



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E TEMÁTICA
COORDENAÇÃO-GERAL DE ATENÇÃO A PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS
SAF Sul, lotes 5/6, Ed. Premium, Torre II, Sala 103 – CEP: 70.070-600 – Brasília/DF
(61) 3315.9052/ 9217

Ofício nº 256-CGAPDC/DAET/SAS

Brasília, 20 de outubro de 2014.

Ao Senhor

EDNEI LÁZARO DA COSTA CARREIRA

Presidente da Câmara Municipal de Botucatu

Praça Comendador Emílio Peduti, 112 – Edifício Vereador Abílio Dorini - Caixa Postal 96

CEP: 18.600-410 – Botucatu/SP

Assunto: Solicitação de informações sobre a possibilidade de rever a Portaria nº 1253.

Trata-se do Ofício nº 991/2014/GP, de 23 de setembro, no qual encaminha o Requerimento nº 885/2014 em que solicita informações acerca da possibilidade de realizar estudos no sentido de rever a Portaria nº 1253, que restringe o repasse de verbas da União aos municípios para a realização de mamografias em pacientes na faixa etária de 50 a 69 anos, de forma a garantir também o rastreamento mamográfico a todas as mulheres a partir dos 40 anos.

A Coordenação Geral informa que **não há** restrição de idade para realização do exame de mamografia, sendo que o mesmo será realizado para fins de rastreamento prioritariamente para as mulheres entre 50 e 69 anos, as quais estão dentro da faixa etária recomendada para realização do exame, mesmo assintomáticas. Todas as demais mulheres que tiverem indicação médica para realização de mamografia tem acesso garantido aos procedimentos disponíveis pelo SUS.

A Portaria SAS/MS nº 1.253/2014 tem o intuito de estimular a realização da mamografia de rastreamento para as mulheres brasileiras na faixa etária indicada – 50 a 69 anos -, de modo a atingirmos a cobertura recomendada. Tal medida, no entanto, não restringe o acesso do restante da população feminina ao procedimento, sempre que houver indicação clínica para tal.

Isto posto, seguem esclarecimentos acerca da mamografia no Brasil e a legislação vigente:

O câncer da mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos. Segundo a Organização Mundial de Saúde, em 2008, ocorreram 1.384.155 casos novos de câncer de mama em todo o mundo, o que torna o tipo de câncer mais comum entre as mulheres.¹ O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estimou para o Brasil, no ano de 2012, 52.680 casos novos de câncer da mama, com risco estimado de 52 casos a cada grupo de 100 mil mulheres.

Recomendação para mamografia no Brasil e no mundo

O rastreamento é uma estratégia de detecção precoce utilizada em políticas públicas para populações-alvo específicas a fim de reduzir a mortalidade por uma determinada doença. No caso do câncer de mama a população-alvo são as mulheres sem fatores de risco adicionais e na faixa etária de 50 a 69 anos. As mulheres que tiverem aumento do risco devem ter acesso ao diagnóstico precoce de câncer de mama em tempo oportuno, que não o rastreamento populacional.

Os primeiros programas de rastreamento para o câncer de mama usando a mamografia foram iniciados na década de 1980 e foi por meio de ensaios clínicos randomizados que a eficácia desses programas foi avaliada, permitindo estabelecer diretrizes para as recomendações quanto à definição da população-alvo e periodicidade.

O rastreamento com o exame de mamografia é a estratégia de saúde pública que tem sido adotada em contextos onde a incidência e a mortalidade por câncer de mama são elevadas. Em países que implantaram programas efetivos de rastreamento, a mortalidade por esta neoplasia vem apresentando tendência de redução.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e também países como Reino Unido, França e Alemanha, não recomendam o rastreamento mamográfico antes dos 50 anos uma vez que há limitada evidência de redução da mortalidade e mais riscos e danos do que benefícios para estas mulheres mais jovens (veja ANEXO I - Nota técnica Conjunta). Uma

¹ Organização Mundial da Saúde (OMS). International agency for research on cancer: Globocan 2008. In: _____. World Cancer Report. Lyon: WHO, 2008. p. 11-104.

das razões é a menor sensibilidade da mamografia em mulheres na pré-menopausa devido a maior densidade mamária.

