



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

**PLANO DE AÇÃO PARA O CONTROLE DOS  
CÂNCERES  
DO COLO DO ÚTERO E DA MAMA 2005 – 2007**

**DIRETRIZES ESTRATÉGICAS**

*( 28 de Novembro de 2005)*



## **Apresentação**

O Plano de Ação Proposto para o Controle dos Cânceres de Colo do Útero e Mama foi elaborado por um Grupo de Trabalho que contou com a participação de representantes de áreas técnicas do Ministério da Saúde e de outras instâncias da sociedade civil e foi assim composto:

Andreia Soares Nunes (CGAB / DAB / SAS / MS);  
Edenice Reis da Silveira (CGAB / DAB / SAS / MS);  
Eduardo Campos de Oliveira (PN DST / ADS / MS);  
Euzi Adriana Bonifácio Rodrigues (DEGES / SGTES / MS);  
Fernando Martins Júnior. (SAS / MS);  
Giani Silvana Schwengber Cezimbra (ATSM / DAPE / SAS / MS);  
Gulnar de Azevedo e Silva Mendonça (CONPREV / INCA / MS);  
José Eluf-Neto (USP);  
José Luiz dos Santos Nogueira (SAS / MS);  
Karla Santa Cruz Coelho (DIPRO / ANS);  
Lenildo de Moura (CGDANT / SVS / MS);  
Luiz Carlos Zeferino (CAISM / UNICAMP);  
Marcela de Paula Mateus (CGMCA / DAE / SAS / MS);  
Marco Porto (DAO / CONPREV / INCA / MS);  
Maria José de Oliveira Araújo (ATSM / DAPE / SAS / MS);  
Paula Mendes Werneck da Rocha (COSAT / SAS / MS);  
Verônica Batista Gonçalves dos Reis (ATSM / DAPE / SAS / MS).

## 1. Introdução

No Brasil, o Ministério da Saúde com o objetivo de implementar ações de controle para o câncer de colo do útero, desenvolveu em 1997 um projeto piloto em seis localidades (Curitiba, Brasília, Recife, Rio de Janeiro, Belém) e no Estado de Sergipe em janeiro de 1998. Em 1998, com a introdução do Sistema de Informações de Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) este projeto foi intensificado e em 1999/2000 foram criadas coordenações estaduais do *Programa Viva Mulher*, que neste início priorizava o câncer de colo do útero em relação aos outros tipos de câncer.

Em 2000, o Programa Viva Mulher lançou a primeira fase das ações voltadas para a detecção precoce do câncer de mama, com distribuição de material para treinamento e o Projeto de Organização da Rede de Serviço, prevendo a alocação de mamógrafos e pistolas para biópsia por agulha grossa (*core biopsy*) em pólos de diagnóstico estaduais. Em 2003, a "Oficina de Trabalho para Elaboração de Recomendações ao Programa Nacional de Controle do Câncer da Mama", desenvolveu um "Documento de Consenso para Controle do Câncer da Mama", publicado em 2004.

O custeio das ações do *Programa Viva Mulher* se baseou, essencialmente, na lógica de financiamento do SUS de pagamento por serviço, mas também valeu-se de um mecanismo de financiamento suplementar - o convênio – através do qual o Ministério da Saúde repassou recursos a Secretarias de Saúde dos vinte e seis Estados e do Distrito Federal. A prioridade deste repasse seria a qualificação dos profissionais nas ações de controle destes cânceres. A Tabela 1 ilustra o investimento neste processo.

**Tabela 1. Valores pagos pelo Ministério da Saúde com procedimentos diretos e convênios do *Programa Viva Mulher***

<b>ÍTEM</b>	<b>ANO / PERÍODO</b>	<b>GASTOS EM R\$</b>
Projeto Piloto: convênio com 06 municípios e 01 estado	1997	5.985.770,00
1ª Fase: convênio com 27 Secretarias de Saúde	1999	33.642.920,00
2ª Fase: convênio para intensificação (campanha)	2002	74.127.273,00
Aquisição de 190 equipamentos de Cirurgia de Alta Freqüência	2000	1.520.000,00
Aquisição de 50 Mamógrafos e 50 Processadoras	2000	5.340.100,00
Aquisição de 135 Pistolas e 1.350 Agulhas para Punção por Agulha Grossa	2000	698.236,20
Gastos ambulatoriais com diagnóstico do câncer do colo do útero	1999 - 2003	255.035.901,77
Gastos com tratamento do câncer do colo do útero	2003	60.765.754,08
Gastos ambulatoriais com diagnóstico do câncer da mama	1999 - 2003	228.590.286,84
Gastos com tratamento do câncer da mama	2003	225.873.309,43

No Brasil, a ocorrência do câncer da mama continua a apresentar uma tendência de crescimento. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer, para o ano de 2005, a estimativa de incidência de neoplasia maligna da mama é de 49.470 casos novos, com um risco estimado de 53 casos para cada 100 mil mulheres.

Quanto ao câncer do colo do útero, foi estimado para 2005 um total de 20.690 casos, representando uma incidência de 22 casos para cada 100.000 mulheres. Apesar das ações de prevenção e detecção precoce, as taxas de incidência e mortalidade têm-se mantido praticamente inalteradas ao longo dos anos, apresentando-se muito elevadas se comparadas aos países desenvolvidos.

Parte do aumento observado na ocorrência do câncer de mama e na manutenção das taxas do câncer do colo do útero podem estar associados ao aumento e à melhoria do diagnóstico que melhora a qualidade da informação e dos atestados de óbito. Entretanto, outros fatores, como o diagnóstico em estádios mais avançados da doença, podem estar contribuindo significativamente para o crescimento das taxas de mortalidade. Por sua vez, dentre outras causas, o diagnóstico tardio pode estar relacionado com: (1) a dificuldade de acesso da população feminina aos serviços e programas de saúde, (2) a baixa capacitação dos

recursos humanos envolvidos na atenção oncológica (principalmente em municípios de pequeno e médio porte), (3) a capacidade do sistema público de saúde de absorver a demanda que chega às unidades de saúde e (4) as dificuldades dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer um fluxo assistencial orientado por critérios de hierarquização dos diferentes níveis de atenção, que permita o manejo e o encaminhamento adequado de casos suspeitos para investigação em outros níveis do sistema.

Ainda como reflexo deste quadro adverso, a PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio) Saúde 2003, realizada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2005), mostra que 34,4% das mulheres brasileiras com mais de 40 anos de idade nunca foram submetidas a exame clínico das mamas por um profissional de saúde. Nos últimos dois anos, entre as mulheres com 50 anos de idade ou mais, a cobertura do exame mamográfico foi de 41,2%. Nesta faixa etária, 49,7% das entrevistadas afirmaram jamais haver feito o este exame. Nos últimos três anos, a cobertura do exame citológico do colo do útero foi de 68,7% das mulheres acima de 24 anos de idade, sendo que 20,8% das mulheres nesta faixa etária nunca foram submetidas ao exame preventivo. Como a pesquisa se baseia na informação concedida pela própria entrevistada, pode-se admitir que parte destas mulheres, segundo certas condições sócio-econômicas, possa confundir a realização de um exame ginecológico com a coleta de material cérvico-uterino para exame laboratorial.

## **2. Justificativa**

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) ressalta que a detecção precoce do câncer é baseada na observação de que o tratamento é mais efetivo quando a doença é diagnosticada em fases iniciais, antes do aparecimento dos sintomas clínicos. Enfatiza, também, que para um efetivo controle do câncer outras ações complementares são necessárias a fim de garantir uma atenção integral ao paciente em todos os níveis, desde a prevenção, diagnóstico, tratamento até os cuidados paliativos.

O Exame Clínico das Mamas (ECM) é uma das modalidades de rastreamento do câncer de mama mais comumente utilizadas em diversos países, mas os fatores que afetam a sua sensibilidade ainda não foram bem compreendidos. Alguns estudos (Oestreicher et. al., 2002) relatam que há uma associação entre a idade e a sensibilidade do Exame Clínico da Mama, na forma de U invertido (40–49: 26%, 50–59: 48%, 60–69: 36%, 70–79: 33%, 80+: 18%). Esses achados sugerem que certos grupos de mulheres, por exemplo, as mais jovens, são menos beneficiadas com o exame clínico das mamas.

Nos países desenvolvidos, a estratégia amplamente utilizada para a redução da mortalidade por câncer da mama, é o rastreamento por mamografia. Nos países onde ações organizadas de rastreamento mamográfico foram implantadas observa-se uma queda muito significativa nas taxas de mortalidade, em torno de 30% nas mulheres acima dos 50 anos. Essa redução foi observada cerca de sete a nove anos após o início das ações de controle (Forrest & Anderson, 1999).

O declínio das taxas de mortalidade por câncer da mama nos Estados Unidos e no Reino Unido tem sido atribuídas em parte ao incremento do rastreamento mamográfico. Foi estimado que cerca de 1/3 de toda a redução de 21% da mortalidade por câncer da mama no Reino Unido a partir de 1998 (10 anos após o início das ações de rastreamento) se deve diretamente ao rastreamento. A evidência científica tem mostrado que a mamografia e o exame clínico das mamas feitos de forma adequada podem ser úteis na redução da mortalidade por câncer de mama (Vahabi, 2003); os resultados dos programas de rastreamento tem se mostrado consistentes com os resultados observados em ensaios clínicos randomizados (Gabe e Duffy, 2005). Os oito ensaios clínicos conduzidos em outros países até 2004 concordaram em que o rastreamento mamográfico está associado a um significativo e substancial diminuição da mortalidade por câncer de mama (Smith et al, 2004).

Para se obter redução na mortalidade por câncer do colo do útero, a Organização Panamericana de Saúde (OPS) recomenda uma cobertura de 80% da população-alvo (Organização Panamericana de Saúde, 1989) e estima-se que com esta cobertura é possível reduzir a incidência de carcinoma invasivo dentro de dez anos do início do programa (World Health Organization, 2002). Já nos primeiros anos da implementação das ações de controle é possível observar uma redução progressiva da mortalidade, alcançando em 15 a 20 anos uma diminuição em torno de 61% a 69% (Miller, 1989). A experiência internacional tem demonstrado que é possível reduzir a incidência por câncer de colo do útero em torno de 40 a 70%. Alguns estudos (Miller, 1986) revelam uma redução de cerca de 60% na incidência de carcinoma invasivo, em países que implantaram ações de rastreamento, como por exemplo, a Finlândia, Inglaterra e Estados Unidos.

