

The background of the slide is a nighttime photograph. In the foreground, a fountain with several water jets is illuminated with a warm, golden light. In the background, a large, ornate building with three prominent domes is lit up with a vibrant red light. The sky is dark, and there are some distant city lights visible. On the right side of the slide, there is a stylized purple graphic of a woman's profile, looking towards the left.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Instituto Nacional de Câncer - INCA
Prefeitura Municipal de Curitiba

RASTREAMENTO ORGANIZADO DO CÂNCER DE MAMA

A experiência de Curitiba e a parceria com o Instituto Nacional de Câncer

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Instituto Nacional de Câncer (INCA)
Prefeitura Municipal de Curitiba

RASTREAMENTO ORGANIZADO DO CÂNCER DE MAMA

A experiência de Curitiba e a parceria com o Instituto Nacional de Câncer

Rio de Janeiro, RJ
2011

Foto: Maurício Chelizi/SMCS



© 2011 Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde.
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. Esta obra pode ser acessada, na íntegra, na Área Temática Controle de Câncer da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS/MS (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/controle_cancer) e no Portal do INCA (<http://www.inca.gov.br>)

Tiragem: 500 exemplares

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Coordenação Geral de Ações Estratégicas
Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica (DARAO)
Rua Marquês de Pombal, 125 – Centro
20230-240 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 3207-5500
E-mail: atencao_oncologica@inca.gov.br
www.inca.gov.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS)
Centro de Informação em Saúde
Rua Francisco Torres, nº 830 - Centro
80.060-130 - Curitiba - PR
Tel.: (41) 3350-9334

Coordenação de Elaboração

Ana Ramalho Ortigão Farias

Equipe de Elaboração

Jeane Gláucia Tomazelli
Mônica de Assis
Patty Fidélis de Almeida
Ronaldo Corrêa Ferreira da Silva

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Flama

Colaboradores

Karin Regina Luhm (SMS de Curitiba)
Raquel Ferraro Cubas (SMS de Curitiba)
Rosilei Maria Antonievicz (SMS de Curitiba)

Edição

Coordenação de Educação (CEDC)
Serviço de Edição e Informação
Técnico-Científica
Rua Marquês de Pombal, 125 – Centro
20230-240 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 3207-5500

Supervisão Editorial

Letícia Casado
Edição e Produção Editorial
Taís Facina

Revisão

Maria Helena Rossi Oliveira
Capa, Projeto Gráfico e Diagramação
Jankley Gomes
Foto da Capa
Joel Rocha/SMCS
Ficha Catalográfica
Valéria Pacheco
Revisão Bibliográfica
Lehy Baik

Ficha Catalográfica

I58r Instituto Nacional de Câncer (Brasil).

Rastreamento organizado do câncer de mama: a experiência de Curitiba e a parceria com o Instituto Nacional de Câncer.
Rio de Janeiro: INCA, 2011.

24p. il

1. Neoplasias Mamárias. 2. Programa de Rastreamento. I. Instituto Nacional de Câncer. II. Título.

CDD 616.99449

Catalogação na fonte – Seção de Bibliotecas / Coordenação de Educação

Títulos para indexação:

Em inglês: Organized Breast Cancer Screening - The experience of Curitiba and the partnership with the Brazilian National Cancer Institute

Em espanhol: Rastreo Organizado del Cáncer de Mama - La experiencia de Curitiba y la colaboración con el Instituto Nacional de Cáncer

SUMÁRIO

Introdução	5
Câncer de mama no mundo, no Brasil e em Curitiba	7
Fatores de risco e estratégias de controle.....	9
Rastreamento mamográfico	13
Programa Mulher Curitiba e a parceria entre o Instituto Nacional de Câncer e a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba	17
Próximos passos	21
Referências.....	23





Foto: Ronaldo Corrêa

Memorial da Cidade de Curitiba

INTRODUÇÃO



O câncer de mama é o mais frequente na população feminina mundial e brasileira. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, as taxas de incidência e mortalidade continuam em crescimento com grandes diferenças regionais e mesmo em diferentes regiões de um mesmo Estado.

