilitados em oncologia, informaram cirurgias com classificação de câncer de mama e 47 informaram reconstrução mamária (Tabela 4). Ao comparar as Tabelas 3 e 4, observa-se que, em alguns Estados, há hospitais habilitados que não informaram a realização de cirurgia oncológica de mama, entretanto, esses procedimentos estão sendo informados por outros hospitais da RAS. Esses hospitais, por não serem submetidos ao processo de habilitação em oncologia, podem estar realizando cirurgias oncológicas de mama sem cumprirem os padrões estruturais e de recursos humanos exigidos na Portaria SAS/MS nº 140/2014, como ter profissional na especialidade comprovada por título e referência formalizada com laboratório de anatomia patológica que realize biópsia de congelação.

Tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento

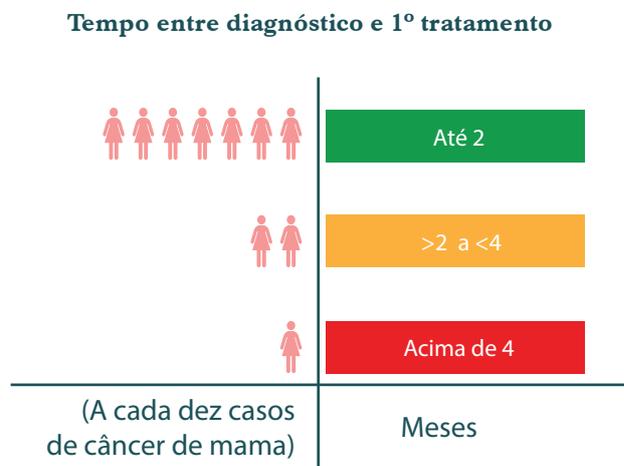


Figura 7. Proporção de casos de câncer de mama, segundo intervalo de tempo entre diagnóstico e início do tratamento, 2010 e 2011
Obs.: Foram excluídos 1.780 (8,2%) casos sem informação.
Fonte: IntegradorRHC, acesso em outubro de 2015.

Segundo a Lei nº 12.732, publicada em novembro de 2012, o paciente com neoplasia maligna tem direito de submeter-se ao primeiro tratamento no SUS no prazo de até 60 dias contados a partir da data em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único.

Com base nos dados dos RHC, 67% dos casos de câncer de mama iniciaram o tratamento em até dois meses após o diagnóstico (Figura 7), mostrando que uma parcela

ainda expressiva não recebeu tratamento em tempo adequado, conforme referido na lei.

No tratamento (plano terapêutico) do câncer de mama, é necessário, ainda, analisar como está estruturado o apoio multidisciplinar, a reabilitação e os cuidados paliativos dentro de Unacon e Cacon, conforme disposto na Portaria SAS/MS nº 140/2014.

Considerações finais

O câncer de mama é uma importante causa de morbimortalidade no Brasil, portanto, é essencial que a RAS para as pessoas com esse tipo de câncer esteja devidamente organizada com o objetivo de proporcionar acesso equitativo, com qualidade e em tempo oportuno ao diagnóstico e ao tratamento.

É fundamental que os gestores conheçam a estrutura da sua rede, identifiquem os “vazios” existentes e tenham domínio sobre os fluxos construídos por meio dos protocolos clínicos e dos protocolos de acesso entre os diferentes níveis de atenção e modalidade de cuidado (prevenção, detecção precoce, confirmação diagnóstica, tratamento e cuidados paliativos).

Gestores estaduais e municipais devem estar atentos à ausência de dados, assim como ao registro incorreto nos sistemas de informação, uma vez que esses são ferramentas essenciais para o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações implementadas.

Espera-se que as análises apresentadas neste Informativo contribuam para o conhecimento e a fomentação de investigações locais com mais especificidades, de modo a subsidiar uma reflexão capaz de promover o adequado desempenho das ações de controle dessa neoplasia.

Dicas e informes

- No dia 9 de outubro de 2015, foi realizado o evento técnico-científico do INCA com o objetivo de apresentar o processo metodológico de atualização das *Diretrizes Nacionais para a Detecção Precoce do Câncer de Mama* e suas recomendações e debater estratégias de implementação no SUS. O evento contou com a participação de profissionais de saúde, gestores do SUS, entidades profissionais e representantes de organizações da sociedade civil.
- Nota técnica conjunta do INCA e do Ministério da Saúde - posicionamento sobre saúde do homem. O documento informa que, no Brasil, assim como em países como Austrália, Canadá e Reino Unido, o Ministério da Saúde não recomenda a organização de programas de rastreamento, pois esses são acompanhados de uma série de possíveis danos à saúde do homem. Essa nota técnica está disponível em http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/nota_tecnica_saude_do_homem_ms.pdf.
- O INCA atualizou os materiais: *Cartilha Câncer de Mama e o folder Salvar Vidas - Câncer de Mama*, que estão disponíveis no site: www.inca.gov.br/mama, em Impressos e Multimídia. Além disso, atualizou também o folder sobre

Detecção Precoce do Câncer de Mama (para profissionais) que está disponível no site: www.inca.gov.br/mama, em Textos de Referência.

- As *Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero* estão sendo atualizadas e encontram-se em processo de consulta pública. Para contribuir com críticas e sugestões, acesse o site do INCA: www.inca.gov.br.
- O esquema vacinal contra o papilomavírus humano (HPV) no SUS passou a contar com duas doses da vacina, em vez de três. Estudos recentes mostraram que, em meninas saudáveis, o esquema com duas doses apresenta a mesma resposta de anticorpos do que a obtida por três doses.
- As *Diretrizes para a Detecção Precoce do câncer de Mama no Brasil* foram publicadas recentemente. O documento está disponível no endereço: www.inca.gov.br/mama, em Textos de Referência. Cabe ressaltar que tais recomendações foram feitas segundo os critérios da medicina baseada em evidências, observando resultados de estudos científicos de todo o mundo sobre o tema. Apresentamos, a seguir, um anexo com o resumo de suas recomendações.

Recomendações quanto às tecnologias ou ações avaliadas para a detecção precoce do câncer de mama

Rastreamento

Mamografia	
Questão norteadora	Qual a eficácia do rastreamento com mamografia na redução da mortalidade global e por câncer de mama, comparada à ausência de rastreamento?
Recomendação	< de 50 anos O Ministério da Saúde recomenda contra o rastreamento com mamografia em mulheres com menos de 50 anos (recomendação contrária forte: os possíveis danos claramente superam os possíveis benefícios)
	De 50 a 59 anos O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 50 e 59 anos (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios e danos provavelmente são semelhantes)
	De 60 a 69 anos O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 60 e 69 anos (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos)
	De 70 a 74 anos O Ministério da Saúde recomenda contra o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 70 e 74 anos. (recomendação contrária fraca: o balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto)
	75 anos ou mais O Ministério da Saúde recomenda contra o rastreamento com mamografia em mulheres com 75 anos ou mais. (recomendação contrária forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios)
Periodicidade	O Ministério da Saúde recomenda que a periodicidade do rastreamento com mamografia nas faixas etárias recomendadas seja a bienal (recomendação favorável forte: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos quando comparada às periodicidades menores do que a bienal).

Autoexame das mamas	
Questão norteadora	Qual a eficácia do rastreamento com AEM na redução da mortalidade global e por câncer de mama?
Recomendação	O Ministério da Saúde recomenda contra o ensino do AEM como método de rastreamento do câncer de mama (recomendação contrária fraca: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios)

Exame clínico das mamas	
Questão norteadora	Qual a eficácia do rastreamento com ECM na redução da mortalidade global e por câncer de mama?
Recomendação	Ausência de recomendação: o balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto

Ressonância nuclear magnética	
Questão norteadora	Qual a eficácia do rastreamento com RNM na redução da mortalidade global e por câncer de mama?
Recomendação	O Ministério da Saúde recomenda contra o rastreamento do câncer de mama com RNM em mulheres com risco padrão de desenvolvimento desse câncer, seja isoladamente, seja como complemento à mamografia (recomendação contrária forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios)

Ultrassonografia

Questão norteadora

Qual a eficácia do rastreamento com ultrassonografia na redução da mortalidade global e por câncer de mama?

Recomendação

O Ministério da Saúde recomenda **contra** o rastreamento do câncer de mama com ultrassonografia das mamas, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia (recomendação contrária forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios)

Termografia

Questão norteadora

Qual a eficácia do rastreamento com termografia na redução da mortalidade global e por câncer de mama?

Recomendação

O Ministério da Saúde recomenda **contra** o rastreamento do câncer de mama com a termografia, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia (recomendação contrária forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios)

Tomossíntese

Questão norteadora

Qual a eficácia do rastreamento com tomossíntese da mama na redução da mortalidade global e por câncer de mama?

Recomendação

O Ministério da Saúde recomenda **contra** o rastreamento do câncer de mama com a tomossíntese das mamas, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia convencional (recomendação contrária forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios)

Diagnóstico precoce

Estratégia de conscientização

Questão norteadora

Qual a efetividade da estratégia de conscientização na redução da mortalidade por câncer de mama?

Recomendação

O Ministério da Saúde recomenda a implementação de estratégias de conscientização para o diagnóstico precoce do câncer de mama (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos)

Identificação de sinais e sintomas suspeitos

Questão norteadora

Quais os sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama que merecem encaminhamento a um especialista para investigação diagnóstica de câncer de mama?

Recomendação

O Ministério da Saúde recomenda que os seguintes sinais e sintomas sejam considerados como de referência urgente para serviços de diagnóstico mamário (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos):

- Qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos
- Nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos, que persistem por mais de um ciclo menstrual
- Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que vem aumentando de tamanho, em mulheres adultas de qualquer idade
- Descarga papilar sanguinolenta unilateral
- Lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos
- Homens com mais de 50 anos com tumoração palpável unilateral
- Presença de linfadenopatia axilar
- Aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja
- Retração na pele da mama
- Mudança no formato do mamilo

Confirmação diagnóstica em um único serviço

Questão norteadora

A confirmação diagnóstica em uma única etapa (*one stop clinic*) é mais efetiva que as estratégias habituais?

Recomendação

O Ministério da Saúde recomenda que toda a avaliação diagnóstica do câncer de mama, após a identificação de sinais e sintomas suspeitos na atenção primária, seja feita **em um mesmo centro de referência** (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos, quando comparados à organização tradicional dos serviços de investigação diagnóstica)

Fonte: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro, 2015.

Expediente:

Informativo quadrimestral do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA).



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações – 4.0 Internacional. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Tiragem: 500 exemplares

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA (INCA)
Coordenação de Prevenção e Vigilância
Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede
Rua Marquês de Pombal, 125
20230-092 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 3207-5512/5639
E-mail: atencao_oncologica@inca.gov.br

Edição

Coordenação de Prevenção e Vigilância
Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica
Rua Marquês de Pombal, 125
20230-092 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 3207-5979

Coordenação: Maria Beatriz Kneipp Dias. **Elaboração:** Antonio Bertolasce, Danielle Nogueira, Jeane Tomazelli, Marcos Félix e Maria Asunción Solé Plá. **Colaboradores:** Adriana Atty, Denise Rangel, Itamar Bento Claro.

Supervisão Editorial: Taís Facina. **Edição:** Rita Rangel de S. Machado. **Revisão:** Rita Rangel de S. Machado. **Projeto Gráfico e Diagramação:** Cecília Pachá.