Todas estas considerações impuseram a necessária revisão da estrutura e das estratégias do *Programa Viva Mulher*, de forma a se construir novos meios que permitissem alcançar os objetivos preconizados: redução da taxa de incidência para o câncer de colo de útero e das taxas de mortalidade por câncer de colo do útero e mama. Tais constatações motivaram a composição de um *Grupo de Trabalho* para construção de um ***Plano de Ação para o Controle do Câncer de Mama e do Colo do Útero no Brasil 2005 – 2007*** que, entre

outras contribuições, valeu-se dos debates e propostas que emergiram da *Oficina Nacional MS/INCA*, ocorrida em Brasília, em dezembro de 2004.

### **3. Objetivos**

As estratégias de prevenção e controle do câncer do colo do útero e da mama têm como objetivos reduzir a ocorrência (incidência e a mortalidade) de câncer de colo de útero, a mortalidade por câncer de mama e as repercussões físicas, psíquicas e sociais causadas por esses tipos de câncer, por meio de ações de prevenção, oferta de serviços para detecção em estágios iniciais da doença e para o tratamento e reabilitação das mulheres.

Para alcançar estes objetivos foi elaborado um *Plano de Ação* com definição de seis *Diretrizes Estratégicas*: Aumento da Cobertura da População-Alvo; Garantia da Qualidade; Fortalecimento do Sistema de Informação; Desenvolvimento de Capacitações; Desenvolvimento de Pesquisas; Mobilização Social, compostas por ações a serem desenvolvidas, a partir do ano de 2005, nos distintos níveis de atenção à saúde.

### **4. Metas**

Pretende-se que a partir da estruturação das ações de controle, seguindo as seis diretrizes estratégicas propostas neste plano, os seguintes resultados possam ser alcançados:

. Para o câncer do colo de útero: diminuição de 50% na incidência de carcinoma invasivo em cinco anos e de 50% na mortalidade em sete anos, considerando-se que a partir de 2006 as ações planejadas sejam implementadas.

. Para o câncer da mama: diminuição da mortalidade em 30% após oito anos de ofertado o rastreamento populacional dentro das Recomendações do Consenso para o Controle do Câncer de Mama (Ministério da Saúde, 2004a).

### **5. Implementação das ações**

#### **5.1. Aumento de cobertura da população-alvo**

##### ***Atenção Básica***

Este nível de atenção, deve caracterizar-se como a porta de entrada das mulheres no

Sistema Único de Saúde, onde se realizam o exame clínico das mamas e a coleta do exame citológico. Trata-se de espaço único, caracterizado por um conjunto de ações que abrange a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Deve ser desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, dirigidas a populações de territórios bem delimitados (território-geográfico), considerando a dinamicidade existente neste território-processo, pelas quais assume a responsabilidade sanitária. Deve resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância dessas populações a partir da utilização de tecnologias de elevada complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamentos). Hoje, o Ministério da Saúde adota a Estratégia da Saúde da Família como uma estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica que pode efetivamente ajudar na estruturação do SUS.

No nível da *Atenção Básica*, junto aos estados e municípios, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias para captação de mulheres na faixa etária priorizada. Isto é, mulheres que nunca foram examinadas, seja pela realização do exame clínico das mamas (com 40 anos de idade ou mais) ou do exame citopatológico (com 25 anos de idade ou mais). Para tanto, deve-se articular ações junto ao Programa de Saúde da Família devido a sua capilaridade (por exemplo, busca ativa das mulheres da população-alvo, na população adscrita dos agentes comunitários de saúde).

Como estratégia de acompanhamento das mulheres neste nível de atenção, se mostra oportuna a implantação da *Agenda da Mulher* (vide Anexo 1), para a população feminina. Trata-se de um instrumento de organização da informação e da agenda das mulheres na rede de saúde, instituído pela Lei Nº 10.516, de 11 de julho de 2002. Seus objetivos principais são:

1. Informar, resumidamente e em linguagem simples, a todas as usuárias do Sistema Único de Saúde, a respeito das patologias e agravos mais comuns ou importantes às mulheres, assim como dispor de orientações básicas para promover a saúde e prevenir doenças;

2. Registrar dados clínico-ginecológicos básicos, imunizações realizadas, planejamento familiar, exames preventivos do câncer do colo do útero e da mama (ECM, mamografia e outros exames), atenção aos cânceres de pulmão, pele e gastrointestinal, ao climatério, DSTs, cirurgias e internações (com os respectivos procedimentos e resultados anatomopatológicos), além da ocorrência de doenças crônico-degenerativas.

O grande benefício desta *Agenda* é o fato de que as informações relativas à saúde/doença e o acompanhamento destas mulheres estarão disponíveis para os agentes e outros profissionais de saúde em todos os níveis de atenção, possibilitando uma avaliação



adequada das condições de saúde da mulher e possibilitando, ainda, tornar-se um instrumento de referência e contra-referência.

Com a ampliação da oferta de serviço deve ficar garantido que a coleta de Colpocitologia seja realizada diariamente dentro de uma proposta de humanização à saúde, sendo assim, indispensável que a rede básica de saúde esteja organizada com recursos humanos, físicos e tecnológicos adequados.

Além disso, outras ações poderão contribuir para este objetivo, como a utilização, por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar, da Taxa de Citologia Oncótica do Colo do Útero e da Taxa de Mamografia, na população-alvo, para avaliação da qualidade da atenção prestada pelas operadoras na saúde suplementar e o acompanhamento da realização dos exames de prevenção e detecção precoce do câncer do colo do útero e da mama, em mulheres da população-alvo, mesmo não expostas a carcinógenos, por todos os Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho, de empresas privadas e serviços públicos.

Para o controle do câncer de colo de útero, uma das ações fundamentais é a garantia dos equipamentos e insumos necessários para se proceder à coleta do exame de Papanicolaou. Essas providências se mostram necessárias, tendo em vista, por exemplo, a “*Avaliação Normativa do Programa de Saúde da Família*”, do Ministério da Saúde realizada em 2001/2002, junto às 16.812 equipes de saúde da família existentes na ocasião no país. Esses dados apontaram que apenas 33,6% da população total brasileira estava coberta pela Estratégia de Saúde da Família, não representando o universo da Atenção Básica no país. Nesta avaliação, constatou-se que 61% do total dessas equipes contavam com equipamentos gineco-obstétrico básico, que incluem mesa ginecológica, espécuro, foco, entre outros. A discrepância na disponibilidade desses equipamentos por equipes, entre os estados, variou de 23,5% a 82,5%. Em relação à capacitação destinada a ações de saúde da mulher, este mesmo estudo demonstrou que 31,1% das equipes tinham médicos que haviam recebido treinamento específico e 41,1% para enfermeiros. Os padrões de distribuição entre os estados apresentaram variações importantes, sendo semelhantes para as duas categorias profissionais (Gráficos 1 e 2).

GRÁFICO 01

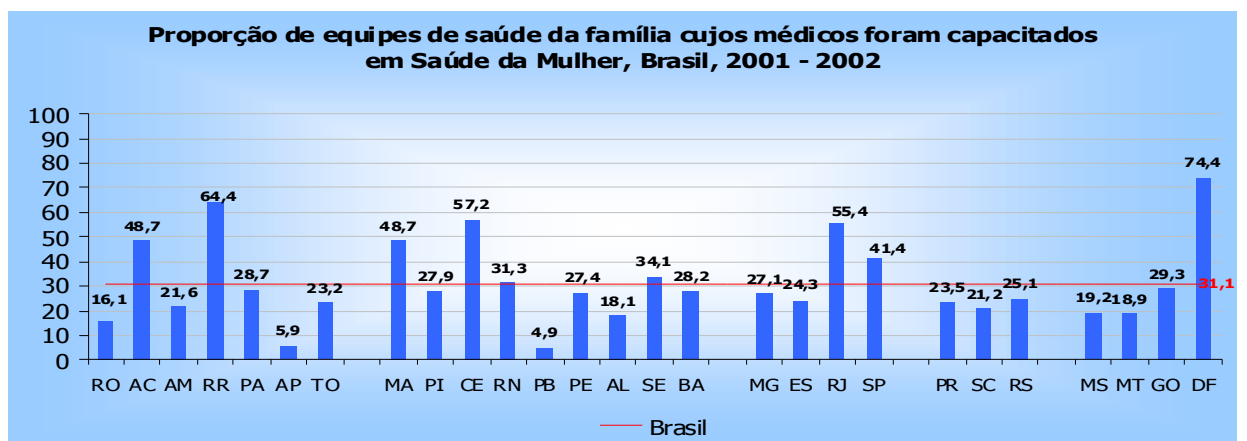
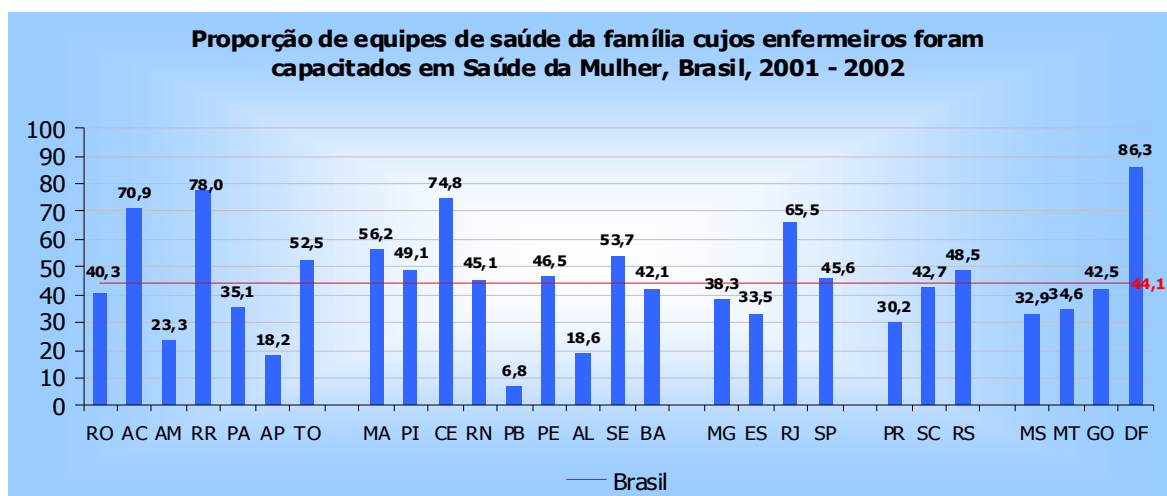


GRÁFICO 2



Segundo dados atuais do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS), a Estratégia da Saúde da Família apresenta uma cobertura de 43,4% da população brasileira com 23.956

equipes. Nas Unidades Básicas tradicionais, é preciso rever o processo de trabalho das equipes de saúde, que se organizam para ofertar exames preventivos de câncer do colo do útero por agendamento e não atendem à demanda espontânea. Em todos os casos, os técnicos e auxiliares de enfermagem precisam ter maior envolvimento no processo da coleta do exame citopatológico. Em relação ao exame clínico das mamas, verifica-se que ele não é uma prática totalmente incorporada na atenção básica e Equipes de Saúde da Família, observando-se assim uma captação ineficaz das mulheres da população-alvo.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde por meio do Departamento de Atenção Básica está elaborando propostas dirigidas a gestores e profissionais que buscam contribuir para a redução do câncer de colo de útero e mama : *Caderno de Atenção Básica – Saúde da Mulher; Guia Prático da Saúde da Família; Linhas de Conduta em Atenção Básica para o Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama*, entre outras. A proposta é que esses instrumentos deixem explícito o processo de trabalho das equipes, enfatizando as atividades dos Agentes Comunitários de Saúde em captar as mulheres precocemente para realizarem o preventivo do colo do útero e o exame clínico das mamas; para Unidades de Saúde que não se organizam com Saúde da Família e nem com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, estimulá-las ao envolvimento das organizações da comunidade a se envolverem nesse processo para que eles sensibilizem as mulheres; a importância da realização do exame papanicolaou pelo auxiliar ou técnico de enfermagem, para aumentar a cobertura desse procedimento; atender a demanda espontânea e não apenas mulheres agendadas e tratar lesões precursoras de câncer do colo do útero.