As estratégias adotadas para o controle do câncer de mama são: prevenção (diminuir os fatores de risco relacionados ao câncer de mama), detecção precoce (identificar o câncer o mais cedo possível), tratamento do câncer, reabilitação e cuidados paliativos.

No âmbito da detecção precoce no país, a perspectiva atual é expandir o diagnóstico precoce para reduzir o problema da apresentação tardia do câncer de mama e implementar o rastreamento de base populacional em áreas cuja elevada incidência e mortalidade da doença justifiquem essa iniciativa.

O rastreamento organizado, quando ofertado para as mulheres entre 50 e 69 anos, com realização de mamografia

a cada dois anos, pode reduzir em até 35% a mortalidade, desde que seja alcançada uma cobertura populacional igual ou superior a 70% da população-alvo.

No Brasil, políticas públicas no campo da detecção precoce do câncer de mama vêm sendo implementadas 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 (2005) e no Pacto pela Saúde (2006).

No contexto das ações de detecção precoce, o município de Curitiba iniciou, em novembro de 2009, a implementação do Programa Mulher Curitibaana, com objetivo de fortalecer as ações de rastreamento do câncer de mama, entre outras ações relacionadas ao cuidado integral à mulher.

Em junho de 2010, técnicos do Instituto Nacional de Câncer (INCA) realizaram uma visita à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba para conhecer a experiência desenvolvida e identificar possíveis áreas para o estabelecimento de cooperação técnica entre as instituições. Um dos objetivos do INCA é apoiar a implementação do rastreamento organizado do câncer de mama no município, inicialmente em três áreas estratégicas: monitoramento de indicadores do rastreamento organizado,



qualidade da mamografia e mobilização social por meio de informação e comunicação para profissionais e população. Outras áreas de interesse poderão ser incorporadas durante a vigência da parceria.

Além disso, é importante que o rastreamento mamográfico de Curitiba seja considerado um piloto de programa de rastreamento (rastreamento organizado) e, com isso, forneça elementos para a implementação de programas de rastreamento do câncer de mama no Brasil.

O objetivo desta publicação é destacar a magnitude do câncer de mama, os principais fatores de risco da doença, as estratégias para seu controle e o papel do Programa Mulher Curitibana e da parceria com o INCA.



CÂNCER DE MAMA NO MUNDO, NO BRASIL E EM CURITIBA

O câncer de mama é o câncer mais frequente na população feminina no mundo, com 1,38 milhões de casos novos diagnosticados em 2008. Cerca de 75% dos casos novos de câncer de mama ocorrem nos países em desenvolvimento. Também é a principal causa de morte por câncer na população feminina, com mais da metade das mortes ocorrendo nos países em desenvolvimento.

No Brasil, as neoplasias são a segunda causa de morte na população feminina e o câncer de mama constitui uma das principais causas de morte por câncer na população feminina entre 20 e 69 anos. A taxa de incidência é quase o dobro da taxa do segundo câncer mais incidente (câncer do colo do útero). As estimativas de casos novos para 2010 são de cerca de 50 mil casos, com aproximadamente 18 mil ocorrendo nas capitais.

Em Curitiba são estimados 730 casos de câncer de mama em 2010. Em relação à mortalidade, foram

registradas 168 mortes por câncer de mama em 2008, representando uma taxa bruta de 17,7 e ajustada por idade de 13,6 por 100.000 mulheres. Os dados do Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) de Curitiba referentes ao período 2001-2005 mostram a ocorrência de 2.882 casos novos de câncer de mama e taxa média de incidência padronizada de 66,96 casos novos por 100.000 mulheres.

Tabela 1 – Taxas* de incidência e mortalidade por câncer de mama por 100 mil mulheres