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda a realização da mamografia para as mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos. Essa faixa etária e periodicidade são adotadas na maioria dos países que implantaram o rastreamento organizado do câncer de mama e baseia-se na evidência científica do benefício desta estratégia na redução da mortalidade neste grupo, conforme figura abaixo:

Programas de Rastreamento do Câncer de Mama
Atualização do International Cancer Screening Network (ICSN) - 2009

País	Tipo de Programa	Ano de Implementação	Faixa Etária	Método de Rastreamento	Intervalo da Mamografia	Cobertura (%)	Programa de qualidade
Austrália	Organizado	1991	50-69	Mamografia	2	56,2	Sim
Canadá	Organizado	1988	50-69	Mamografia ECM	2	36,5	Sim
Dinamarca	Organizado	1991	50-69	Mamografia	2	75,4	Sim
Noruega	Organizado	1996	50-69	Mamografia	2	76	Sim
França	Organizado	1989	50-74	Mamografia ECM	2	40	Sim
Itália	Organizado	2002	50-69	Mamografia	2	59,8	Sim
Reino Unido	Organizado	1988	50-70	Mamografia	3	75	Sim

Fonte: Adaptado de Comparison of Breast and Cervical Cancer Screening Program Implementation in 18 Countries. Emily Dowling, Carrie Klabunde, Julietta Patrick, Rachel Ballard-Barbash. The International Cancer Screening Network (ICSN), 2009 in press.

Objetivo do rastreamento do câncer de mama

O objetivo do rastreamento do câncer de mama é a diminuição da mortalidade pela doença por meio da detecção na sua fase pré-clínica com o menor número possível de casos falso-positivos. Ao estabelecer recomendações para o rastreamento mamográfico do câncer de mama em uma população, é necessário que a relação entre benefícios e malefícios seja levada em consideração por meio da análise das evidências científicas disponíveis e da criteriosa avaliação do cenário em que se pretende implementar tais recomendações. A seguir, segue a relação de riscos e benefícios considerados para o rastreamento realizado na faixa etária de 50 a 69 anos:

- **Riscos do rastreamento:**

- Resultados falso positivos (mamografias alteradas que não confirmam câncer no exame histopatológico): em mulheres com idade inferior a 50 anos, a mamografia apresenta mais resultados falso positivos.

- Sobrediagnóstico e sobretratamento: mulheres com idade inferior a 50 anos têm maior chance de apresentar tumor in situ que mulheres acima desta idade, os quais não evoluiriam e serão tratados desnecessariamente.
- Exposição à radiação: maior exposição na população de 40-49 anos em comparação com a faixa de 50-69 anos.
- **Benefícios do rastreamento:**
 - Impacto na mortalidade: Os resultados de ensaios clínicos randomizados sugerem que, quando a mamografia é ofertada às mulheres entre 50 e 69 anos, a cada dois anos, com cobertura igual ou superior a 70% da população-alvo, é possível reduzir a mortalidade por câncer de mama em 15% a 23%. A mamografia bilateral para rastreamento do câncer de mama é assim indicada por ser nessa faixa etária que esse exame apresenta o maior benefício na queda de mortalidade e maior chance de sobrevivência das mulheres, com muito menos eventos adversos (quase ausência de tecido mamário para se expor à radiação ionizante – que é *per se* cancerígena -, grande acerto diagnóstico e muito menor número de exame falso-positivos e falso-negativos).