Com relação aos mecanismos já existentes para investimento e custeio da rede de atenção básica, vale citar:

- Os municípios podem realizar convênios com o Fundo Nacional de Saúde solicitando, dentre outras linhas de financiamento, equipamentos e materiais permanentes;
- Incentivo à implantação da Estratégia Saúde da Família no valor de R\$ 10.000,00. Esse recurso é repassado toda vez que o município implanta uma nova equipe de Saúde da Família;
- O Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - PROESF –, para municípios acima de 100 mil habitantes, prevê recursos repassados fundo a fundo, que visam contribuir para a implantação e consolidação da estratégia de Saúde da Família.

Neste nível de atenção, outra ação estratégica é a capacitação dos profissionais para a coleta e processamento da amostra para o exame colpocitológico tendo em vista a necessidade

de atualização desses frente a implantação da “*Nova Nomenclatura para Laudos Citopatológicos*”<sup>1</sup> visando a qualidade do exame coletado.

A qualidade da amostra coletada é avaliada a partir da sua adequabilidade, assim classificada: “satisfatória”, “satisfatória mas limitada” e “insatisfatória”. Neste último caso, não é emitido resultado, sendo necessário repetir o exame, o que gera, além de uma expectativa na mulher, um custo a mais para o Sistema de Saúde. No ano de 2004, os percentuais de exames “insatisfatório” e de “satisfatório mas limitado” foram de 1,02% e 31,04%, respectivamente. Com a implantação da “*Nova Nomenclatura para Laudos Citopatológicos*”, em fase de conclusão, os dados apresentados poderão se tornar ainda mais críticos, uma vez que a adequabilidade terá uma classificação binária (satisfatória ou insatisfatória), o que poderá determinar o aumento no número de exames a serem repetidos. Na avaliação detalhada dos motivos de “satisfatória mas limitada” e de “insatisfatória”, os índices elevados estão relacionados, em sua maioria, à técnica inadequada de coleta e acondicionamento inadequado do material, fatores que poderão ser corrigidos através da capacitação dos profissionais de saúde envolvidos nessa etapa.

No entanto, em paralelo aos esforços de capacitação e monitoramento, há que se considerar a remuneração praticada no setor público, indutora de distorções. Tendo em vista o valor pago pelo SUS pelo procedimento de exame citopatológico/microflora - R\$ 5,37 - considerou-se necessário uma reavaliação dessa remuneração, a partir de uma análise dos valores pagos aos procedimentos nos últimos cinco anos (2000-2004). Verificou-se que, enquanto o exame anatomopatológico passou por ajustes progressivos (em 2000, o valor era R\$ 9,20 e, em 2004, R\$ 20,90, aproximadamente), o exame citopatológico manteve seu valor inalterado durante o mesmo período.

A consulta às bases de cálculo de algumas instituições públicas de referência neste campo de assistência com relação ao custo do exame citopatológico - SITEC/DIPAT/INCA, ONCOCENTRO/FOSP, CAISM/UNICAMP -, e a articulação com outras iniciativas constantes neste documento amparou a seguinte proposta de aumento: R\$ 0,40 por lâmina, para todos os laboratórios - incluindo-se uma contrapartida referente à garantia do fornecimento de frascos e lâminas às unidades de saúde que realizam a coleta do material -, perfazendo um total de R\$ 5,77 por lâmina. A seguir, sobre este valor, se aplicará um aumento de 28% (ou R\$ 1,61) por exame registrado no SISCOLO com o número de Cartão-SUS, chegando-se a um total de R\$ 7,38.

---

<sup>1</sup> Documento disponibilizado em 22/11/2005 para consulta pública em <<http://www.saude.gov.br/consultapublica>>, no link (DAPE-ATSM).

Caso se considere a mesma quantidade de exames aprovada em 2004 - 10.358.346 exames (Ministério da Saúde, 2005a), haveria a possibilidade de um impacto financeiro máximo de R\$ 20.820.275,46 em relação ao valor despendido em 2004, que foi R\$ 55.624.318,02.

**Tabela 2. Exame citopatológico do colo do útero: gastos e quantidade aprovada em 2004 (SIA/SUS) e proposta de aumento e seu impacto financeiro**

	Ano 2004 / SIA	Contrapartida (R\$ 0,40)	Incentivo 28% (R\$1,61)
<b>1201101 - EX. CITOPATOL. CÉRVICO-VAGINAL / MICROFLOR</b>	Valor Unitário R\$ 5,37	Valor Unitário + 0,40 = R\$ 5,77	Valor Unitário + 1,61 = R\$ 7,38
Quantidade Aprovada	10.358.346	10.358.346	10.358.346
Valor Aprovado	R\$ 55.624.318,02 (a)	R\$ 59.767.656,42 (b)	R\$ 76.444.593,48 (c)
Impacto	0	R\$ 414.338,40 (b-a)	R\$ 20.820.275,46 (c-a)

Com relação ao câncer de mama, se propõe o desenvolvimento de estratégias para sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde para a realização do Exame Clínico das Mamas (ECM), conforme as recomendações preconizadas (Ministério da Saúde, 2004a).

Como estratégia para avaliar o impacto das ações neste nível de atenção, se propõe a implantação de outros indicadores no Pacto da Atenção Básica, que se constitui no instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde nesse nível de atenção. Atualmente, são pactuados três indicadores epidemiológicos para o monitoramento das ações de controle do câncer do colo do útero e mama, sendo eles: 1) Número de exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos dividido pela população feminina nesta faixa etária; 2) Taxa de mortalidade em mulheres por câncer de colo do útero e 3) Taxa de mortalidade em mulheres por câncer de mama.

Com o objetivo de aprimorar os indicadores já utilizados, especificamente para o câncer do colo do útero, sugere-se a inclusão de um indicador que possibilite avaliar de modo mais efetivo as ações a curto e a médio prazos e não apenas seus resultados finais. Assim,

propõe-se a pactuação do indicador ”*Percentual de Amostras Insatisfatórias*” , por refletir uma etapa importante do processo, relacionada à qualidade do exame, conforme descrito acima: percentuais elevados de amostras insatisfatórias estão associados, principalmente, a problemas nas etapas de coleta dos exames e conservação das amostras.

No entanto, todos esses indicadores, mesmo considerando sua importância, ainda não refletem a cobertura de mulheres examinadas na população-alvo, tendo em vista a impossibilidade do SISCOLO, até o presente momento, de oferecer o número de mulheres examinadas, limitando-se ao número de exames realizados. Com relação ao câncer de mama, indicadores de processo ou mesmo de qualidade neste nível de atenção não são factíveis de mensuração, pois o exame clínico da mama não é identificado, separadamente, dentro da escala de procedimentos da atenção básica, e é parte integrante de outros, como a consulta ginecológica.

### ***Média Complexidade***

Este é o nível de atenção à saúde onde se realizam os exames necessários ao esclarecimento diagnóstico, tais como mamografia, colposcopia e exame cito e histopatológico, além de procedimentos para tratamento das lesões benignas de mama e das lesões precursoras do câncer de colo do útero. As ações estratégicas estarão voltadas para o aumento da oferta dos procedimentos de diagnóstico e tratamento com melhoria da qualidade, não desconsiderando a importância de mecanismos que estimulem a prática de procedimentos tecnicamente realizáveis em ambiente ambulatorial que, por razões em geral ligadas ao nível de remuneração, são direcionados para os hospitais e unidades de alta complexidade.

Para exemplificar, o SUS paga cerca de R\$ 20,00 por uma cirurgia de alta frequência (CAF) do colo do útero realizada no ambulatório, ao mesmo tempo em que paga cerca de R\$ 350,00 para a mesma cirurgia, se realizada em regime hospitalar, independente da técnica utilizada. Considerada a importância de valorizar a realização de procedimentos ambulatoriais como forma de redução da demanda hospitalar, todas as CAF realizadas para fins de biópsia ou excisão de lesões (código: Cirurgia de Alta Frequência: 0803303) deverão ter seu valor majorado em 100%, passando dos atuais R\$ 18,86 para R\$ 37, 72. O aumento na remuneração deste procedimento produziria um impacto de R\$ 653.604, 90.

Em relação à oferta de exames de mamografia, é importante se analisar as necessidades com base em critérios epidemiológicos e a relação entre a capacidade instalada e a respectiva capacidade de produção dos equipamentos disponíveis.

Conforme proposto nas Recomendações para o Controle do Câncer de Mama (MS, 2004a), a necessidade de exames de mamografia para a população de 40-49 anos seria de aproximadamente 10%<sup>1</sup> e de 50% para a população de 50-59 anos (mamografia bianual em mulheres assintomáticas nesta faixa etária). Cabem aos estados e municípios adequarem a sua capacidade de oferta à demanda prevista para alcançarem o rastreamento populacional proposto.

Desta feita, o aumento do teto financeiro para mamografia deve estimular a oferta deste exame de forma gradual até que possa ser garantida a cobertura ideal da população feminina elegível para o rastreamento. Sugere-se assim um aumento de 25% do teto financeiro da Média Complexidade para 2006 em todos os estados, de modo que neste primeiro ano, os critérios recomendados sejam ajustados com a implementação das ações e que a partir da análise da produção deste primeiro ano, sejam rediscutidas as metas de aumento do teto para os próximos anos até alcançar a cobertura desejada de exames.