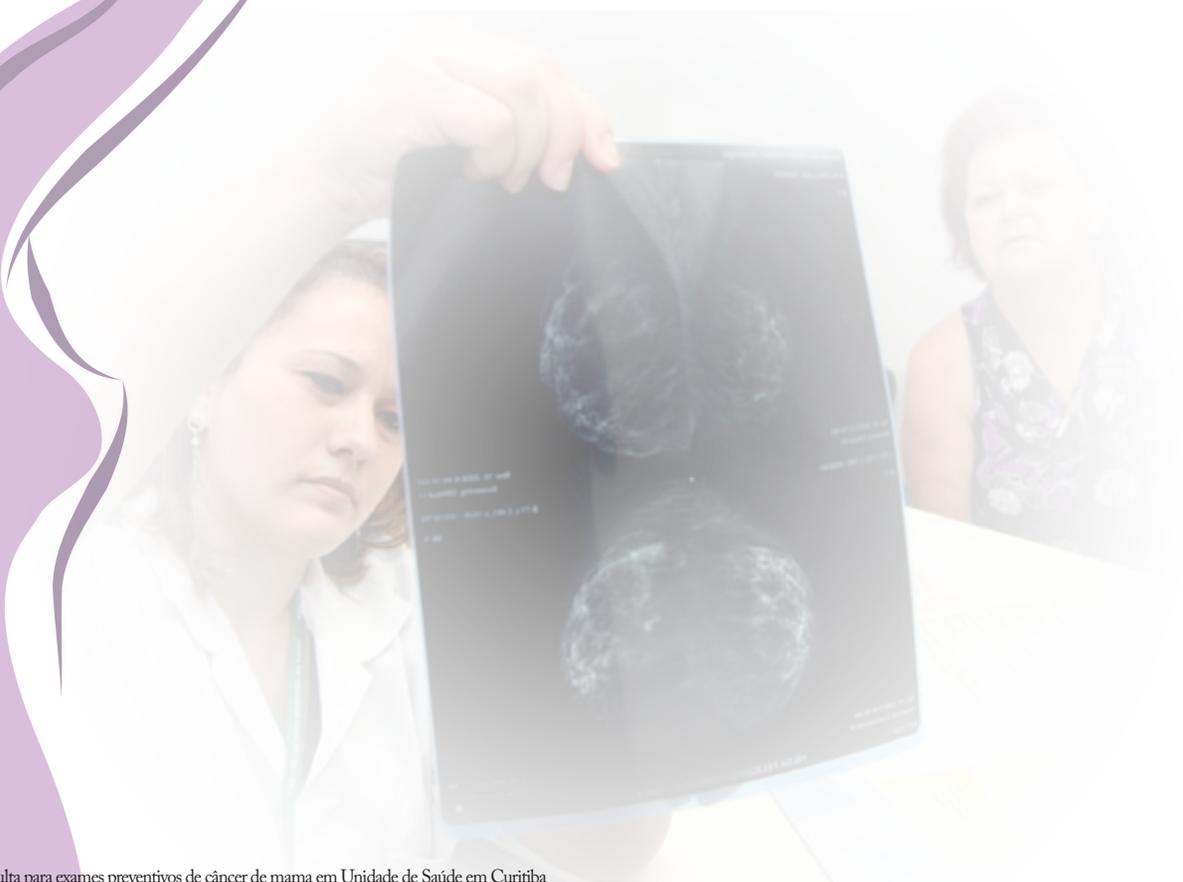
Região/País	Incidência		Mortalidade	
	Tx bruta	Tx padronizada	Tx bruta	Tx padronizada
Mundo	41,3	39,0	13,7	12,5
Europa (WHO)	98,0	62,7	30,4	16,7
América (PAHO)	68,7	57,2	17,7	13,7
Reino Unido	146,2	87,9	38,8	18,6
Estados Unidos	115,5	76,0	25,6	14,7
Canadá	136,9	83,2	30,2	15,6
Brasil	43,7	42,3	12,9	12,3

* Taxas brutas e ajustadas por idade pela população mundial

Fonte: Globocan. IARC (WHO), 2008.

Foto: Cesar Brustolin/SMCS

Consulta para exames preventivos de câncer de mama em Unidade de Saúde em Curitiba



FATORES DE RISCO E ESTRATÉGIAS DE CONTROLE

Os fatores de risco para câncer de mama são condições que aumentam o risco de ter câncer e incluem idade, fatores hormonais, herança genética familiar, hábitos de vida, fatores alimentares, composição corporal, histórico de algumas doenças prévias nas mamas, exposição à radiação ionizante, entre outros. Alguns desses fatores aumentam as chances de ter câncer de mama em até 2x (fator de risco menor) e outros aumentam o risco em mais de 2x (fator de risco maior). A distribuição desses fatores varia nas diversas populações e muitas mulheres podem ter fatores de ambos os grupos.