Mamografias no Brasil

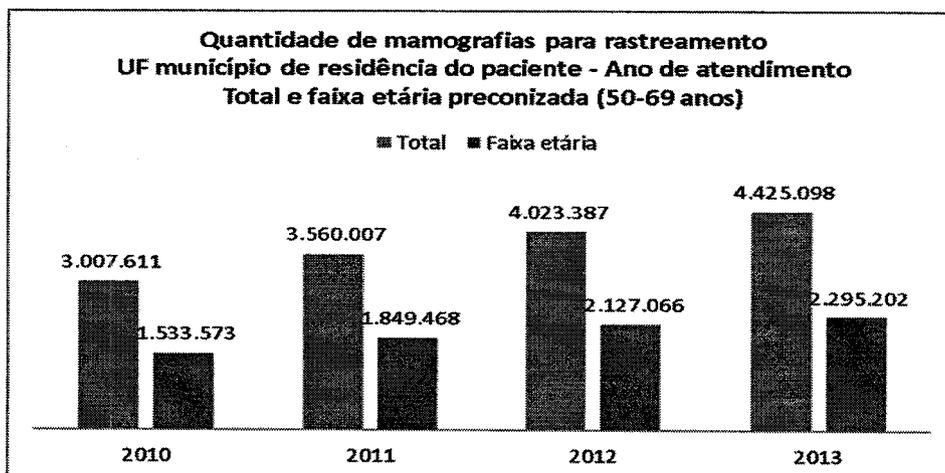
No Brasil, para atingir a cobertura de 70% da população feminina (SUS-dependente) na faixa etária preconizada, devem ser realizadas 4.089.877 mamografias para rastreamento a essa população. No período de 2010 a 2012 houve um crescimento de 37% das mamografias para rastreamento realizadas na faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde (50 a 69 anos), sendo que foram realizados 1,5 e 2,1 milhões de procedimentos em 2010 e 2012 respectivamente.

Apesar desse crescimento no número total de mamografias, em 2013, o Brasil realizou 4.605.588 mamografias de rastreamento, de forma que apenas 50% (2.295.946) foram realizadas na população alvo, sendo que os outros 50% foram realizadas em faixas etárias sem evidência científica de impacto na mortalidade. Essa produção representou uma cobertura populacional de apenas 56% das mulheres entre 50 a 69 anos SUS-dependentes

do Brasil, o que significa que 44% das mulheres com maior risco de desenvolver o câncer de mama não estão sendo rastreadas e outras estão realizando o exame sem indicação precisa.

Apesar de ser considerado um câncer de bom prognóstico se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados. Entre 2008 e 2010, a taxa média bruta de mortalidade por câncer de mama foi de 12,53 óbitos por 100.000 mulheres.

Vale lembrar que, se o total de mamografias realizadas no país em 2013 (4,6 milhões) tivessem sido direcionadas à faixa etária preconizada por este MS, teríamos uma chance muito maior de reduzir o número de mortes por câncer de mama no Brasil, visto que teríamos alcançado a real meta de cobertura do rastreamento (70%). Ressaltamos ainda que, além de apenas 50% de toda a produção de mamografia de rastreamento ser realizada dentro da faixa etária preconizada, esse quadro não vem se alterando ao longo dos anos, esses dados podem ser observados no gráfico a seguir:



Deteção precoce abaixo da idade recomendada

A deteção precoce antes dos 50 anos – mesmo com o diagnóstico confirmado de câncer – em geral representa apenas uma antecipação da deteção, com muito pouco impacto na sobrevivência da mulher, ou ainda um sobrediagnóstico e sobretratamento de um câncer que nunca evoluiria clinicamente e nunca seria detectado em vida.

Nesta faixa etária, abaixo dos 50 anos, há mais chance dos resultados serem falso positivos, pois a acuidade da mamografia é menor nessas mulheres. Assim, alargar a faixa etária aumenta o número de mulheres com resultados suspeitos que não se confirmam no

histopatológico, gerando procedimentos desnecessários que trazem graves repercussões psicológicas e clínicas, exemplificadas pela falsa segurança dada pelo exame falso-negativo ou ansiedade e depressão, além do alto número de intervenções médicas desnecessárias, trazidas pelo exame falso-positivo, e a exposição periódica de tecido mamário à radiação, onerando o sistema.

É importante frisar que essas mulheres não foram diagnosticadas, mas sim tiveram um exame de rastreamento suspeito. Para avaliar se o impacto deste rastreamento foi positivo teríamos que acompanhar essas mulheres e verificar se elas tiveram acesso ao exame de confirmação diagnóstica e se realmente tiveram um resultado positivo para câncer. Ainda, se tiveram o resultado positivo, é importante avaliar se foram tratadas e em tempo oportuno, independente da faixa etária.

Ressalta-se que identificar lesões suspeitas é diferente de tratar mulheres. É importante que outras informações sejam consideradas para avaliar o impacto das ações realizadas. Muitas dessas mulheres podem ser falso positivos, que na verdade sofreram as consequências de serem rastreadas fora da faixa etária alvo.