Assim, em 2006, como parte central do controle do câncer de mama, se propõe o início de um processo monitorado de ampliação da oferta dos procedimentos de detecção precoce, através do exame clínico das mamas e da mamografia. Objetivamente, se propõe:

1) a progressiva elevação do teto financeiro da *Média Complexidade* dos estados, para possibilitar o aumento da produção de exames mamográficos, obrigatoriamente articulada à implantação do Programa de Controle de Qualidade da Mamografia;

2) a organização e habilitação de Pólos Secundários de Mama<sup>2</sup> capazes de conduzir a investigação diagnóstica dos casos suspeitos de câncer e o tratamento das doenças benignas da mama.

Nos casos em que houver necessidade de procedimentos cirúrgicos, esses poderão ser realizados numa unidade hospitalar de referência. Idealmente, os pólos secundários deveriam

---

1

Considerando que 17% das mulheres rastreadas entre 50-69 terão mamografia alterada segundo parâmetro do Canadá\* e considerando que a incidência de câncer de mama na população de 40-49 anos é 60% menor que a população de 50-59 anos, estimou-se a necessidade de mamografia para esta faixa etária ( $0,17 \times 0,60 \times 100 = 10,2\%$ )

\* Organized Breast Cancer Screening Programs in Canada, 2001

<sup>2</sup> Considerando os procedimentos diagnósticos para lesões palpáveis e não palpáveis da mama, pólos secundários de patologia mamária devem ter as seguintes competências:

- Atuar como referência para os serviços básicos de saúde de sua área de abrangência;
- Investigar a patologia mamária, incluindo a realização do exame clínico das mamas e de biópsias por punção e a solicitação de exames de imagem (mamografia e ultra-sonografia), quando necessário;
- Solicitar e/ou realizar biópsias aspirativas guiadas por imagem, bem como de localização estereotáxica pré-cirúrgica a serem realizadas pelo serviço de referência;
- Encaminhar as pacientes com diagnóstico de câncer e os casos suspeitos em que a confirmação diagnóstica não for possível neste nível de atenção para o CACON de referência;
- Realizar o tratamento e acompanhamento das doenças benignas da mama, encaminhando para unidade hospitalar os casos em que houver necessidade de cirurgia;
- Realizar ou fazer a solicitação de biópsia cirúrgica.

dispor de mamografia e ecografia, além de estarem aptos a realizar punções ou biópsias da mama no ambulatório. Atualmente, uma grande parte das atividades correspondentes à *Média Complexidade* é realizada pelos CACON. Como estas atividades precisam ser expandidas para viabilizar o rastreamento do câncer, isto significaria ampliar e descentralizar os pólos secundários, às custas da expansão da atividade diagnóstica ambulatorial.

O Quadro 1 apresenta os parâmetros propostos para os procedimentos de média complexidade conforme indicado no Anexo 2.

**Quadro 1. Parâmetros para procedimentos de média complexidade**

	<i>Procedimento</i>	<i>Público Alvo</i>	<i>Parâmetros</i>
<i>Ca de mama</i>	Extirpação de tumor ou adenoma da mama	Mulheres de 40 a 69 anos	2,4% das mulheres de 50 a 69 anos e 0,96% das mulheres de 40 a 49 anos
	Marcação pré-cirúrgica p/ mamografia ou ecografia	Mulheres de 40 a 69 anos	40-49: 0,5% 50-59: 1,19% 60-69: 1,36%
	Mamografia bilateral	Mulheres de 40 a 69 anos	50% das mulheres de 50-69 anos 10% das mulheres de 40-49 anos
	PAF	Mulheres de 40 a 69 anos	50-69:2% 40-49:0,8%
	Biópsia de mama com anestesia local, com anestesia geral, com sedação ou bloqueio, precedida por marcação com mamografia ou ecografia	Mulheres de 40 a 69 anos	50-69: 3,4% 40-49:1,36%
	PAG	Mulheres de 40 a 69 anos	50-69:2,4% 40-49:0,96%
	Exame Anatomopatológico	Mulheres submetidas à biópsia de mama	8,12% das mulheres
<i>Ca de colo</i>	Traquelectomia (34001034) Traquelectomia (34701036)	Mulheres de 25 a 59 anos	0,029% das mulheres
	Biópsia do colo uterino ou endométrio	Mulheres de 25 a 59 anos	2,12% das mulheres
	CAF ou Conização	Mulheres de 25 a 59 anos	1,73% das mulheres
	Exame Anatomopatológico	Mulheres de 25 a 59 anos	1,92% das mulheres
	Colposcopia	Mulheres de 25 a 59 anos	2,3% das mulheres

### ***Alta Complexidade***

Neste nível de atenção realizam-se os principais procedimentos de tratamento oncológico (radioterapia, quimioterapia e cirurgia oncológica). A dificuldade no acesso a esses serviços ressalta a necessidade de sua adequação ao perfil epidemiológico da população



de referência e de organização da rede de atenção oncológica, com diagnóstico da capacidade instalada e de produção dos serviços de alta complexidade nos estados e municípios. Além disso, propõe-se o fortalecimento do *Programa de Qualidade da Radioterapia* e o estabelecimento de *Diretrizes Nacionais de Condutas Clínicas*, que assegurem qualidade à assistência prestada e a criação de mecanismos de regulação da atenção oncológica pelo nível local. A orientação das ações que envolvem a alta complexidade em oncologia estão estabelecidas em portaria ministerial e vem sendo aprimorada.

## 5.2. Garantia de qualidade

A identificação de importantes dificuldades na fiscalização e no credenciamento dos serviços de mamografia com base em critérios de qualidade, o que gerou a necessidade de incluir, entre as *Diretrizes Estratégicas*, a implantação progressiva do “*Programa de Qualidade dos Serviços de Mamografia*”, com base em critérios a serem definidos em parceria pela ANVISA, pelo Instituto de Radioproteção e Dosimetria (IRD), pelo Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) e pelo INCA (Anexo 3). A partir da implementação progressiva deste programa pretende-se desenvolver a qualificação e o recredenciamento dos serviços de mamografia do SUS (rede própria, credenciada e conveniada), em todo território nacional.

Quanto ao câncer de colo de útero no nível da *Média Complexidade*, também são necessárias ações que envolvem o processo de qualidade do exame citopatológico, que constitui uma etapa fundamental a ser realizada nos laboratórios: o monitoramento externo. O conjunto de recomendações para o monitoramento da qualidade dos exames citopatológicos visa contribuir para a garantia da qualidade dos laboratórios do SUS, por meio de implementação de normas técnicas. A atualização periódica dos indicadores da adequabilidade em citopatologia permitirá o entendimento do processo de monitoramento e aprimoramento contínuo da qualidade dos laboratórios de citopatologia, no que diz respeito à sua estrutura, às atividades operacionais e qualidade dos laudos.

Nesse sentido, propõe-se a implementação do “*Programa de Monitoramento do Controle de Qualidade dos Exames Citopatológicos*”, com ênfase para o monitoramento externo, tendo em vista a necessidade de realizar controles periódicos para avaliar a qualidade da citologia, a exatidão e a consistência de sua interpretação pelo laboratório e a comparação dos achados citopatológicos com a interpretação histopatológica. Para tanto, propõe-se a

formação de uma comissão com representantes das diversas sociedades afins, para a elaboração de um programa de qualidade com critérios e parâmetros técnicos claramente definidos, a serem implementados no nível nacional e, concomitantemente, os estados receberão apoio técnico para a estruturação da sua rede de monitoramento (laboratório de referência).

### **5.3. Sistema de Informação**

O acompanhamento e a avaliação do impacto destas *Diretrizes Estratégicas* pressupõe a existência de informação que permita monitorar o processo de rastreamento, diagnóstico, tratamento e a qualidade dos exames realizados na rede SUS. Para tanto, está previsto o desenvolvimento do Sistema de Informações do Câncer da Mama (SISMAMA), a ser realizado por uma parceria INCA/DRAC/DATASUS, e o aprimoramento do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), tanto na sua vertente tecnológica como em decorrência da implantação da “Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais e Conduas Preconizadas”. O aprimoramento do SISCOLO já foi realizado pelo INCA em parceria com o DATASUS e neste momento encontra-se em fase de implantação nos estados,

Na versão anterior do SISCOLO, a unidade de registro não era a mulher mas o exame, dificultando o conhecimento preciso das taxas de cobertura e captação, essenciais ao acompanhamento das ações planejadas. Por isto, é indispensável o desenvolvimento de estratégias para estimular/induzir estados e municípios quanto ao registro do número do Cartão-SUS. Também é importante aprimorar o sistema de forma a permitir o acesso aos dados de seguimento das mulheres com exames alterados desde a sua entrada no sistema, através da coleta do exame, até o seu desfecho.

Ainda com relação à informação, é preciso ter conhecimento do percentual de cobertura e de outras características da população feminina atendida pela saúde suplementar, através de indicadores que estimem a cobertura do exame Papanicolaou para detecção precoce do câncer do colo do útero, cobertura do exame mamográfico, taxas de morbidade e mortalidade por neoplasias do colo do útero e mama.

As estratégias de indução e estímulo às operadoras de planos privados de assistência à saúde constam do Projeto de Qualificação da Saúde Suplementar, assim como nos Programas de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças. A qualidade da atenção à saúde oferecida pelas operadoras, será avaliada através dos sistemas de informações da Agência Nacional de

Saúde Suplementar como o Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) e o Sistema de Informações de Produtos (SIP).

#### **5.4. Capacitação**

Entre os elementos essenciais do *Plano de Ação para Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama* se encontra a estruturação de um amplo *Programa de Capacitação para a Atenção Oncológica*, envolvendo desde a educação popular até os profissionais de saúde em sua realidade de trabalho. Historicamente, as estratégias de capacitação se deram de um modo quase invariável: pacotes de cursos para os estados, que indicavam alunos e distribuíam cotas aos municípios. A produção regular de atualizações de conhecimento, de forma fragmentada e desarticulada, pouco repercutiu na qualidade da atenção oferecida às mulheres.

A descontinuidade dos convênios impôs dificuldades às atividades de capacitação. Este fato, no entanto, permite a construção de um novo projeto de ensino que proporcione, por exemplo, que todos os profissionais de saúde - na perspectiva de sua prática, nível de especialização e inserção no SUS - estejam capacitados a estimular e atuar na mudança estrutural da atenção a estes cânceres. Nesse sentido - em uma estratégia de transição para execução imediata -, se propõe, ao lado de ações de capacitação urgentes e inadiáveis, a construção de uma *Rede de Educação para a Atenção Oncológica*. Essa iniciativa se desenvolverá de forma coerente e articulada com a Política Nacional de Educação Permanente para o SUS, não apenas com respeito à apropriação e utilização de sua estrutura conceitual, mas por se propor a atuar como elemento catalisador da mesma, nos municípios e espaços institucionais em que se mostrar ainda inibida.