Quadro 1 – Fatores de risco para câncer de mama

Fatores de risco maiores	Fatores de risco menores
Ter 50 anos ou mais	Não ter filhos ou ter o primeiro filho após os 30 anos
Densidade mamária aumentada na mamografia	Início da menstruação antes dos 12 anos
Biópsia mamária prévia mostrando achados de hiperplasia atípica	Menopausa após os 55 anos
História de câncer de mama em parentes de 1º grau (mãe e irmã) antes dos 50 anos	Terapia de Reposição Hormonal (TRH) em curso com 5 ou mais anos de duração
História de mais de um caso de câncer de mama em parentes de 1º grau ou história de câncer de ovário na família	Uso de anticoncepcionais orais em curso ou até 10 anos da suspensão do uso
História familiar de mutações nos genes BRCA 1 ou BRCA 2	Excesso de peso após a menopausa
Exposição à radiação ionizante no tórax para tratamento de doenças (como Doença de Hodgkin). O risco é maior quando exposta entre 13 e 30 anos	Consumo diário de álcool maior que um drinque (10 g de álcool)

Fonte: Adaptado de Public Health Agency of Canada, 2009.



O risco de ter câncer de mama aumenta conforme as mulheres envelhecem. No Canadá, por exemplo, o risco padrão de uma mulher ter câncer de mama, nos próximos dez anos, aos 30 anos de idade é de 0,4%, enquanto aos 40 anos é de 1,3%, aos 50 anos de 2,3% e aos 70 anos de 3,1%. O risco durante toda uma vida é de 11,1%. Os diferentes fatores de risco contribuem para aumentar os diferentes percentuais de risco em cada faixa etária.

Cabe ressaltar que a taxa de incidência do câncer de mama no Canadá é bem maior que a taxa do Brasil e, portanto, a população brasileira possui riscos menores do que os acima apresentados. No mundo, mais de 70% dos casos de câncer de mama ocorrem após os 50 anos de idade.

As estratégias de rastreamento organizado são adequadas para as mulheres com risco padrão. O risco padrão é considerado o risco da população em geral, sem analisar os fatores de risco de cada indivíduo. As mulheres com percentuais de risco muitas vezes superiores ao risco padrão são consideradas mulheres de alto risco e são rastreadas de maneira diferenciada. Portanto, é importante que o histórico de cada mulher seja levantado para identificar mulheres de alto risco.

As ações de controle do câncer de mama envolvem não somente a participação governamental, mas também a sociedade civil organizada, os pesquisadores, os profissionais de saúde, a mídia, os políticos, a iniciativa privada e todos os cidadãos.

Cabe ao governo elaborar políticas, programas, projetos e ações que possibilitem reduzir a mortalidade, a incidência e melhorar a qualidade de vida das mulheres acometidas pelo câncer de mama. As ações de prevenção (reduzir os fatores de risco) diminuem a incidência, enquanto as ações de detecção precoce e tratamento diminuem a mortalidade. As ações de reabilitação e cuidados paliativos melhoram a qualidade de vida.



Fotos: Maurício Cheliff/SNICS

Armazém da Saúde Curitiba: estímulo aos hábitos saudáveis na alimentação



Prevenção

Segundo o relatório do *World Cancer Research Fund* e do *American Institute for Cancer Research*, cerca de 30% dos casos de câncer de mama podem ser evitados por meio da alimentação e nutrição adequadas, atividade física regular e manutenção do peso ideal. Em outubro de 2010, o INCA lançou suas recomendações para reduzir a mortalidade por câncer de mama no Brasil, destacando a importância da amamentação, da prática de atividades físicas e do controle do peso, e da ingestão de álcool, como formas de prevenir o câncer de mama. A redução da indicação de reposição hormonal na menopausa nos Estados Unidos, na década de 2000, acompanhou-se de uma redução importante na incidência desse câncer nas mulheres com mais de 50 anos.