Financiamento da mamografia pelo SUS

No SUS, existem dois procedimentos de mamografia, a fim permitir a adequada informação para o monitoramento e avaliação desta política pública que tem como meta primordial a queda da mortalidade por câncer de mama entre as mulheres. São eles:

- **Mamografia - 02.04.03.003-0** - Exame radiológico com a finalidade de avaliação periódica de mulheres de alto risco de câncer de mama, diagnóstico em mulheres com mamas alteradas ao exame clínico, estadiamento (avaliação da extensão de um tumor maligno já diagnosticado) e acompanhamento de doente operado de câncer de mama. Pode ser realizada unilateralmente ou bilateralmente e aplica-se a homens e mulheres, **em qualquer faixa etária**. É procedida conforme a indicação e solicitação médicas.
- **Mamografia bilateral para rastreamento - 02.04.03.018-8** – Exame radiológico com a finalidade de rastreamento do câncer de mama entre mulheres assintomáticas, sem diagnóstico prévio de câncer de mama e com mamas sem alterações ao exame clínico, conforme os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde. É um exame bilateral e aplica-se prioritariamente

a mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos de idade, com periodicidade bianual, conforme os critérios do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama, do Ministério da Saúde. Todas as mulheres, independente da idade, podem realizar esse exame, quando indicado por um médico. Aplica-se prioritariamente a mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos de idade, com periodicidade bianual, pois é a faixa etária na qual há maior efetividade na prevenção.

Diante da baixa cobertura do exame de mamografia dentro da população alvo, que é essencial para o êxito da política, foi publicada a Portaria SAS/MS nº 1.253, de 12 de novembro de 2013, que altera atributos de procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde. A mesma refere-se a alteração no tipo de financiamento do procedimentos 02.04.03.018-8 MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO.

A diferença desta Portaria é a forma de financiamento do procedimento. Quando realizada na faixa etária preconizada (50 a 69 anos) o pagamento será feito por meio do Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC. Este fundo tem o objetivo de garantir o financiamento, pela gestão federal, de procedimentos de alta complexidade e de ações consideradas estratégicas pelo Ministério da Saúde, no caso, o Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama.

Vale lembrar que todas as mulheres, independente da idade, podem realizar o exame de mamografia bilateral ou unilateral conforme indicação médica (por exemplo, mulheres fora da faixa etária, porém com risco para câncer de mama aumentado). A mamografia uni ou bilateral em outras faixas etárias é financiada com recurso do Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Caso algum estado ou município necessite de aumento do limite financeiro MAC, o Ministério da Saúde está disponível para revê-lo, sendo que os estados, Distrito Federal e municípios deverão monitorar a realização de mamografias dentro e fora da faixa etária preconizada, avaliar se há a necessidade de aumento do limite financeiro MAC e solicitar o aumento do mesmo quando necessário.

Como nas últimas semanas ocorreram interpretações equivocadas da Portaria SAS/MS nº 1.253, de 12 de novembro de 2013, por parte de diversos atores da área da

saúde, o Ministério da Saúde publicou a Portaria SAS/MS nº 126 de 24 de fevereiro de 2014, que reafirma a Portaria SAS/MS nº 1.253 e reescreve a descrição dos procedimentos 02.04.03.003-0 – MAMOGRAFIA e 02.04.03.018-8 - MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO, de forma a esclarecer e facilitar o total entendimento por toda a sociedade civil, os conselhos de classe profissional, as associações médicas, a imprensa e demais interessados sobre a iniciativa deste Ministério da Saúde quanto à garantia de acesso às ações de detecção, controle e tratamento do câncer de mama a toda a população feminina do país.

Considerando também que além de ampliar o rastreamento, existe a necessidade de ampliação do diagnóstico e tratamento de câncer de mama, neste sentido o Ministério da Saúde também vem implementando outras ações, duas delas específicas do câncer de mama estão descritas abaixo:

- **Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM):**

Foi publicada a Portaria GM nº 189, de 31 de janeiro de 2014, que institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação.

Os Serviços de Referência para o Diagnóstico e Tratamento do Câncer do Colo de Útero (SRC) e de Mama (SDM) são serviços de saúde com habilitação específica, que possuem estrutura mínima, tanto de equipamentos quanto de profissionais, necessária para realizar procedimentos com finalidade diagnóstica e terapêutica dos cânceres do colo do útero e de mama. Estes serviços atuarão como pontos de atenção imprescindíveis na linha de cuidado do câncer do colo do útero e de mama, de maneira integrada à Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, visando à integralidade do cuidado dos usuários do Sistema Único de Saúde. Esses serviços deverão realizar, minimamente, um rol específico de procedimentos, de acordo com o tipo de habilitação. Dessa forma o usuário que acessar esse serviço poderá realizar todos os procedimentos mínimos, em um só local.

Não se trata, necessariamente, de um novo serviço. Estabelecimentos de saúde que, atualmente, realizem alguns dos procedimentos mínimos, podem se adequar para atender às exigências e, com isso, solicitar a habilitação e receberem maior financiamento federal.

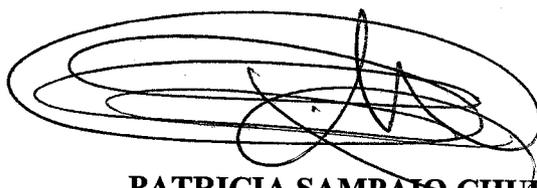
- **Programa Mamografia Móvel:**

O Programa de Mamografia Móvel tem como objetivo articular ações que visem o aumento da cobertura mamográfica em todo território nacional, principalmente em locais de difícil acesso. A Portaria GM/MS nº 827/2013 prevê o incremento de 44,88% no valor do procedimento de mamografia bilateral para rastreamento, quando realizado nos estabelecimentos de saúde habilitados como Unidade de Mamografia Móvel.

Ressaltamos por fim, que tanto a Portaria SAS/MS nº 1.253/2013 como a Portaria SAS/MS nº 126/2014 de maneira alguma ferem a Lei nº 11.664/2008, já que o exame de mamografia continua garantido pelo SUS de forma que os profissionais de saúde podem solicitar o exame para mulheres, independente da idade, se assim julgarem necessária a realização do procedimento. Estas portarias apenas induzem que as mamografias de rastreamento sejam realizadas na faixa etária cujas evidências científicas mais atuais demonstram impacto na saúde na população brasileira.

Diante de todo o histórico, solicitamos especial atenção à Nota Técnica anexada a este documento, elaborada, no ano de 2013, por esta Coordenação em conjunto com o Instituto Nacional de Câncer e colaboradores, na qual é possível verificar toda a evidência científica que embasa a delimitação da faixa etária para rastreamento de câncer de mama, sem oferecer qualquer prejuízo às usuárias fora dessa faixa etária que tenham indicação para realização do procedimento.

À consideração superior.



PATRICIA SAMPAIO CHUEIRI
Coordenadora-Geral de Atenção as Pessoas com Doenças Crônicas
DAET/SAS/MS

De acordo, encaminhe-se para conhecimento, análise e adoção das providências cabíveis.



LÊDA LÚCIA COUTO DE VASCONCELOS
Diretora do DAET/SAS/MS

LSB



NOTA TÉCNICA

Assunto: Rastreamento do câncer de mama

1. O objetivo do rastreamento do câncer de mama é a detecção da doença na sua fase pré-clínica com o menor número possível de casos falso-positivos e a consequente diminuição da mortalidade pela doença. Ao estabelecer recomendações para o rastreamento mamográfico do câncer de mama em uma população, é necessário que a relação entre benefícios e malefícios seja levada em consideração por meio da análise das evidências científicas disponíveis e da criteriosa avaliação do cenário em que se pretende implementar tais recomendações.
2. No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda a realização da mamografia para as mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos. Esta faixa etária e periodicidade são adotadas na maioria dos países que implantaram o rastreamento organizado do câncer de mama e baseia-se na evidência científica do benefício desta estratégia na redução da mortalidade neste grupo. Na Europa, países como Bélgica, Dinamarca, Finlândia, Itália, Polônia, Holanda e Reino Unido, realizam o rastreamento organizado a partir dos 50 anos e a periodicidade em todos é bienal, com exceção do Reino Unido que é trienal¹.
3. A Organização Mundial da Saúde (OMS)² e também países como Reino Unido³, França e Alemanha, não recomendam o rastreamento mamográfico antes dos 50 anos, uma vez que há limitada evidência de redução da mortalidade e mais riscos e danos do que benefícios para estas mulheres mais jovens. Uma das razões é a menor sensibilidade da mamografia em mulheres na pré-menopausa devido a maior densidade mamária.

4. Os benefícios do rastreamento do câncer de mama são o melhor prognóstico da doença, com tratamento mais efetivo e menor morbidade associada. A redução da mortalidade por câncer de mama atribuída à mamografia, inicialmente estimada em torno de 30%, nos sucessivos estudos foi sendo rebaixada, sendo estimada atualmente em 15%.⁴
5. Em relação aos malefícios, têm-se os resultados falso-negativos e falso-positivos e o sobrediagnóstico (*overdiagnosis*) e o sobretratamento (*overtreatment*) produzindo um falso aumento da incidência de cânceres, tanto na população em geral como nas faixas etárias mais jovens.⁵ De fato, o câncer de mama segue sendo uma doença com maior magnitude no período pós-menopausa do que em faixas reprodutivas da vida das mulheres.
6. 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 e da realização do rastreamento mamográfico apenas para a faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde. O valor preditivo de um exame depende da prevalência da doença em uma determinada faixa etária.
7. O sobrediagnóstico⁵ acontece quando se descobre, pelo rastreamento, uma alteração nos tecidos mamários sugestiva de ‘um câncer’ histológico que difere, em sua natureza, de um câncer clinicamente detectável, pois os achados do rastreamento produzem entidades distintas cuja evolução é diferente da doença clinicamente detectável. Portanto, alguns casos que são detectados pelo rastreamento não teriam sido clinicamente diagnosticados e nem causariam problemas para a mulher visto que se trata de alterações ou ‘cânceres histológicos’ ou melhor, ‘pseudocânceres’. Diversos estudos mostram que cerca de 1/3 a 1/5 dos cânceres identificados no rastreamento são considerados sobrediagnosticados, porém receberão tratamento como se fossem doenças já instaladas, expondo mulheres previamente sadias a cirurgias e radioterapias desnecessárias.⁶⁻⁸ As consequências dessas intervenções em mulheres saudáveis, expõem mulheres de baixo-risco à radioterapia (mulheres com achados patológicos resultantes do rastreamento) e podem trazer

consequências importantes, tais como excesso de mortalidade atribuída à insuficiência cardíaca (27%) e câncer de pulmão (78%).⁹

8. Os requisitos éticos para estabelecimento de intervenções preventivas são muito mais rigorosos do que nas situações clínicas de cuidado ao adoecimento, pois quando os profissionais de saúde transmitem a noção de risco a seus pacientes podem estar causando danos, prejudicando sua noção prévia de saudabilidade, que pode não mais ser restaurada.¹⁰ Assim, algumas potenciais consequências de medidas preventivas incluem ‘abalos das capacidades culturais e individuais para lidar com a doença, a dor e a morte, [...] e aumento de medos previamente inexistentes’.¹¹ O rigor avaliativo das intervenções preventivas deve ser determinante para o estabelecimento de oferta desses cuidados, que somente devem ser realizados quando houver segurança de que trarão mais benefícios do que danos, segurança esta obtida por evidências científicas de boa qualidade e avaliadas por instituições amplas e idôneas.¹² Recente revisão sistemática de ensaios clínicos de alta qualidade verificou que mesmo em estudos bem conduzidos, os pesquisadores, na melhor das hipóteses, monitoraram e relataram os efeitos adversos do rastreamento em apenas 1/3 dos casos, sugerindo que existe uma hipertrofia dos benefícios pelo desconhecimento dos efeitos adversos dos rastreamentos, gerando uma situação ética que impede profissionais e instituições de saúde de transmitirem aos pacientes/usuários uma informação mais completa para que estes possam decidir esclarecidamente se desejam ou não participar de programas de rastreamento.¹³
9. Dentre as diretrizes referentes à prevenção do câncer no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (Pt GM 874/13), destaca-se que a implementação de ações de detecção precoce do câncer, por meio de rastreamento (“*screening*”) e diagnóstico precoce, deve ser realizada a partir de recomendações governamentais, com base em avaliação de tecnologia em saúde e avaliação econômica. Também é ressaltado, no componente “Atenção Básica”, que o rastreamento deve ser realizado de acordo com os protocolos e as diretrizes federais ou de acordo com protocolos locais, baseado em evidências científicas e na realidade locorregional.

10. Os principais estudos relativos ao rastreamento do câncer de mama foram realizados em países com alta incidência deste câncer e seus resultados são generalizáveis para contextos semelhantes. Os resultados obtidos nestes países podem não ser aplicáveis à realidade brasileira onde as taxas de incidência são inferiores. Ressalta-se ainda que nos países ou regiões com baixas taxas de incidência, os malefícios com o rastreamento tendem a superar os benefícios, quando comparados com locais que possuem altas taxas.
11. As ações de detecção precoce do câncer de mama devem ir além da mamografia, exigindo acesso das mulheres à confirmação diagnóstica dos casos suspeitos e o acesso ao tratamento oportuno e de qualidade. Sem a garantia da integralidade, as ações de detecção precoce não alcançarão a efetividade almejada e, portanto, a ampliação da oferta de mamografia deve ser acompanhada do ajuste da oferta dos demais procedimentos de confirmação diagnóstica e tratamento. Segundo parâmetros do INCA¹⁴, para o rastreamento mamográfico na população de 50 a 69 anos, espera-se que 6,5% necessitem de ultrassonografia, 0,5% de punção por agulha fina, 1,5% de punção por agulha grossa e 0,7% de biópsia cirúrgica. No Brasil, para a população de 50 a 69 anos, observa-se que há um déficit de oferta destes procedimentos, em especial na biópsia cirúrgica e por agulha grossa, cuja produção informada no Sistema de Informação Ambulatorial foi inferior a 15% da necessidade estimada, considerando as 2.126.626 mamografias realizadas no estado no ano de 2012.

Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede / CGPV / INCA / SAS / MS
Coordenação Geral de Atenção as Pessoas com Doenças Crônicas / DAET/SAS/MS
Colaboradores externos: Armando Henrique Norman, Charles Tesser e Michael Duncan

Referências

1. Giordano L, von Karsa L, Tomatis M, Majek O, de Wolf C, Lancucki L, Hofvind S, Nystrom L, Segnan N, Ponti A and The Eunice Working Group. Mammographic screening programmes in Europe: organization, coverage and participation. J Med Screen;19 Suppl1:72–82, 2012.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Cancer Control: knowledge into action: who guide for effective programmes: early detection. Switzerland: WHO, 2007.

3. US Preventive Services Task Force, 2009. Screening for breast cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement . Ann. Intern. Med., 151 (2009), pp. 716–726
4. Silva GA. Câncer de mama no Brasil: estratégias para o seu enfrentamento. Cad. Saúde Pública, 2012;28 (1):04-06.
5. Norman AH, Tesser CD. Rastreamento: in Lopes JMC, Gusso GDF, editores, Tratado de Medicina de Família e Comunidade, Porto Alegre: Artmed, 2012.
6. Jørgensen KJ, Zahl PH, Gøtzsche P. Breast cancer mortality in organised mammography screening in Denmark: comparative study. BMJ, 2010;340: c1241, doi:10.1136/bmj.c1241.
7. Bleyer A, Welch G. Effect of Three Decades of Screening Mammography on Breast-Cancer Incidence. N Engl J Med, 2012;367:1998-2005,. doi: 10.1056/NEJMoal206809
8. Welch HG, Schwartz I, Wolosin S. Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health. Boston (USA): Beacon Press, 2011.
9. Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography (Review). The Cochrane Collaboration. The Cochrane Library. 2013, Issue 6. doi: 10.1002/14651858.CD001877.
10. Sweeney K. Science, society, suffering and the self: A commentary on general practice for the twenty first century. New Zealand Family Practice, 2005;32(4):221-224.
11. Gérvas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? The Lancet, 2008;372(9654):1997-1999.
12. Raffle AE, Gray JAM. Screening Evidence and Practice. Oxford: Oxford University Press, 2007.
13. Heleno B, Thomsen MF, Rodrigues DS, Jorgensen KJ, Brodersen J. Quantification of harms in cancer screening trials: literature review. BMJ, 2013;347:5334–5334. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.f5334>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Parâmetros para o rastreamento do câncer de mama: recomendações para gestores estaduais e municipais. / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2009.

Req 885/14 - Fontes