#### **5.5. Estratégias de mobilização social**

Com o objetivo de ampliar a cobertura do exame de Papanicolaou, o exame clínico das mamas e a mamografia, disseminar informações sobre medidas preventivas, formas de tratamento, bem como de apoiar ações de suporte social, entre outros, devem ser articuladas ações de mobilização social em conjunto com áreas técnicas do Ministério da Saúde e de outros setores de Governo, e com a sociedade civil, envolvendo a Articulação Nacional de Experiências e Práticas em Saúde, o Movimento de Mulheres, diversas Pastorais etc.

Nos estados em que se observa uma cobertura abaixo da média nacional, altas taxas

de mortalidade e de incidência, além de dificuldade de acesso, propõe-se o desenvolvimento de estratégias de comunicação que possam considerar a realização de campanhas focais como forma de mobilização dos órgãos públicos e da sociedade civil organizada, visando a ampliação da cobertura populacional e a reorganização da rede de controle voltada para esses dois tipos de câncer com garantia da atenção integral à mulher com ações dentro da linha de cuidado que inclui desde a prevenção, passando por detecção precoce, diagnóstico, tratamento até cuidados paliativos.

## **5.6. Desenvolvimento de Pesquisas**

Deve-se considerar, ainda, o estímulo ao desenvolvimento de projetos de pesquisa na linha de prevenção e controle do câncer da mama e do colo do útero que contribuam para a melhoria da efetividade, eficiência e qualidade de políticas, sistemas e programas. Para 2005, propõem-se programas de pesquisa capazes de esclarecer aspectos relativos ao rastreamento na Atenção Básica, o desenvolvimento de parâmetros assistenciais na área de média complexidade e estudo de custo-efetividade para a incorporação tecnológica no SUS.

Programa de pesquisa nº. 1: Organização operacional hierarquizada do rastreamento dos cânceres do colo uterino e da mama, tendo o Programa de Saúde da Família como referencial de organização da rede básica. Interessa testar ou conhecer:

- como operacionalizar o rastreamento do câncer do colo uterino como um programa organizado, tendo como referenciais as normas vigentes do Ministério da Saúde;
- como organizar sistema de referência e contra-referência entre as unidades básicas de saúde e os serviços de média complexidade para garantir acesso para as mulheres que precisam de exame colposcópico e outros procedimentos;
- como operacionalizar o exame clínico anual das mamas e o rastreamento mamográfico como um programa organizado, que resulte em alta cobertura para uma determinada população alvo numa determinada região, tendo como referenciais as normas vigentes do Ministério da Saúde;
- como organizar sistema de referência e contra-referência entre as unidades básicas de saúde e os serviços de média complexidade, para garantir acesso e resolutividade para as mulheres com patologia benigna e com suspeita de câncer na mama;
- qual a resolutividade da equipe de saúde da família no âmbito da unidade básica de saúde na estrutura hierarquizada de cuidados para o controle dos cânceres da mama e do colo uterino.

Este estudo poderá ser realizado entre cinco a dez municípios diferentes, como projetos pilotos, para um ou ambos os cânceres.

Programa de pesquisa nº. 2: Desenvolvimento de parâmetros assistenciais para o planejamento e organização da rede assistencial hierarquizada do rastreamento dos cânceres do colo uterino e da mama. Tendo como referencial a estruturação do SUS em serviços que atuam em atenção básica à saúde, em média complexidade e em alta complexidade, interessa testar ou conhecer:

Para o câncer do colo uterino:

- áreas ou regiões do Brasil de baixa e alta prevalência de lesões neoplásicas do colo uterino, tendo como base o diagnóstico histológico, quando disponível, ou citológico;
- taxa de mulheres que precisam de exames colposcópicos para as mulheres que tiveram exame citológico com diagnóstico de Atipias de Significado Indeterminado em Células Escamosas e com diagnóstico de lesão intra-epitelial escamosa de baixo grau;
- taxa de biópsias do colo uterino, realizadas em mulheres submetidas a colposcopia, de acordo com o diagnóstico citológico inicial;
- taxa de excisão da zona de transformação e taxa de conização em mulheres submetidas a colposcopia, de acordo com o diagnóstico citológico inicial;
- prevalência de lesões histopatológicas em biópsias guiadas pela colposcopia, de acordo com o diagnóstico citológico inicial;

Para o câncer da mama:

- áreas ou regiões do Brasil de baixa e alta incidência de câncer da mama;
- taxa de mulheres assistidas na atenção básica de saúde que necessitam de avaliação mais especializada da mama devido a sintomas mamários e como resultado do exame clínico anual;
- taxas de mulheres que precisam de exame mamográfico e de exame ecográfico mamário para diagnóstico em serviços de média complexidade devido a sintomas mamários e como resultado do exame clínico anual;
- taxa de mulheres que necessitam de avaliação citológica e avaliação histológica da mama em serviços de média complexidade devido a sintomas mamários e como resultado do exame clínico anual;
- taxa de mulheres com diagnóstico suspeito no rastreamento mamográfico e que precisam de avaliação mamográfica e avaliação ecográfica adicional;
- taxa de mulheres que realizam rastreamento mamográfico que precisam ser submetidas a biópsias, com ou sem localização estereotáxica;

- percentual de diagnósticos histológicos de câncer da mama em mulheres que apresentaram diagnósticos suspeitos no rastreamento mamográfico (valor preditivo positivo da mamografia);

- percentual de diagnósticos histológicos de câncer da mama em mulheres submetidas à biópsia devido a diagnósticos suspeitos no rastreamento mamográfico (valor preditivo positivo da biópsia);

- razão lesões benignas/malignas da mama em biópsias cirúrgicas entre as mulheres rastreadas;

- percentual de mulheres com câncer de mama que precisam ser submetidas à quimioterapia, à radioterapia e à cirurgia oncológica.

Este estudo deve ser realizado em vários serviços de atenção de média complexidade de alta demanda, que atuam como referência para o rastreamento dos cânceres do colo uterino e da mama, que também disponham de assistência hospitalar.

### **5.7.Gestão**

Os gestores municipais e estaduais são os principais parceiros no desenvolvimento das ações contidas nestas *Diretrizes Estratégicas*. Para tanto, necessitarão de apoio para a organização da rede para a atenção oncológica, a estruturação de serviços e a sistematização, quando necessário, do processo de referência e contra-referência entre os níveis de atenção. Reforça-se, então, a necessidade estratégica de assessoria técnica aos estados e municípios, além de parceria para a construção de uma rede de educação permanente na atenção oncológica.

### **6. Estimativa de Custos**

A seguir, estão sintetizadas as *Diretrizes Estratégicas* e as respectivas ações propostas para o controle do câncer de mama e do colo do útero, a partir do ano de 2005. O Quadro 2 apresenta o valor discriminado referente ao incremento de custo direto para o nível central do SUS por tipo de ação proposta pelo Plano para 2006. O Quadro 3 pontua as demais ações a serem implementadas.

<p style="text-align: center;"><b>QUADRO 2 – ESTIMATIVA DE CUSTOS COM FINANCIAMENTO DO SUS, 2006</b></p>
--

<b>Ações Propostas</b>	<b>Valores em reais</b>
1 - Equipamento das unidades de Saúde da Família : mesa ginecológica e foco;	XXX
2 - Garantia de insumos para o Papanicolaou / incentivo ao registro do Cartão-SUS / aumento da remuneração do exame	R\$ 20.820.275,46
3 – Mecanismos para garantir aumento progressivo de tetos estaduais para mamografia e garantia de qualidade dos serviços (vide 2.5);	R\$ 20.200.140,25
4 – Organização da Média Complexidade - Pólos Secundários para Atenção à Saúde da Mulher. Valorização de procedimentos tecnicamente realizáveis em ambiente ambulatorial (CAF/biópsia ambulatorial).	XXX R\$ 653.604, 90
<b>Custo Total</b>	<b>R\$ 41.674.020,61</b>

<b>QUADRO 3 – AÇÕES SEM CUSTO OU COM OUTROS TIPOS DE FINANCIAMENTO</b>		
<b>DIRETRIZES</b>	<b>AÇÕES PROPOSTAS</b>	<b>ESTIMATIVA DE CUSTO</b>

1ª	<b>Aumento de Cobertura da População-Alvo</b>	1 – Organização da Atenção Básica (exemplos: sensibilização de todos os profissionais de saúde; oferta diária de coleta, sem hora marcada; ampliação dos profissionais capacitados para a coleta; execução da coleta pelos enfermeiros do PSF; busca ativa da população-alvo na população adscrita dos ACS; formalização da referência para a média complexidade);	_____
		2 - Utilização da Taxa de Citologia Oncótica do Colo do Útero e da Taxa de Mamografia, na população-alvo, para avaliação da qualidade da atenção prestada pela saúde suplementar;	_____
		3 - Acompanhamento da realização dos exames de prevenção do câncer do colo do útero e da mama por todos os Serviços Especializados Segurança e Medicina do Trabalho de empresas privadas e serviços públicos;	_____
2ª	<b>Garantia da Qualidade</b>	1 - Monitoramento das ações da Atenção Básica com a inclusão de um novo indicador: N° de Amostras de Colpocitologias Insatisfatórias sobre o total de exames realizados x 100;	_____
		2 – Desenvolvimento de capacitações específicas: coleta e processamento da amostra; citotécnico etc. (vide Diretriz nº4);	_____
		3 – Publicação de <i>Diretrizes Nacionais de Condutas Clínicas para o Câncer do Colo do Útero e da Mama</i> (115 mil exemplares);	3 – R\$ 575.000,00
		4 - Implantação de Monitoramento Interno e Externo dos Laboratórios de Citopatologia;	4 - R\$ 517.000, 00
		5 – Implantação progressiva do Programa de Qualidade dos Serviços de Mamografia, a partir dos estados em que houver aumento de teto (vide 1.3);	5 - R\$ 414.300,00
		6 – Expansão do Programa de Qualidade da Radioterapia (Criação do Sistema Postal de Feixe de Elétron usado em Radioterapia).	6 - R\$ 70.500,00