Foto: Ronaldo Cortez

Academia ao Ar Livre

Diagnóstico precoce

Em países com programas de rastreamento do câncer de mama, cerca de 50% a 70% dos casos são diagnosticados pelas próprias mulheres e não pela mamografia. A maioria desses casos não foi identificada por mulheres que praticam o autoexame das mamas, mas sim por mulheres que estavam alertas para os principais sinais e sintomas do câncer de mama. Por isso, é importante que toda mulher com nódulo palpável ou outras lesões suspeitas tenha o esclarecimento do diagnóstico feito em até 60 dias.



Consulta na Unidade Básica de Saúde

Foto: Regério Machado/SMCS



Rastreamento

O rastreamento mamográfico na população entre 50 e 69 anos pode reduzir em até 35% a mortalidade por câncer de mama. Para tanto, é preciso garantir adequada cobertura da população-alvo, qualidade dos exames mamográficos, acesso aos procedimentos diagnósticos e encaminhamento em tempo hábil para tratamento dos cânceres identificados.



Consulta para exames preventivos de câncer de mama em Unidade de Saúde em Curitiba

Programas de rastreamento consistem em ações coordenadas de convocação da população-alvo, monitoramento e seguimento dos exames alterados, garantia da realização dos procedimentos diagnósticos e encaminhamento para tratamento dos casos confirmados de câncer. Essas ações somente serão possíveis caso haja o compromisso de todos os profissionais de saúde envolvidos, desde a convocação da população-alvo até o encaminhamento para as unidades terciárias de tratamento do câncer.

Foto: Cesar Baustolin/SMCS



RASTREAMENTO MAMOGRÁFICO

Ao final da década de 1960, alguns países começaram a estudar o papel da mamografia como exame de rastreamento do câncer de mama. Como esses estudos implicavam em seguimento longo (10 a 15 anos), os primeiros resultados começaram a aparecer em meados da década de 1980. Esses estudos apontavam que a mortalidade por câncer de mama na população feminina entre 50 e 69 anos pode ser reduzida em até 35%, caso as mulheres sejam submetidas à mamografia bienal e as mulheres com lesões suspeitas sejam encaminhadas para investigação diagnóstica e tratamento, se necessário.

Ao final da década de 1980 e início da década de 1990, alguns países, como Canadá, Reino Unido, Suécia, Finlândia, Holanda, entre outros, começaram a organizar programas de rastreamento do câncer de mama com base na mamografia.

Esses programas, também chamados de rastreamento organizado, estruturaram suas ações em quatro componentes essenciais:

- Populacional: definição e convocação da população-alvo.
- Exames de rastreamento: garantia da oferta adequada de exames e organização de programas de qualidade.
- Serviços de diagnóstico e tratamento: garantia da oferta de serviços diagnósticos e tratamento.
- Coordenação: organização das referências e fluxos e monitoramento da cobertura, qualidade, acesso, oferta de serviços e resultados.

Além destes componentes, a mobilização social garante espaços institucionais de participação do controle social e divulgação de informações relevantes para qualificar essa mobilização.

Em 2007, onze países da União Europeia consolidaram seus programas de rastreamento em caráter nacional e sete países estavam em fase de implementação. Cerca de 50 milhões de mulheres são alvos de ações de rastreamento do câncer de mama.

A maioria dos programas nacionais na Europa elege a população feminina entre 50 e 69 anos como população-alvo e intervalo bienal para os exames.



Mamografia

Foto: Maurício Chedi/SMCS



A redução de mortalidade entre os países que adotaram o rastreamento organizado varia entre 25% e 40%. É importante saber que a contribuição do rastreamento para essa redução da mortalidade varia entre 30% e 50%, isto é, quando um programa de rastreamento reduz a mortalidade em 30%, o rastreamento contribui com 9% a 15%, enquanto que a melhoria do tratamento e do diagnóstico precoce contribui com 15% a 21%.



Mamografia

Foto: Maurício Chelbi/SMCS

Do ponto de vista prático, isso significa que, para alcançar impacto na redução da mortalidade, é preciso garantir acesso e qualidade em todas as ações da linha de cuidado do rastreamento (exames de rastreamento, exames diagnósticos e tratamento).