3ª	<b>Fortalecimento do Sistema de Informação</b>	1 – Atualização (Nomenclatura e novo Gerenciador) e desenvolvimento completo (“Módulo Seguimento”) do SISCOLO (incentivo ao registro do número do Cartão-SUS - vide 1.2);	1 - R\$ 460.275,00
		2 - Implantação da <i>Agenda da Mulher</i> para a população feminina usuária do SUS, com idade entre 12 e 60 anos( 45.006.896 mulheres, DATASUS – 2005 ) - registro do número do Cartão-SUS; Proposta: Cobertura de 30% / ano	2 - R\$ 13.502.069,00
		3 - Desenvolvimento do SISMAMA.	3 - R\$ 273.460,00
4ª	<b>Desenvolvimento de Capacitações</b>	1 - Assessoria técnica a gestores de saúde para a organização da Rede de Atenção Oncológica;	1 - R\$ 427.938,00
		2 - Construção da rede de educação permanente em atenção oncológica	2 - R\$ 1.994.887,00
5ª	<b>Estratégia de Mobilização Social</b>	1 - Articulação com a sociedade civil com projetos de mobilização social e educação popular (Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde - ANEPS, Rede Feminista, Pastoral da Saúde); Campanhas focais	1 - R\$ 1.200.000,00
6ª	<b>Desenvolvimento de Pesquisas</b>	1 - Organização operacional hierarquizada do rastreamento do câncer do colo do útero e da mama;	1 - R\$ 600.000, 00
		2 - Desenvolvimento de parâmetros assistenciais na área de média complexidade que contribuam para a organização da rede de atenção oncológica.	2 - R\$ 137.620, 00

## 7. Cronograma de Implantação

<b>DIRETZ 1: Aumento da Cobertura da População-Alvo</b>		
<b>Ações</b>	<b>Ano (Período)</b>	<b>Metas</b>
1. Organização da Atenção Básica para aumento da captação e cobertura da população-alvo para realização de Exame Papanicolaou e Exame Clínico das Mamas (ECM)	<b>Dezembro 2006</b>	1. Capacitar 100% dos ACS para desenvolver atividades de educação comunitária no PSF 2. Convidar 100% da população-alvo cadastrada nas áreas de PSF
	<b>Abril 2006</b>	1. Realizar capacitações macrorregionais em ECM e Papanicolaou nas 5 regiões do país
	<b>Dezembro 2006</b>	2. Cobrir 80% da população-alvo cadastrada nas áreas de PSF
2. Equipamento das unidades de Saúde da Família: mesa ginecológica e foco	<b>Março 2006</b>	1. Avaliar recursos disponíveis e necessidades de aquisição
3. Garantia de insumos para o Papanicolaou / incentivo ao registro do Cartão-SUS / aumento da remuneração do exame citopatológico	<b>Março 2006</b>	1. Aquisição de insumos para realização do Exame Papanicolaou
	<b>Abril 2006</b>	1. Incorporação da proposta de aumento do valor do exame citopatológico na Tabela do SIA/SUS
4. Aumento progressivo de tetos estaduais para mamografia com garantia de qualidade dos serviços	<b>Dezembro 2006</b>	1. Aumento de teto financeiro da assistência (média complexidade) em 25% para todos os estados
5. Utilização da Taxa de Citologia Oncótica do Colo do Útero e da Taxa de Mamografia, na população-alvo, para avaliação da qualidade da atenção prestada pela saúde suplementar	<b>Julho 2006</b>	1. Conhecer o percentual de cobertura da Mamografia e do Papanicolaou na população-alvo, pelas Operadoras de Planos de Saúde
	<b>Junho 2006</b>	1. Indução das Operadoras através de RN para a Implementação de Programas de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças 2. Identificar o perfil epidemiológico da população beneficiária dos planos privados de saúde.
6. Organização da Média Complexidade - Pólos Secundários para Atenção à Saúde da Mulher	<b>Dezembro 2006</b>	1. Cadastrar 100% dos serviços que atuam como Pólos Secundários de Patologia Mamária
	<b>Julho 2006</b>	1. Qualificar segundo critérios de qualidade 50% dos Pólos Secundários
	<b>Dezembro 2006</b>	1. Qualificar segundo critérios de qualidade 50% dos Pólos Secundários

**Diretriz 2: Aumento progressivo de tetos estaduais para mamografia com garantia de qualidade dos serviços**

<b>Ações</b>	<b>Ano (Período)</b>	<b>Metas</b>
1. Monitoramento das ações da Atenção Básica com a inclusão de um novo indicador: N° de Amostras de Colpocitologias Insatisfatórias sobre o total de exames realizados x 100	<b>Abril 2006</b>	1. Incluir o indicador no Pacto da Atenção Básica de 2006
	<b>Dezembro de 2005 em diante</b>	1. Monitoramento das ações de controle do câncer do colo, também, através do indicador implementado
2. Publicação de Diretrizes Nacionais de Condutas Clínicas para o Câncer do Colo do Útero e da Mama	<b>Março 2006</b>	1. Publicação e Distribuição de 115 mil exemplares aos estados e municípios
3. Implantação de Monitoramento Interno e Externo dos Laboratórios de Citopatologia	<b>Março 2006</b>	1. Formação de Comitê para aprimoramento das estratégias de monitoramento dos laboratórios
	<b>Abril 2006</b>	1. Diagnóstico dos Laboratórios e início da implantação nos estados com estrutura p/
	<b>Dezembro 2006</b>	1. Expandir o monitoramento externo para os demais estados
4. Implantação progressiva do Programa de Qualidade dos Serviços de Mamografia	<b>Março 2006</b>	1. Desenvolvimento de metodologia de avaliação e aquisição de equipamentos para aferição da
	<b>Abril 2006</b>	1. Monitoramento progressivo da qualidade nos estados selecionados com pilotos
	<b>Dezembro 2006</b>	2. Avaliação do projeto-piloto
	<b>Dezembro 2006</b>	1. Expansão do modelo de programa de garantia de qualidade para toda a rede SUS
5. Expansão do Programa de Qualidade da Radioterapia	<b>Dezembro 2006</b>	1. Criação do Sistema Postal de Feixe de Elétron usado em Radioterapia

<b>Diretriz 3: Fortalecimento do Sistema de Informação</b>		
<b>Ações</b>	<b>Ano (Período)</b>	<b>Metas</b>
1. Atualização (Nomenclatura e novo Gerenciador) e desenvolvimento completo do SISCOLO (incentivo ao registro do número do Cartão-SUS)	<b>Concluída em Outubro 2005</b>	1. Finalização da versão atualizada do SISCOLO
	<b>Abril/Maio 2006</b>	2. Implementação do novo Sistema em 100% dos laboratórios conveniados ao SUS e nas Coordenações do Programa
2. Implantação da Agenda da Mulher para a população feminina usuária do SUS, com idade entre 12 e 60 anos-registro do número do Cartão-SUS	<b>Dezembro de 2006</b>	1. Cobertura de 25% a cada 5 meses, atingindo 75% de cobertura em Dezembro de 2006
3. Desenvolvimento do SISMAMA	<b>Março 2006</b>	1. Formação de Grupo de Trabalho para revisão das Fichas de Requisição e Laudo (Mamografia, Cito, Histo) do SISMAMA
	<b>Abril 2006</b>	1. Início do Desenvolvimento do SISMAMA
	<b>Dezembro 2006</b>	1. Capacitação e Início do processo de implantação SISMAMA
<b>Diretriz 4: Desenvolvimento de Capacitações</b>		
1. Assessoria técnica a gestores de saúde para a organização da Rede de Atenção Oncológica	<b>2005 em diante</b>	1. Acompanhar os estados da federação na estruturação da rede de atenção oncológica
2. Construção da rede de educação em atenção oncológica, na perspectiva dos Pólos de Educação Permanente	<b>Abril 2006</b>	1. Articulação com SGTES
	<b>Dezembro 2006</b>	1. Implantação das atividades de educação em atenção oncológica nos pólos
<b>Diretriz 5: Mobilização Social</b>		
1. Articulação com a sociedade civil com projetos de mobilização social e educação popular; campanhas focais	<b>Março 2006</b>	1. Identificação das áreas/regiões que precisam de estratégias diferenciadas de comunicação e mobilização social para aumentar a captação.  2. Planejamento da estruturação e organização dessas ações com redes sociais locais em parceria com os gestores de saúde
	<b>Abril 2006</b>	1. Implementação das ações de comunicação social

**Diretriz 6: Desenvolvimento de Pesquisas**

1 - Organização operacional hierarquizada do rastreamento do câncer do colo do útero e da mama;	<b>Dezembro 2006</b>	1.Desenvolvimento da pesquisa
2 - Desenvolvimento de parâmetros assistenciais na área de média complexidade que contribuam para a organização da rede de atenção oncológica.	<b>Dezembro 2006</b>	1.Desenvolvimento da pesquisa

## 8. Referências bibliográficas

OESTREICHER, N., WHITE, E., LEHMAN, C.D., MANDELSON, M.T., 2002. **Predictors of Sensitivity of Clinical Breast Examination (CBE)**. Breast Cancer Research And Treatment 76: 73–81, 2002.

FORREST, A.P.M.; ANDERSON, E.D.C., 1999. **Breast Cancer Screening and Management**. MJA, 171:479-484.

GABE, R; DUFFY, W, 2005. Evaluation of service screening mammography in practice: the impact on breast cancer mortality. **Annals Oncol**, 16:ii153-ii162.

IARC HANDBOOK OF CANCER PREVENTION VOLUME 7, 2002. BREAST CANCER SCREENING. IARC Nonserial Publications.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2005. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/saude2003.pdf>>. Acessado em 13/06/05

MILLER, A.B., 1986. **Screening for Cancer of the Cervix**. IARC Scientific Press.

MILLER, A.B; BAINES, J.; WALL, C. 2000. **Canadian National Breast Screening Study-2: 13-Year Results of a Randomized Trial in Women Aged 50–59 Years**. J Natl. Cancer Inst 2000; 92:1490–9.

MINISTÉRIO DA SAÚDE 2004a Instituto Nacional de Câncer. **Recomendações para o Controle do Câncer de Mama**. Rio de Janeiro.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002. **Portaria n.º 1101/GM de 12 de junho de 2002**. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Diário Oficial da União.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer 2005**. Rio de Janeiro.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sia/pamap.htm>>. Acessado em 23/05/2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/popmap.htm>>. Acessado em 20/04/2005.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1989. **Guias para la Evaluación de Los Programas de Detección Precoz del Cáncer de Cuello Uterino**. Boletín of Sanit. Panam.,107(5):454-457.