O Brasil vem desenvolvendo ações coordenadas e sistemáticas para controle do câncer de mama desde 2000. Para tanto, o governo federal apoia os governos estaduais e municipais nas ações de prevenção, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos. Desde 2004, com a publicação das diretrizes nacionais para o rastreamento do câncer de mama como parte do “Documento de Consenso”, o rastreamento mamográfico é

priorizado na faixa etária de 50 a 69 anos. A decisão de priorizar o rastreamento mamográfico nessa faixa etária tem relação com o balanço entre benefícios e malefícios relacionados à realização das mamografias. Entende-se por benefícios identificar o câncer em um estágio bem precoce e com isso diminuir a morbidade pelo tratamento e reduzir as chances da população submetida à mamografia morrer de câncer de mama.

Em relação aos malefícios do rastreamento, temos os resultados falso-negativos e falso-positivos e o sobrediagnóstico (*overdiagnosis*). Os resultados falso-negativos e falso-positivos têm importantes repercussões clínicas e psicológicas e são minimizados por adequadas técnicas de execução do exame, garantidas por adoção de programas de qualidade em mamografia.

O sobrediagnóstico acontece quando se descobre um câncer de mama no rastreamento que, se não fosse pelo rastreamento, não teria sido diagnosticado e nem causaria problemas para a mulher.

Diversos estudos mostram que cerca de 1/3 a 1/5 dos cânceres identificados no rastreamento são considerados sobrediagnóstico. Países ou regiões com baixas taxas de incidência tendem a ter mais malefícios em relação aos benefícios, quando comparados com países ou regiões com altas taxas de incidência.

No Canadá, onde a taxa de incidência é o dobro da brasileira, o balanço dos benefícios e malefícios nas diferentes faixas etárias, para cada mil mulheres rastreadas em um período de 10 a 20 anos, conforme o quadro a seguir:



Quadro 2 - Rastreamento mamográfico: balanço dos benefícios e malefícios no Canadá para cada 1.000 mulheres rastreadas

40-49 anos (10 anos) Mamografia anual	50-69 anos (20 anos) Mamografia bienal	Mais de 70 anos (10 anos) Mamografia bienal
981 mulheres não terão câncer de mama	940 mulheres não terão câncer de mama	961 mulheres não terão câncer de mama
16 mulheres terão câncer de mama detectado pelo rastreamento	45 mulheres terão câncer de mama detectado pelo rastreamento	31 mulheres terão câncer de mama detectado pelo rastreamento
3 mulheres terão câncer diagnosticado no intervalo dos exames	15 mulheres terão câncer diagnosticado no intervalo dos exames	8 mulheres terão câncer diagnosticado no intervalo dos exames
1 morte será evitada com o rastreamento	5 mortes serão evitadas com o rastreamento	3 mortes serão evitadas com o rastreamento
533 dos resultados anormais serão falsos alarmes	529 dos resultados anormais serão falsos alarmes	213 dos resultados anormais serão falsos alarmes
2 mulheres morrerão de câncer de mama independentemente do rastreamento	7 mulheres morrerão de câncer de mama independentemente do rastreamento	7 mulheres morrerão de câncer de mama independentemente do rastreamento

Fonte: Adaptado de Public Health Agency of Canada, 2009.

Foto: Ronaldo Corrêa

Academia ao Ar Livre



PROGRAMA MULHER CURITIBANA E A PARCERIA ENTRE O INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER E A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA

Curitiba, segundo dados da estimativa populacional de 2009, tem 1.851.213 habitantes.

O município é composto por nove distritos sanitários e a rede própria municipal por 134 equipamentos de saúde, entre os quais: 51 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 53 UBS com Estratégia Saúde de Família, oito Centros Municipais de Urgências Médicas (CMUM), 11 Unidades Complexas, nove Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um hospital municipal e um laboratório municipal.

A Atenção Primária à Saúde é a ordenadora da rede de atenção. Os leitos ativos do Sistema Único de Saúde (SUS) estão alocados em 11 hospitais gerais, 12 hospitais especializados e oito

unidades mistas (novembro/2009). Curitiba possui ainda quatro Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

Às UBS competem ações preventivas, informação como estar alerta para os principais sinais e sintomas do câncer de mama,



Unidade de Saúde Especializada Mãe Curitibana

realização de exame clínico das mamas e solicitação de mamografias (agendadas via Central de Marcação de Consultas Especializadas), coleta de material no caso de secreção papilar, encaminhamento dos casos alterados para referência secundária ou terciária e informação à Coordenação Municipal dos casos faltosos e óbitos.

As unidades secundárias são responsáveis pelo atendimento às referências das UBS, pela realização das punções aspirativas (PAAF), solicitação de ecografia mamária, condução dos casos de doenças benignas, encaminhamento para referência terciária e informação à Coordenação Municipal da relação de mulheres faltosas, em abandono e tratamento.

As unidades terciárias realizam procedimentos de complementação diagnóstica e tratamento até a alta das mulheres à UBS.



Ao final do ano de 2009, foi implantado no município o Programa Mulher Curitiba, cujo objetivo é reforçar o hábito de visitar anualmente as UBS para realização de rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de mama, fazer uma avaliação integral de saúde e receber orientações para prevenção de doenças, promoção da saúde e estímulo ao autocuidado. A população-alvo do Programa é formada pelas mulheres a partir dos 50 anos e usuárias da rede pública de saúde.

O cuidado é iniciado a partir do convite feito pela UBS às mulheres no mês de seu aniversário. Além da solicitação da mamografia para as mulheres que ainda não realizaram, também é feita coleta de material para exame citopatológico cervical conforme recomendações de periodicidade. Todas as informações sobre a mulher, tais como resultados de exames, vacinas, medicamentos, problemas de saúde, entre outras, são registradas na Caderneta de Saúde da Mulher Curitiba.



Foto: Ronaldo Corrêa

Unidade Básica de Saúde

No Brasil, o município de Curitiba destaca-se com uma experiência de rastreamento

organizado do câncer de mama (iniciado em novembro de 2009). A escolha do INCA pelo programa de Curitiba como piloto de rastreamento organizado deve-se aos pré-requisitos apresentados pelo município,

como: atenção primária como eixo estruturante do sistema de saúde; alta cobertura da atenção primária;

informatização dos serviços de saúde; existência de registros de câncer hospitalar e de base populacional (RHC e RCBP); rede de serviços diagnósticos e tratamento em quantidade/qualidade suficiente para atender à demanda do rastreamento e integrada à atenção primária; regulação do acesso a consultas e exames especializados; programa de qualidade em mamografia; equipe dedicada à gestão do programa e apoio político.

Para o INCA, participar dessa experiência inédita permitirá acompanhar todas as fases de implementação de um rastreamento organizado (convocação, realização dos exames mamográficos, confirmação diagnóstica e encaminhamento para tratamento) e analisar os fatores facilitadores e as dificuldades encontradas. Ao mesmo tempo, os técnicos do INCA e da SMS



Unidade Básica de Saúde

Foto: Ronaldo Corrêa

de Curitiba desenvolverão expertise em gestão e monitoramento do rastreamento organizado que, potencialmente, poderá servir de base para a implementação de programas de rastreamento mamográfico em outros municípios do país.

Para o Sistema Único de Saúde (SUS) a experiência de Curitiba propicia também a oportunidade de estudos epidemiológicos que podem analisar a eficiência e efetividade das mamografias e do rastreamento, além de avaliações das estratégias de comunicação e informação em saúde e do Programa de Qualidade em Mamografia já em curso.

Em junho de 2010, foi proposta uma ação conjunta entre o INCA e a SMS de Curitiba para qualificação das ações de rastreamento mamográfico do câncer de mama. Já foram identificadas, desde então, cinco áreas estratégicas para desenvolvimento de cooperação mútua: comunicação em saúde, sistemas de informação, monitoramento/gestão, avaliação da qualidade e pesquisa clínica/epidemiológica.

O projeto de parceria aponta as seguintes linhas de atuação:

- Desenvolvimento de sistema informatizado que permita a integração das informações sobre a convocação das mulheres, a realização das mamografias e o atendimento nas unidades terciárias – Interface Sistema de Informação da Atenção Primária, Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA) e RHC.