ORGANIZED BREAST CANCER SCREENING PROGRAMS IN CANADA, 2001. Disponível em <[http://www.phac.aspc.gc.ca/publicat/obscp.procs98/pdf/obscp98\\_e.pdf](http://www.phac.aspc.gc.ca/publicat/obscp.procs98/pdf/obscp98_e.pdf)>

SMITH, RA; DUFFY, SW; GABER, R; TABAR, L; YEN, AM; CHEN, TH, 2004. The randomized trials of breast cancer screening: what have we learned? **Radiol Clin North Am**. 42:793-806.

VAHABI, M, 2003, Breast cancer screening methods: a review of the evidence. **Health Care Women Int**, 49:773-793.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002. **Executive summary: national cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. Geneva: WHO; 2002. Disponível em <<http://www.who.int/cancer>>, acessado em 01/08/2005.

## **11. Anexos**



## ANEXO 1

### AGENDA DA MULHER

A Carteira Nacional de Saúde da Mulher foi instituída no Sistema Único de Saúde (SUS) pela lei nº 10.516, de 11 de julho de 2002 e se destina a atingir 100% da população feminina brasileira, entre os 12 e 60 anos de idade.

De acordo com as necessidades de registro de dados e também de ser utilizada como fonte de informações sobre as doenças e agravos mais comuns e/ou importantes para as mulheres, a carteira será acrescida, como já vem ocorrendo em alguns estados (SP e GO), desta complementação essencial. Desta forma, a proposta é que seja composta de:

1. Registro de dados:

- Identificação: nome, data de nascimento, cor, estado civil, escolaridade, naturalidade, endereço, telefone de contato;
- Dados clínico-ginecológicos: menarca, idade da primeira relação sexual, orientação sexual, ciclos menstruais, patologias ginecológicas pregressas.
- Exames preventivos do câncer do colo uterino, biópsias, tratamentos (datas e resultados); encaminhamentos, procedimentos, tratamento e seguimento; DSTs
- Exames preventivos do câncer de mama: realização do clínico das mamas, com datas e classificação em normal ou anormal com indicações em relação a exames complementares como mamografia, ultra-som e outros. Informações acerca de datas e “resultado”, encaminhamentos, procedimentos, tratamento e seguimento.
- Rastreamento de outros tipos de câncer: tabagismo ativo ou passivo/ câncer de pulmão; câncer gástrico ou colo-retal; hábitos de exposição aos raios UV/câncer de pele;
- Imunizações realizadas: tipos, calendário de vacinas, reações adversas.
- Planejamento familiar: métodos anticoncepcionais utilizados até o momento e método atual;
- Acompanhamento do climatério: sintomatologia (início, tipo e intensidade), agravos relacionados, exames preventivos (do câncer de colo uterino, laboratorial, mamografia, ultra-sonografia, densitometria óssea) e tratamentos realizados;
- Cirurgias e internamentos hospitalares: informações acerca de datas, natureza dos procedimentos, e respectivos resultados anatomopatológicos;
- Doenças crônico-degenerativas: hipertensão, diabetes, cardiopatias, tireoideopatias, osteopatias, patologias reumáticas e outras. Data do início, tratamentos realizados, medicações em uso;

2. Orientações básicas para promover a saúde e prevenir doenças:

- Cuidados básicos de higiene corporal e genital;

- Orientação dietética;
- Informações e estímulo à atividade física;
- Auto-exame das mamas;
- Idade inicial e periodicidade necessária na realização de exames preventivos mamários e do colo uterino e das consultas ginecológicas;
- Orientações sobre imunizações;
- Outros (tabagismo, raios ultra-violetas etc.).

3. Informações resumidas e em uma linguagem simples a respeito das situações características das etapas de desenvolvimento da mulher no ciclo de vida, as patologias e os agravos mais comuns ou importantes às mulheres:

- DSTs/AIDS/vulvovaginites/DIPs/infecção urinária;
- Câncer de colo uterino, mama, pulmão e colo-retal;
- Planejamento familiar;
- Sexualidade;
- Transtornos hormonais mais comuns (irregularidades menstruais/dismenorréia);
- Miomas, endometriose;
- Violência sexual e doméstica;
- Climatério;
- Osteoporose;
- Doenças crônico-degenerativas (hipertensão, diabetes etc.);
- Outros.

O grande benefício desta carteira é o fato de que as informações relativas à saúde/doença e o acompanhamento destas mulheres estarão disponíveis para elas mesmas, para todos os profissionais de saúde, possibilitando também que os mesmos possam avaliar e acompanhar adequadamente as condições de saúde da mulher além de informá-las de forma simples e objetiva sobre as dúvidas mais frequentes.

A proposta de formato é que siga o tamanho, material e forma do Cartão da Gestante para o registro dos dados com uma encadernação interna de aproximadamente vinte páginas com papel mais fino, contendo as orientações básicas e informações acima descritas.

O tamanho aproximado é de 21cm de altura x 30 cm de largura (aproximadamente), que será dobrado em três partes, na gramatura 150 (capa) onde estarão dispostos a identificação e os dados da mulher. A parte interna é composta por uma encadernação de 20 páginas estreitas com 9,5 cm de largura e 21cm de altura na gramatura 90.

## ANEXO 2

### **Memória de Cálculo dos Parâmetros Assistenciais para Câncer da Mama e do Colo do Útero**

**Extirpação de tumor ou adenoma de mama:** Considerando que 17% das mulheres rastreadas apresentam exames alterados e que destas 19,8% fazem biópsia excisional, e que 70% destas biópsias são patologias benignas (0,17 X 0,198 X 0,7), obtemos o valor de 2,4% de mulheres que farão extirpação de tumor ou adenoma (IARC, 2002: Breast Cancer Screening).

**Marcação Pré-Cirúrgica (mamografia ou ecografia):** Considerou-se para efeito de cálculo do parâmetro as mulheres com mamografia alterada e lesão não-palpável, encaminhadas para biópsia cirúrgica (excisional) com marcação pré-cirúrgica. Sabendo-se que 17% das mulheres rastreadas terão exames alterados, e destas 19,8% irão para biópsia excisional. 30% das biópsias terão como diagnóstico câncer, sendo que 35% dessas lesões são tumores com menos de 10mm (pop. 50 a 59 anos) e 40% (pop. 60 a 69 anos) (IARC, 2002: Breast Cancer Screening. Cap. 1 e 8). Para a população de 40 a 49 anos consideramos a distribuição dos casos de câncer na população por faixa etária (-60% nessa faixa em relação a pop. de 50 a 69 anos). Assumimos que a distribuição seria semelhante para patologia benigna.

**Mamografia Bilateral:** O "Documento de Consenso de Controle do Câncer de Mama" preconiza exame mamográfico bianual para mulheres de 50 a 69 anos.

**Punção por Agulha Fina:** De acordo com o documento "Organized Breast Cancer Screening Programs in Canada" (2001), cerca de 17,0% das mulheres rastreadas entre 50 a 69 anos terão mamografia alterada e destas, cerca de 10% farão PAAF. Portanto,  $0,17 \times 0,10 \times 100 = 1,7\%$ , percentual arredondado para 2% de mulheres rastreadas que precisarão fazer PAAF. Como a incidência do câncer de mama é menor na faixa etária de 40 a 49 anos do que na faixa de 50 a 69 anos, optou-se por aplicar o percentual de variação de (-60%) obtendo-se um parâmetro de 0,8% de PAAF para mulheres entre 40 a 49 anos.

**E) Biópsia de mama com anestesia local, Biópsia de mama com anestesia geral, Biópsia de mama com sedação e ou bloqueios e Biópsia de mama com anestesia geral, precedida pela marcação da lesão por mamógrafia ou ecografia:** De acordo com o documento "Organized Breast Cancer Screening Programs in Canada" (2001), cerca de 17,0% das mulheres rastreadas entre 50 a 69 anos terão mamografia alterada e destas, cerca de 19,8% farão biópsia cirúrgica. Portanto,  $0,17 \times 0,198 \times 100 = 3,4\%$ , percentual de mulheres rastreadas que precisarão fazer biópsia cirúrgica. Como a incidência do câncer de mama é menor na faixa etária de 40 a 49 anos do que na faixa de 50 a 69 anos, optou-se por aplicar o percentual de variação de (-60%) obtendo-se um parâmetro de 1,36% de biópsia cirúrgica para mulheres entre 40 a 49 anos.

**Punção por Agulha Grossa:** De acordo com o documento "Organized Breast Cancer Screening Programs in Canada" (2001), cerca de 17,0% das mulheres rastreadas entre 50 a 69 anos terão mamografia alterada e destas, cerca de 14,6% farão PAG. Portanto,  $0,17 \times 0,146 \times 100 = 2,48\%$ , percentual referente às mulheres rastreadas que precisarão fazer PAG. Como a incidência do câncer de mama é menor na faixa etária de 40 a 49 anos do que na faixa de 50 a 69 anos, optou-se por aplicar o percentual de variação de (-60%) obtendo-se um parâmetro de 0,96% de PAG para mulheres entre 40 a 49 anos.

**Pesquisa de Linfondo Sentinela:** De acordo com o "Consenso para Controle do Câncer de Mama" (INCA, 2004) são elegíveis à pesquisa de linfonodo sentinela as mulheres com câncer de mama palpável sem linfonodo clinicamente detectável (estágio I). Uma vez que cerca de 18% das mulheres com câncer apresentam-se no estágio I (FOSP 2004) e 0,6% das mulheres rastreadas apresentam câncer invasivo.  $0,006 \times 0,18 = 0,10\%$  da população rastreada necessitará de pesquisa de linfonodo sentinela.

**Exame Anátomo-Patológico:** Representa a soma dos percentuais de mulheres que realizam biópsia cirúrgica e PAG.

**IHormonioterapia:** De acordo com o "Consenso para Controle do Câncer de Mama" (INCA, 2004), são candidatas à hormonioterapia as mulheres com doença metastática (estadio IV) hormônio responsivas, mulheres em estadio 0, I, II e III receptores hormonais positivos. É importante salientar que adotamos como critério de hormônio responsividade, mulheres com mais de 50 anos. Os dados de distribuição por estadio e faixa etária foram retirados do RHC/FOSP (2004). Destaca-se que existem mulheres com menos de 50 anos hormônio sensíveis, porém não havia dados disponíveis para estimativa.

**3ª linha de quimioterapia paliativa e 3ª e 4ª linhas de hormonioterapia paliativa:** Considerando-se que 6,7% das mulheres com câncer de mama encontram-se em estágio IV (FOSP 2004) e estas possivelmente em algum momento farão quimioterapia e/ou hormonioterapia paliativa e que pacientes em estadiamento 0,I,II e III que falharam ao tratamento proposto (doença em progressão FOSP 2004) também necessitarão destes procedimentos, teremos que:  $0,006$  (mulheres rastreadas com diagnóstico de câncer)  $\times$   $0,067$  (mulheres com doença metastática)  $\times$   $0,018$  (mulheres c/ doença localizada que apresentam doença em progressão pós tratamento) =  $0,051$

**Associação de trastuzumab à quimioterapia paliativa:** Considerando que 1/3 das mulheres com câncer de mama superexpressam o gene HER-2 e que 0,6% das mulheres rastreadas terão câncer, sabe-se que 0,2% superexpressam esse gene. Segundo os dados do RHC/FOSP 6,7% das mulheres com câncer de mama são diagnosticadas em estadio IV. Ressalta-se que esse parâmetro apenas considera p/ efeito de cálculo as mulheres com doença metastática no diagnóstico.

**Traquelectomia:** segundo a linha de cuidado do câncer do colo do útero, 0,19% das mulheres rastreadas serão submetidas a tratamento cirúrgico/RT/QT. Tendo como premissa que somente as mulheres com estadio I serão submetidas a traquelectomia, e que 15% das mulheres com câncer invasivo apresentam-se em estadio I (segundo os dados dos Registros Hospitalares de Câncer disponibilizados pela FOSP), temos que 0,029% das mulheres rastreadas necessitam de traquelectomia.

**Biópsia de colo do útero:** 2,12% representam o somatório dos valores referentes às mulheres

rastreadas que apresentam exame citopatológico anormal e necessitam de biópsia segundo a linha de cuidado do câncer de colo do útero.

**CAF:** 1,73% representam o somatório dos valores referentes às mulheres rastreadas que apresentam exame citopatológico anormal e necessitam de CAF segundo a linha de cuidado do câncer de colo do útero.

**Exame Anátomo-Patológico:** 1,92% representam o somatório dos valores referentes às mulheres rastreadas que realizarão exame anátomo-patológico segundo a linha de cuidado do câncer de colo do útero.

**Colposcopia:** 2,3% representam o somatório dos valores referentes às mulheres rastreadas que realizarão colposcopia segundo a linha de cuidado do câncer de colo do útero.

**Conização:** 1,73% representam o somatório dos valores referentes às mulheres rastreadas que apresentam exame citopatológico anormal e necessitam de conização segundo a linha de cuidado do câncer de colo do útero.

## ANEXO 3

### *Programa de Qualidade dos Serviços de Mamografia*

#### **Justificativa**

O câncer de mama é a primeira causa de morte por câncer entre as mulheres brasileiras. A principal estratégia para sua redução, utilizada em diversos países do mundo, é o rastreamento mamográfico, isto é, o exame por mamografia de mulheres sem sintomas da doença, de forma periódica. Nos países em que foi adotado, diversas pesquisas apontam uma redução de 35% na mortalidade por câncer de mama em mulheres de 50 a 69 anos (Quinn, 2003)<sup>1</sup>, desde que estejam assegurados padrões e critérios de qualidade dos serviços e do exame mamográfico. Sem a garantia de qualidade dos exames corre-se o risco de diminuir a acurácia do método de detecção precoce, colocando em risco a vida de inúmeras pacientes devido a exames falso-negativos, além de despender dinheiro público com um número elevado de repetição de exames mamográficos, que poderia ser utilizado para aumentar a cobertura de mamografia em mulheres da população-alvo.

Segundo as normas e recomendações do INCA (2002), a sensibilidade da mamografia varia entre 46% a 88% e é dependente dos seguintes fatores: tamanho e localização da lesão, densidade do tecido mamário, idade da paciente, qualidade do exame e habilidade de interpretação do radiologista. A especificidade do exame mamográfico é bastante alta, variando entre 82% e 99%.

No Brasil, não existem estudos científicos conclusivos sobre a qualidade do exame mamográfico. Os principais problemas identificados, no cenário nacional, com relação à qualidade do exame mamográfico são:

- 1) Ausência de critérios nacionais bem definidos e específicos de garantia de qualidade em serviços de mamografia desenvolvidos por órgãos competentes (Instituto de Radioproteção e Dosimetria/IRD, Colégio Brasileiro de Radiologia/CBR, CNEN);
- 2) Dificuldades na fiscalização e no credenciamento dos serviços de mamografia com base em critérios de qualidade;
- 3) Ausência de Físicos Médicos no quadro de pessoal da ANVISA e das Visa's, que são os órgãos que têm o "*poder de polícia*" para aplicar as normas cabíveis previstas na Legislação Federal, no caso de irregularidades serem identificadas;

---

<sup>1</sup> QUINN, 2003. Editoriais: Cancer Trends in the United States – a View from Europe. *Journal of the National Cancer Institute*, 95(17): 1258 - 1261.

4) Segundo dados da própria ANVISA<sup>2</sup> apenas 14 estados da federação possuem legislação estadual que regulamentam as ações de fiscalização dos serviços de mamografia (AL, BA, DF, ES, GO, MA, MT, MS, PE, RN, RO, RR, SE, TO);

5) A legislação atual (Portaria MS/SVS nº 453/98) é pouca específica com relação aos critérios de qualidade dos exames mamográficos, estabelecendo mais diretrizes de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico.

Os pontos supracitados favorecem que gestores de saúde e prestadores de serviços negligenciem a importância da aferição periódica dos equipamentos (mamógrafos e processadoras) por profissional de Física Médica e a necessidade de avaliação prévia das condições do local de instalação do mamógrafo (segundo normas da CNEN).

## **Projeto do Programa**

Objetivo: Implantar programa de qualidade de serviços de mamografia

### **2005**

Meta 1 – Implantação de programa piloto de garantia de qualidade de serviços de mamografia.

Ação 1 – Definir os critérios de garantia de qualidade para serviços de mamografia, dentro de uma estratégia nacional para viabilizar a regulamentação atual (ANVISA, INCA, CBR e IRD).

Ação 2 – Definir os critérios para centros participantes do projeto piloto (critérios geográficos e de volume da produção).

Ação 3 – Enviar questionário básico para cadastramento dos serviços próprios e prestadores do SUS.

Ação 4 – Seleção de 12 centros para participar do programa piloto, após visita esclarecedora e de negociação *in loco*.

Ação 5 – Avaliação *in loco* dos centros selecionados.

Ação 6 - Aquisição de Equipamentos para Controle da Qualidade em Mamografia

Ação 7 – Implantação do programa de garantia de qualidade em cada um dos 12 centros selecionados.

Ação 8 – Treinamento *in loco* dos profissionais e técnicos dos centros selecionados

Ação 9 - Desenvolver um banco de dados (Sistema de Informação Nacional) com os dados fornecidos pelas VISA's estaduais.

Meta 2 – Estabelecer linhas de crédito para adequação dos serviços que tenham potencial para futuramente participar do programa.

### **2006**

Meta 1 – Monitoramento dos 12 centros selecionados.

Ação 1 – Acompanhamento do programa de garantia de qualidade a partir de um modelo postal.

---

<sup>2</sup> Boletim Informativo da ANVISA, nº 36. Disponível em [www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br) - acessado em 17/02/2005.

Ação 2 – Auditoria.

Ação 3 – Fornecer a orientação necessária para solucionar as não conformidades identificadas na auditoria.

Ação 4 – Verificar a efetividade das ações corretivas.

Ação 5 – Verificar os centros que permanecerão no projeto.

Ação 6 – Avaliação do projeto piloto.

## **2007**

Meta 1 – Tornar obrigatório o modelo de programa de garantia de qualidade estabelecido neste para todos os prestadores do SUS.

Ação 1 – Definir os critérios para os especialistas em Física de Radiodiagnóstico participarem do programa.

Ação 2 – Selecionar e treinar os especialistas credenciados.

**Estimativa de Custo Total da Implantação do Projeto-Piloto em 12 centros = R\$ 414.300,00**

**Custo de Implantação por Pólo = R\$ 34.525,00.**



## ANEXO 4



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS  
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR

### NOTA TÉCNICA

#### **AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO CONTROLE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA**

O Grupo de Trabalho para controle do câncer do colo do útero e da mama, coordenado pela Área Técnica de Saúde da Mulher - MS e INCA - MS, foi criado com o objetivo de produzir um plano operativo/funcional com ações envolvendo vários atores do setor saúde e de outros setores, a fim de diminuir a morbimortalidade por câncer e reduzir a exposição a fatores de risco relacionados.

A baixa adesão das mulheres à realização do exame e re-exame preventivo para câncer de colo do útero e da mama é um dos problemas a serem considerados para a detecção precoce desses tipos de câncer. Ampliar a cobertura e a captação da população-alvo deve incluir ações que envolvam todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde, assim como considerar grupos específicos minoritários.

Dentre as metas estabelecidas para aumentar a detecção precoce de câncer, foi discutida, pelo GT acima citado, a necessidade de acompanhamento sistemático das mulheres em idade reprodutiva, assim como consolidar uma base de dados que gerasse informação para a vigilância desses agravos. A inclusão deste tipo de avaliação nos exames periódicos realizados pelos serviços de medicina do trabalho pode representar uma forma significativa de se aumentar a cobertura da prevenção desses agravos.

A exposição ocupacional, como causa de aumento do risco de câncer, pode estar relacionada tanto a um processo de mutação do DNA (iniciação), o que é mais comum, como a mecanismos de promoção. No caso específico de câncer de mama, exposições à vários agentes de risco já foram levantadas, tais como: aminas aromáticas, campos eletromagnéticos, hidrocarbonetos aromáticos, altas temperaturas, óleos de corte e hormônios-estrógeno. Outros fatores possivelmente relacionados, seriam a dieta mal balanceada e o estresse no trabalho. Entretanto, até o momento, não foi estabelecida causalidade direta que subsidie ações de monitoramento biológico ocupacional para nenhum desses agentes.

Para o câncer de colo de útero, alguns estudos relacionam a exposição a organoclorados (DDE), mas o principal agente de risco é o papilomavírus humano (HPV).

Concluindo, considerando os conhecimentos científicos atuais em relação à etiologia do câncer de mama e de colo de útero, a necessidade de aumento de cobertura de exames para detecção precoce da doença e o compromisso dos serviços de medicina do trabalho com a prevenção e promoção da saúde, propomos:

- Incluir como obrigatório o acompanhamento da realização dos exames de prevenção de câncer de colo de útero e mama, por todos os Serviços Especializados Segurança e Medicina do Trabalho de empresas privadas e serviços públicos, a serem realizados no Sistema Único de Saúde ou no setor de medicina privada, conforme o caso, com a exigência de periodicidade, conforme protocolos clínicos definidos.

**Brasília.**