- Avaliação da baixa adesão das mulheres ao rastreamento e elaboração de estratégias para ampliá-la, além de criar estratégias específicas para as mulheres mais velhas.

- Elaboração de estratégias de abordagem da mulher durante a visita de convocação para o rastreamento e discussão do papel do exame clínico das mamas nas mulheres assintomáticas.

- Discussão de estratégias diferenciadas para acompanhar as mulheres com risco aumentado.

- Implantação do Programa de Qualidade em Mamografia, nos moldes do Programa Nacional de Qualidade em Mamografia.

- Implantação do programa de qualidade em cito/histopatológico de mama.

- Elaboração e implantação de indicadores e relatórios de avaliação da qualidade do rastreamento e da mamografia.

- Desenvolvimento de projetos de pesquisa clínica/epidemiológica em parceria com universidades locais.

Em novembro de 2010, foram definidos os encaminhamentos relativos aos três eixos iniciais da parceria: monitoramento de indicadores de desempenho do programa, qualidade em mamografia e comunicação social.

Foto: Ronaldo Corrêa

Museu Oscar Niemeyer





PRÓXIMOS PASSOS

Em março de 2011, em meio às comemorações do Dia Internacional da Mulher, a SMS de Curitiba e o INCA/MS formalizarão um Termo de Cooperação Técnica que permitirá a manutenção e ampliação das diferentes ações em curso. Estão previstos para 2011 a produção e distribuição de material de comunicação para profissionais de saúde e população, a criação de campanhas de mobilização para o rastreamento, o aprimoramento da gestão das ações de rastreamento e a divulgação de um relatório de desempenho do programa de qualidade em Mamografia.

A expectativa é que essa parceria seja pioneira na construção e validação de parâmetros para o rastreamento mamográfico na população brasileira e possibilite a criação de expertise na gestão de programas de rastreamento do câncer de mama no âmbito do SUS.



Foto: Ronaldo Corrêa

Ópera de Arame



REFERÊNCIAS

CANADIAN CANCER SOCIETY. Canadian Cancer Society's Steering Committee. Canadian Cancer Statistics 2009. Toronto: Canadian Cancer Society, 2009.

CURITIBA (Estado). Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Programa Viva Mulher em Curitiba: controle do câncer de mama e colo do útero. Curitiba: SMS, 2002.

CURITIBA (Estado). Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Forma de Pagamento e Resultados dos Serviços Públicos em Curitiba. In: SEMINÁRIO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, 5., 2010, Rio de Janeiro. Anais eletrônicos... Rio de Janeiro: DAB, 2010. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/5aps/apresentacoes/eliane_chomatas.pdf>. Acesso em: 12 maio 2010.

EUROPEAN COMMISSION. Cancer Screening in European Union: Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening – first report.. European Communities, 2008. Disponível em: <<http://ec.europa.eu/health/>

ph_determinants/genetics/documents/cancer_screening.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2011.

HULKA, B. S.; MOORMAN, P. G. Breast cancer: hormones and other risk factors. Maturitas, Limerick, v. 38, p. 103-116, 2001.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional, v. 4. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

_____. Controle do câncer de mama: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

_____. Estimativa 2010: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

_____. Políticas e ações para prevenção do câncer no Brasil: alimentação, nutrição e atividade física. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

_____. Recomendações do INCA para reduzir a mortalidade por câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. Breast cancer incidence and mortality worldwide in 2008. Lyon: Globocan, 2008. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/breast.asp?partner=rss&camp%3Bemc=rss>>. Acesso em: 04 fev. 2011.



NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (London, UK). Women with breast cancer in the family. London: NICE, 2006.

PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA. Centre for Chronic Disease Prevention and Control. Information on mammography for women aged 40 and older: a decision aid for breast cancer screening in Canada. Public Health Agency of Canada, 2009. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/pdf/Information_on_Mammography-eng.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2011.

SCHOPPER, D.; DE WOLF, C. How effective are breast cancer screening programmes by mammography? Review of the current evidence. *European Journal of Cancer*, Oxford, v. 45, p. 1916-1923, 2009.

THORTON, H.; 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*, Oxford, v. 44, p. 2118-2121, 2008.





Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA