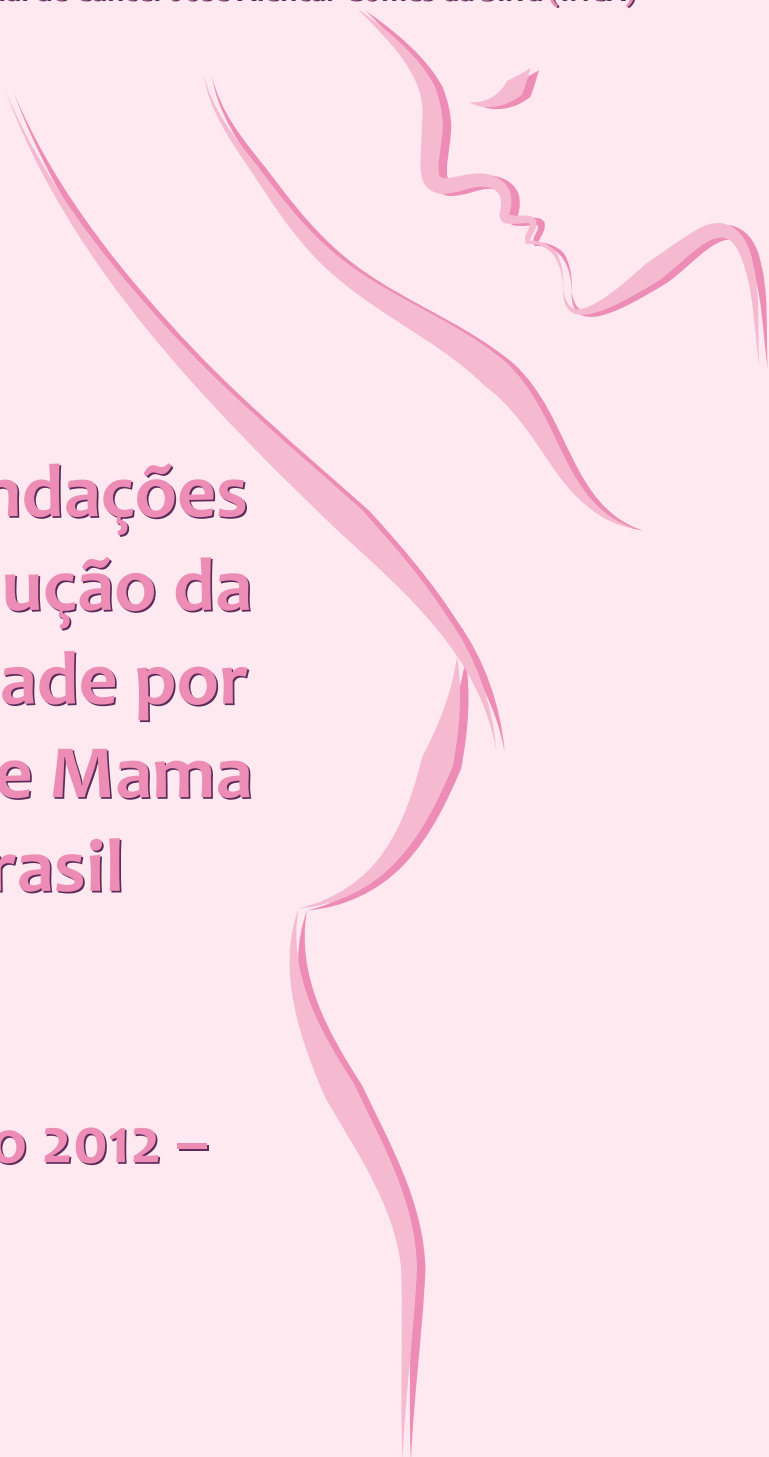


MINISTÉRIO DA SAÚDE
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)

Recomendações para Redução da Mortalidade por Câncer de Mama no Brasil

– Balanço 2012 –





MINISTÉRIO DA SAÚDE

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)

**RECOMENDAÇÕES PARA REDUÇÃO DA
MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA NO
BRASIL**

– BALANÇO 2012 –

Rio de Janeiro, RJ
INCA

2012

©2012 Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/ Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. A reprodução, adaptação, modificação ou utilização deste conteúdo, parcial ou integralmente, são expressamente proibidas sem a permissão prévia, por escrito, do INCA e desde que não seja para qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita.

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

Tiragem: 500 exemplares

Elaboração, distribuição e informações

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

Coordenação de Elaboração

Mônica de Assis
Ronaldo Corrêa Ferreira da Silva

Equipe de Elaboração

Anna Maria Campos de Araújo
Beatriz Cordeiro Jardim
Célia da Silva Ulysses de Carvalho
Cláudia Naylor
Danielle Nogueira Ramos
Denise Rangel
João Emílio Peixoto
José Bines
Mônica de Assis
Ronaldo Corrêa Ferreira da Silva
Rosane Vianna Jorge

Colaboradores

Carlos Frederico de Lima
Juliana Flávia de Oliveira Tavares de Oliveira
Maria Justina Padula Ribeiro
Rodrigo Moura

Edição

COORDENAÇÃO-GERAL DE
PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA
Serviço de Edição e Informação Técnico-
Científica
Rua Marquês de Pombal, 125
Centro – Rio de Janeiro – RJ
Cep 20230-092
Tel.: (21) 3207-5500

Supervisão Editorial

Letícia Casado

Edição e Produção Editorial

Taís Facina

Copidesque e Revisão

Maria Helena Rossi Oliveira

Capa, Projeto Gráfico e Diagramação

Cecília Pachá

Ficha Catalográfica

Mônica de Jesus Carvalho/CRB-7/6421

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Flama

I59r Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.
Recomendações para redução da mortalidade por câncer de
mama no Brasil: balanço 2012/Instituto Nacional de Câncer
José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: Inca, 2012.
52 p.: il.

1. Neoplasias da mama – prevenção e controle.
2. Comunicação em saúde.
3. Educação em saúde.
4. Prospecto para educação de pacientes. I. Título.

CDD 616.994490

Catálogo na fonte – Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica

Títulos para indexação

Em inglês:

Em espanhol:

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	05
BALANÇO DAS RECOMENDAÇÕES	07
1. Toda mulher tenha amplo acesso à informação com base científica e de fácil compreensão sobre o câncer de mama.....	07
2. Toda mulher fique alerta para os primeiros sinais e sintomas do câncer do câncer de mama e procure avaliação médica.....	10
3. Toda a mulher com nódulo palpável na mama e outras alterações suspeitas tenha o direito a receber o diagnóstico no prazo máximo de 60 dias.....	47
4. Toda a mulher de 50 a 69 anos faça mamografia a cada dois anos.....	15
5. Todo serviço de mamografia participe de programa de qualidade em mamografia. A qualificação, quando obtida, deve ser exibida em local visível às usuárias.....	20
6. Toda mulher saiba que o controle do peso e da ingestão de álcool, além da amamentação e da prática de atividades físicas, são formas de prevenir o câncer de mama.....	21
7. A terapia de reposição hormonal, quando indicada na pós-menopausa, seja feito sob rigoroso acompanhamento médico, pois aumenta o risco de câncer de mama.....	24
8. Toda mulher com diagnóstico de câncer de mama confirmado inicie seu tratamento o mais breve possível, não ultrapassando o prazo máximo de 3 meses.....	27
9. Quando indicado, o tratamento complementar de quimioterapia ou hormonioterapia deve ser iniciado no máximo em 60 dias; e o de radioterapia, no máximo em 120 dias.....	30
10. Toda mulher com câncer de mama tenha seu diagnóstico complementado com a avaliação do receptor hormonal.	32

11. Toda mulher com câncer de mama seja acompanhada por uma equipe multidisciplinar especializada, que inclua médicos (cirurgião, oncologista clínico e um radioterapeuta), enfermeiro, psicólogo, nutricionista, assistente social e fisioterapeuta.	33
12. Toda mulher com câncer de mama receba cuidados em um ambiente que acolha suas expectativas e respeite sua autonomia, dignidade e confidencialidade.	35
13. Todo hospital que trata câncer de mama tenha registro de câncer em atividade.	37
14. Toda mulher com câncer de mama tenha direito aos cuidados paliativos para o adequado controle dos sintomas e suporte social, espiritual e psicológico.	39
ANEXO	43
1. Programação do Encontro INCA no Outubro Rosa: Fortalecendo Laços para o Controle do Câncer de Mama	43
REFERÊNCIAS	47



APRESENTAÇÃO

Em anos recentes, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), órgão do Ministério da Saúde, vem procurando estabelecer um momento de interlocução com a sociedade sobre o controle do câncer de mama, aproveitando a mobilização do Outubro Rosa, movimento internacional em favor da detecção precoce da doença.

As recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama, lançadas em outubro de 2010 e complementadas em 2011, foram propostas com base na realidade brasileira e buscaram traçar um horizonte desejável nas diversas dimensões do controle da doença, desde a prevenção até os cuidados paliativos¹. As prioridades apontadas são dependentes de esforços articulados e contínuos, envolvendo governo e demais segmentos da sociedade, e os resultados devem ser acompanhados para que se possa reconhecer avanços e limites em médio e longo prazos.

Neste ano de 2012, o INCA apresenta uma análise inicial das 14 recomendações, elaborada pelo Grupo de Tumor de Mama, com o objetivo de subsidiar o debate no evento *Inca no outubro rosa - fortalecendo laços para o controle do câncer de mama: avanços e desafios*, realizado nos dias 04 e 05 de outubro, no Rio de Janeiro.

A análise foi realizada com base em dados do contexto brasileiro, disponíveis em inquéritos nacionais, sistemas de informação e estudos locais, e apontou lacunas e necessidade de informações e estudos em diversas temáticas. Para cada recomendação, se buscou resgatar inicialmente o seu fundamento e, ao final, registrar as ações, em curso pelo gestor federal (INCA e demais áreas do Ministério da Saúde), que estejam buscando responder às necessidades apontadas.

1 Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/recomendacoes_cancer_de_mama_inca_ms_dez_2011.pdf

Nessa dimensão, cabe destacar, em termos gerais, o lançamento do *Plano de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer*, pela presidência da República, em março de 2011, cujos eixos foram: controle do câncer do colo do útero, controle do câncer de mama e ampliação e qualificação da assistência oncológica. Os objetivos relacionados ao controle do câncer de mama foram: garantia do acesso das mulheres com lesões palpáveis ao imediato esclarecimento, diagnóstico e tratamento; ampliação do acesso à mamografia de rastreamento para mulheres de 50 a 69 anos e qualificação da rede de atenção. Os componentes e ações principais incluíram: fortalecimento da gestão; qualidade da mamografia; estruturação de serviços para o diagnóstico das lesões mamárias; qualificação das equipes da atenção primária para detecção precoce; comunicação e mobilização social; e melhoria dos sistemas de informação e vigilância do câncer.

As ações em curso serão pontuadas de forma específica no balanço de cada recomendação, de maneira a suscitar reflexões, críticas e sugestões que possam ser úteis ao seu aprimoramento e à melhoria dos resultados relacionados ao controle do câncer de mama.

Cabe ressaltar que, baseadas em conhecimento técnico-científico, considerado em sua historicidade, as recomendações podem, ao longo do tempo, necessitar de ajustes em sua formulação, conforme fatos novos da realidade e mudanças nas evidências científicas. Essa abertura possibilitará manter viva essa pauta de trabalho, em correspondência às exigências e particularidades do cenário nacional.

Espera-se que o balanço aqui apresentado propicie um panorama das questões atuais nessa área e que, oferecido ao debate público, reforce o compromisso com a construção de um processo de articulação e sinergia das ações dos diversos segmentos da sociedade envolvidos com o controle do câncer de mama no Brasil.

BALANÇO DAS RECOMENDAÇÕES

O INCA recomenda que:

1. *Toda mulher tenha amplo acesso à informação com base científica e de fácil compreensão sobre o câncer de mama.*

A adoção de atitudes preventivas em saúde, a adesão às medidas de detecção precoce do câncer e a própria iniciativa e disponibilidade para o tratamento são dimensões que envolvem a decisão das mulheres, processo favorecido pelo acesso a informações corretas, relevantes e de fácil compreensão.

Nos últimos anos, mensagens sobre câncer de mama têm sido habitualmente veiculadas na mídia em geral, o que pode indicar maior acesso da população feminina às informações sobre câncer de mama (Castro, 2009). A qualidade da informação e seu real alcance são, porém, ainda pouco dimensionados e é possível observar predominância de mensagens sobre autoexame das mamas e mamografia sem referência ao debate sobre benefícios e riscos do rastreamento. A ausência desse aspecto tem sido crescentemente apontada como problema em nível internacional (Jorgensen e Gotzsche, 2004, 2006).

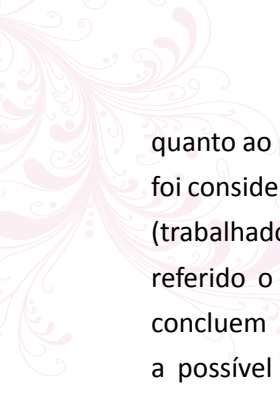
Na última década, alguns estudos no Brasil têm buscado compreender o grau de informação das mulheres sobre câncer de mama e a forma como isso pode repercutir nas condutas por elas adotadas quanto à prevenção e à detecção precoce.

Em estudo com 98 mulheres idosas em São Paulo, Santos e Chubaci (2011) observaram que todas já tinham ouvido falar de câncer de mama, principalmente pela mídia, mas havia algumas lacunas de informação. Em relação à mamografia, cuja principal fonte de informação são os profissionais de saúde, 36,7% referiram não ter recebido esclarecimento

sobre o exame. Quanto ao conhecimento sobre sintomas, a maioria conhecia algum sintoma, mas 28,6% desconheciam. Das que conheciam, 7,1% expressaram informação equivocada, referindo tosse, ferimento no corpo, pancada ou batida não cuidada, glândula e caroço com coceira. Do grupo que nunca havia feito mamografia (22,4%), quase 20% citaram como motivo a ausência de sintomas, demonstrando desconhecer a lógica do rastreamento. As autoras afirmam a necessidade contínua de ações educativas sobre câncer de mama e dos exames de detecção precoce, em linguagem mais próxima do universo das mulheres idosas.

No estudo realizado com 393 mulheres usuárias da Estratégia Saúde da Família em Dourados (MS), com idade entre 40 e 69 anos, Batiston et al. (2011) identificaram que a maioria das entrevistadas possuía algum conhecimento sobre câncer de mama, porém quase a metade desconhecia qualquer um de seus fatores de risco, o que reforça a constatação de que o conhecimento das mulheres brasileiras nesta área concentra-se principalmente nos métodos de detecção precoce, especialmente o autoexame das mamas. Os autores destacam que os fatores de risco são pouco conhecidos pelas mulheres e também pouco abordados nas ações educativas junto à população. Sustentam que mesmo não sendo possível mudar alguns fatores de risco, como idade e história familiar, a informação é útil para que as mulheres reconheçam os seus riscos e possam assumir uma atitude consciente quanto à detecção precoce.

No estudo de Silva et al. (2005), realizado em São Carlos (SP) com 294 mulheres de 20 a 57 anos, as autoras testaram o grau de informação sobre câncer de mama e câncer do colo do útero por meio de um instrumento de múltipla escolha. A análise das respostas mostrou que *formas de prevenção* do câncer de mama foi um tema difícil, com 12% de acertos, justificada pela própria controvérsia no meio científico



quanto ao papel da pílula contraceptiva. O índice geral de 65% de acerto foi considerado baixo pelo bom nível de escolaridade do grupo estudado (trabalhadoras da saúde e professoras) e pelo fato de grande parte ter referido o hábito de consultas regulares ao ginecologista. As autoras concluem que há lacunas na informação das mulheres e questiona a possível subutilização do espaço das consultas como momento de aprendizado.

A informação é apenas um aspecto no conjunto de dimensões socioculturais a serem consideradas na relação dos sujeitos com seu corpo e sua saúde. Ela não deve ser o centro dos processos educativos em saúde, mas subsídio ao diálogo que reconhece a multiplicidade de fatores que modulam crenças e comportamentos dos indivíduos e grupos (Meyer et al., 2006).

O eixo de comunicação e mobilização social integra o *Plano nacional de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer*. Iniciativas para ampliar e qualificar a informação para a mulher estão em curso e devem destacar aspectos relativos à prevenção, ao diagnóstico precoce e à faixa etária recomendada para o rastreamento mamográfico.

Em anos recentes, o INCA tem produzido e atualizado materiais informativos sobre câncer de mama e procurado utilizar linguagem simples sem prejuízo do conteúdo; usar imagens de mulheres que retratem o universo multirracial e multicultural da sociedade brasileira; introduzir elementos de problematização do acesso aos serviços de saúde; e evitar o tom prescritivo e normatizador das recomendações técnicas.






É necessário avançar em propostas comunicacionais que prezem pela qualidade da informação e incorporem o enfoque de gênero a partir do diálogo com o movimento organizado de mulheres.

2. Toda mulher fique alerta para os primeiros sinais e sintomas do câncer de mama e procure avaliação médica.

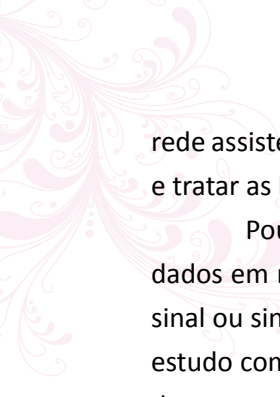
A implantação de programas de rastreamento do câncer de mama, que convidam periodicamente a mulher da população-alvo para realizar a mamografia, é uma ação que tem sido justificada em contextos de elevada incidência da doença, por contribuir para a redução da mortalidade ao identificar a doença na fase subclínica e propiciar melhor prognóstico.

Independente da adoção desta estratégia, a conscientização da mulher em relação aos sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama, aliada à disponibilidade de serviços de saúde, é uma dimensão fundamental para melhorar a detecção precoce do câncer de mama em qualquer contexto e nas diversas faixas etárias. Em países de baixa e média rendas, onde o câncer de mama se apresenta predominantemente em estágios avançados, essa estratégia é crucial, sobretudo para mulheres a partir dos 40 anos, quando cresce a ocorrência da doença.

Em nível internacional, promover a consciência feminina sobre a detecção precoce desse câncer tem sido conhecido como “*breast awareness*”. Espera-se que a mulher tenha informações adequadas para:

-  Reconhecer o que é normal em suas mamas.
-  Observar e palpá-las habitualmente no cotidiano.
-  Conhecer as alterações suspeitas.
-  Procurar imediatamente o serviço de saúde em caso de alterações suspeitas.
-  Participar do rastreio mamográfico a partir dos 50 anos de idade.

A maior consciência da mulher sobre detecção precoce do câncer de mama será mais efetiva se entendida como parte de um conjunto de ações que, concomitantemente, possam assegurar a disponibilidade de



rede assistencial e profissionais capacitados e atuantes para diagnosticar e tratar as lesões identificadas em prazo adequado (INCA, 2012).

Poucos são ainda os estudos disponíveis no Brasil que apresentam dados em relação ao tempo entre a percepção da mulher quanto a um sinal ou sintoma suspeito e a primeira consulta ao serviço de saúde. Em estudo com 104 mulheres, de 26 a 87 anos, em tratamento pelo câncer de mama no Hospital do Câncer III (HCIII)/INCA, no Rio de Janeiro, o intervalo de tempo entre o primeiro sinal ou sintoma da doença e a primeira consulta variou de 1 a 60 meses, com mediana de um mês (Rezende et al., 2009). Para a autora, o fato de mais de a metade das pacientes terem procurado atendimento médico em até um mês após o início dos sintomas mostrou o reconhecimento das mulheres acerca da possível gravidade da doença a ser investigada e a necessidade de rápido diagnóstico, com vistas ao início do tratamento curativo.

No estudo de Rosa (2011), que avaliou questões relativas ao percurso assistencial da mulher com câncer de mama, o intervalo de tempo entre o sintoma e o exame de imagem não foi possível ser investigado pela ausência de registros profissionais referentes a esta etapa.

É reconhecido que alguns obstáculos para a detecção precoce estão relacionados ao significado do câncer de mama para a mulher e ao fatalismo decorrente de informações incompletas ou equivocadas sobre as possibilidades de tratamento da doença (Anderson, 2010). Esses aspectos devem ser conhecidos em suas nuances conforme a realidade local para melhor orientar e diversificar as estratégias comunicacionais.

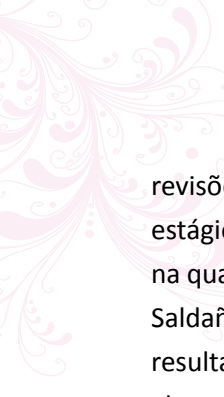
Nos últimos anos, o INCA tem desenvolvido materiais informativos (fôlderes e cartazes) sobre prevenção e detecção precoce do câncer de mama, que são disponibilizados *on-line* e enviados conforme solicitação. A mensagem sobre “estar consciente”, com foco no diagnóstico precoce,

foi tema de cartaz específico lançado em 2011. Esses materiais estão disponíveis no *website* do *Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama* (www.inca.gov.br/mama) e podem servir de base para produção de outros materiais, em nível local, mais apropriados às particularidades sócio culturais de cada região. A reprodução destes materiais pode ser também autorizada mediante solicitação à Divisão de Comunicação Social/INCA. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em 2011, foram enviados materiais para Secretarias de Saúde de 24 Estados e de sete capitais (Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede/Coordenação-geral de Prevenção e Vigilância/ INCA).

O aperfeiçoamento e a expansão das ações de comunicação e educação sobre câncer de mama, por meio dos serviços de saúde e dos diversos segmentos sociais, como organizações não governamentais, associações profissionais, universidades, mídia, entre outros, são caminhos para o avanço desta recomendação.

3. Toda mulher com nódulo palpável na mama e outras alterações suspeitas tenha direito a receber diagnóstico no prazo máximo de 60 dias.

O impacto do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama é assunto que provoca intenso debate. De modo simplificado, o atraso pode ser dividido em três fases: atraso na marcação da primeira consulta por ocasião de sinais, sintomas ou exames de rastreamento suspeitos, atraso na investigação diagnóstica e atraso no início do tratamento após confirmação diagnóstica. Outra forma de classificar o atraso é considerar o atraso relacionado ao paciente e o atraso relacionado ao serviço de saúde. De qualquer modo, o importante é analisar cada fase do atraso separadamente, uma vez que ações específicas de correção são necessárias para cada fase (Coates, 1999).



Nas décadas de 1990 e 2000, diversos estudos, incluindo algumas revisões sistemáticas, analisaram os efeitos dos atrasos na sobrevida, no estágio clínico, no tamanho do tumor, no comprometimento linfonodal e na qualidade de vida (Richards et al., 1999a; Olivotto et al., 2002; Unger-Saldaña e Infante-Castañ, 2009). Muitos desses estudos apresentaram resultados divergentes, o que motivou acalorado debate. Entretanto, alguns estudos não separaram as diferentes fases de atraso e não levaram em consideração os vieses que podem comprometer e confundir a interpretação da relação entre atraso e desfecho.

Não é incomum que atrasos relacionados ao paciente estejam associados a um mau prognóstico, enquanto atrasos relacionados ao serviço de saúde estejam associados a um prognóstico neutro ou favorável. Isso poderia ocorrer pelo fato de os médicos serem capazes de identificar os casos mais agressivos e acelerar o processo de diagnóstico e início de tratamento. Também não é incomum que pacientes e médicos atrasem o diagnóstico e tratamento quando um nódulo na mama não é encontrado (Coates, 1999).

Mesmo em países com programas de rastreamento, como o Reino Unido, mais de 75% dos pacientes com câncer de mama apresentam sintomas (Richards et al., 1999a). Portanto, é importante saber se longos atrasos nos pacientes sintomáticos implicam em diferentes desfechos (estágio clínico, tamanho do tumor etc.), principalmente em relação à sobrevida. Como essa associação não deve ser estudada por meio de estudos randomizados, é preciso analisar dados de estudos observacionais, levando em consideração os potenciais fatores de confundimento.

Em estudo publicado em 1999, Richards et al. (1999a) apresentaram uma revisão sistemática de 87 estudos com informações sobre atraso e sobrevida em câncer de mama. Em 38 estudos, dados da sobrevida em cinco anos estavam disponíveis. Nesse subgrupo, a

sobrevida em cinco anos foi significativamente menor para os pacientes com longos atrasos (mais de três meses entre o começo dos sintomas e início do tratamento). A magnitude do ganho na sobrevida em cinco anos para as mulheres com atrasos menores do que três meses foi de 5% (Richards et al., 1999a). Análise de alguns estudos dessa revisão e de um estudo no Reino Unido mostram que, para o mesmo estágio clínico, a duração dos sintomas tem pouco ou nenhum efeito na sobrevida (Richards et al., 1999a; Richards et al., 1999b). Portanto, as evidências sugerem que atrasos afetam a sobrevida por meio da progressão da doença (Unger-Saldaña, Infante-Castañ, 2009).

O intervalo menor do que três meses deve ser analisado com ressalvas, uma vez que as células do câncer de mama podem se disseminar precocemente no curso da doença e existe grande heterogeneidade na história natural do câncer de mama. Entretanto, como assinalado, quanto maior o atraso, maior a probabilidade da progressão clínica (Rezende et al., 2009).

Muito embora a discussão sobre a questão do atraso e sobrevida esteja bem documentada em mulheres sintomáticas, a influência do atraso nas anormalidades encontradas no rastreamento (em mulheres assintomáticas) ainda é pouco estudada. Olivotto et al. (2002) publicaram um estudo retrospectivo em que atrasos no diagnóstico maiores do que cinco meses (> 20 semanas e < 52 semanas) estavam associados com maior risco de tumores avançados e presença de linfonodos axilares comprometidos.

No Brasil, ainda são poucos os estudos sobre a análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Dois estudos publicados no final da década de 2000 apontam que a maior dificuldade encontra-se na confirmação diagnóstica (intervalo entre a primeira consulta e a confirmação diagnóstica) (Rezende et al., 2009; Trufelli et al., 2008). A mediana de atraso na confirmação diagnóstica nesses estudos foi de 6,5

(Rezende et al., 2009) e 2,5 (Trufelli et al., 2008) meses. Em um contexto nacional em que mais de 75% dos tumores são avançados no momento do diagnóstico (INCA, 2012), torna-se relevante e premente a instituição de políticas públicas para reduzir as diferentes formas de atraso.

O *Plano nacional de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer* tem, entre os seus eixos, a garantia do acesso das mulheres com lesões palpáveis ao imediato esclarecimento diagnóstico e tratamento (diagnóstico precoce e política de alerta); a ampliação do acesso à mamografia de rastreamento para mulheres de 50 a 69 anos e a expansão da rede de assistência oncológica. É necessário que os polos de investigação mamária sejam estrategicamente implantados e que operem de forma integrada, com referência ágil para as unidades de tratamento do câncer.

Muito embora a detecção de uma anormalidade suspeita de câncer na mama possa ser estressante, o câncer de mama não é uma emergência médica. Entretanto, é desejável que as mulheres sintomáticas sejam priorizadas em relação às mulheres assintomáticas. Todo esforço para reduzir os atrasos referentes ao paciente e ao prestador devem ser feitos, incluindo as ações de comunicação e educação em saúde e a regulação da oferta de serviços. Além disso, como o resultado do tratamento é melhor em centros que oferecem equipe multidisciplinar (Kesson et al., 2012), é também essencial assegurar o tratamento médico adequado nos centros de referência.

4. Toda mulher de 50 a 69 anos faça mamografia a cada dois anos.

A mamografia é um exame radiológico utilizado para identificar lesões suspeitas de câncer de mama. A mamografia pode ser de *rastreamento*, quando dirigida a mulheres sem sintomas, e *diagnóstica*, quando realizada em mulheres que apresentam sinais e sintomas de câncer de mama.

A forma sob a qual os países atuam na detecção de lesões impalpáveis da mama pode ser por meio do rastreamento oportunístico, feito por ocasião de uma consulta médica, ou por meio do rastreamento organizado, realizado por meio de programas em que a população-alvo é convocada ao exame e os indicadores de processos e resultados são constantemente monitorados e avaliados (Silva, 2012a).

Os primeiros programas de rastreamento (rastreamento organizado) usando a mamografia foram iniciados na década de 1980 e foi por meio dos ensaios clínicos randomizados que a eficácia desses programas foi avaliada, permitindo estabelecer diretrizes para as recomendações quanto à definição da população-alvo e periodicidade de realização do exame mamográfico.

Os ensaios clínicos são considerados padrão ouro para avaliação da eficácia das estratégias de rastreamento (Kerlikowske, 2012). Estudos randomizados nas décadas de 1960 e 1970 reconheceram o uso da mamografia como a única estratégia de rastreamento com evidência de impacto na redução da mortalidade por câncer de mama (IARC, 2002). Para os países desenvolvidos, onde a incidência do câncer de mama é cerca de quatro vezes superior à dos países em desenvolvimento, esses estudos estimaram que a realização da mamografia a cada dois anos, garantindo pelo menos 70% da população feminina entre 50 e 69 anos, pode reduzir a mortalidade por câncer de mama entre 20% e 30% (IARC, 2002).

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, além dos custos financeiros, 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 (Silva, 2012b).

De maneira geral, a diminuição da morbidade (problemas de saúde adquiridos por consequência da doença e/ou do tratamento) e mortalidade por câncer de mama é considerada como benefício, enquanto os resultados falso-positivos e falso negativos, que geram ansiedade ou falsa tranquilidade à mulher, o sobrediagnóstico e o risco de exposição à radiação ionizante são considerados riscos ou malefícios (INCA, 2012; Nelson et al., 2009).

Ao contrário do que alguns autores postulam (Badgwell et al., 2008), o balanço entre riscos e benefícios da mamografia de rastreamento não é favorável para todas as mulheres, independente da idade. Para mulheres com menos de 50 anos e 74 anos ou mais, os resultados de vários ensaios clínicos indicam que recomendar o rastreamento mamográfico para esses grupos pode implicar em mais danos do que benefícios (Welch e Schwartz, 2011; Salas, 2011).

Esses estudos apontam que questões biológicas, como maior densidade mamária, que resulta em menor sensibilidade do exame (alto número de casos falso-negativos) e menor especificidade (alto número de casos falso-positivos), além de maiores taxas de tumores de intervalo, são fatores suficientes para justificar a não inclusão de mulheres com menos de 50 anos com risco padrão em programas de rastreamento mamográfico (Mandelblatt, 2009). Dessa maneira, é particularmente importante informar à mulher nessa idade que a possibilidade de uma mamografia antes dos 50 anos ter um resultado suspeito é alta e que, caso isso ocorra, é necessário realizar exames complementares de imagem e/ou biópsia que não necessariamente levarão a um diagnóstico de câncer (Salas, 2011).

A Força Tarefa Americana para as Ações de Prevenção – *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF) concluiu, após extensa revisão da literatura, que não existem dados que corroborem a recomendação para o rastreamento mamográfico em mulheres com 75 anos ou mais (Nelson, 2009). Por outro lado, os maiores riscos nessa

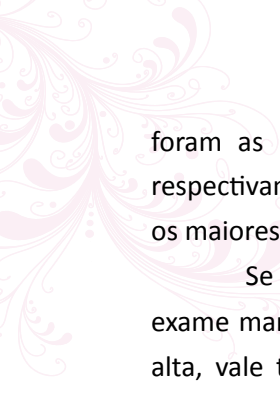
faixa etária são de sobrediagnóstico (*overdiagnosis*) e o consequente tratamento além do necessário (*overtreatment*) de um câncer de mama que não diminuiria ou afetaria a vida de uma mulher nessa idade (tumores de comportamento indolente) (Petitti et al., 2010).

Sobre a periodicidade para a realização da mamografia de rastreamento, a revisão da USPSTF afirma que o intervalo de dois anos entre os exames é tão eficiente quanto o anual, tendo ainda melhor balanço entre benefícios e malefícios. Segundo essa revisão, a mamografia com intervalo anual apresenta o dobro do número de casos falso-positivos e biópsias desnecessárias em comparação à mamografia bienal. Mesmo para os tumores de crescimento rápido, que representam menor proporção dos casos de câncer de mama, a mamografia anual não confere vantagem para a sobrevida (Nelson, 2009).

As diretrizes nacionais para rastreamento do câncer de mama, publicadas pelo INCA em 2004, preconizaram a realização do exame mamográfico para mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos. A ampliação do acesso à mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos e a qualificação da rede de atenção são eixos do *Plano nacional de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer*, em 2011, e também no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) 2011-2022 (Brasil, 2011).

O rastreamento do câncer de mama no Brasil é quase exclusivamente oportunístico. Cada nível de governo no país possui autonomia política, financeira e administrativa para conduzir suas ações de saúde e apenas o município de Curitiba (PR) possui programa com características de rastreamento organizado, desde 2009.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 2008, 54,2% das mulheres entre 50 e 69 anos realizaram mamografia nos últimos dois anos no Brasil. As Regiões Norte e Nordeste



foram as que apresentaram menores percentuais: 35,3% e 39,8%, respectivamente, enquanto as Regiões Sudeste e Sul foram aquelas com os maiores percentuais: 63,8% e 55,1%, respectivamente (INCA, 2011).

Se por um lado a prevalência de mulheres que nunca realizaram exame mamográfico na faixa etária de recomendação no Brasil parece alta, vale também analisar a situação do país sobre a realização do exame clínico das mamas (ECM). Em 2008, a PNAD apontou que cerca de 25% das mulheres brasileiras com 40 anos ou mais nunca realizaram o ECM até a data da entrevista, o que indica lacuna na assistência integral à saúde da mulher e no diagnóstico precoce do câncer de mama (INCA, 2011). Okonkwo (2008) sugerem que a realização anual do ECM entre mulheres de 40 a 60 anos, em países em desenvolvimento, demanda a metade dos recursos utilizados para o rastreamento mamográfico e parece ser tão eficaz em reduzir a mortalidade quanto a mamografia bienal nessa mesma faixa etária.

No Brasil, a oferta de mamografia de rastreamento vem se ampliando nos últimos anos e seu direcionamento para a população-alvo foi impulsionado pelo lançamento do Plano Nacional, em 2011. Entretanto, das 2.956.951 milhões de mamografias de rastreamento realizadas no Brasil em 2011, conforme dados do Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (SISMAMA), cerca de 42% foram realizadas na população abaixo dos 50 anos de idade, faixa etária em que as evidências indicam um balanço menos favorável entre os malefícios e benefícios na realização do exame.

O rastreamento organizado do câncer de mama deve ser recomendado com base em sólidos critérios que considerem não apenas as bases científicas para as recomendações mas que também envolvam o conhecimento sobre o contexto político, social, econômico e cultural no qual se pretende implementá-lo, assegurando não apenas a disponibilidade dos serviços para investigação diagnóstica e tratamento, como também a qualificação desses serviços.

5. Todo serviço de mamografia participe de Programa de Qualidade em Mamografia. A qualificação, quando obtida, deve ser exibida em local visível às usuárias.

A mamografia é um exame radiológico utilizado para identificar lesões suspeitas de câncer de mama em mulheres sintomáticas (com sintomas como nódulos, alterações do mamilo, entre outras) e assintomáticas (mulheres sem qualquer sintoma, aparentemente saudáveis). Por ser um equipamento que emite radiação ionizante, é preciso que se adotem medidas para garantir a proteção dos usuários e dos profissionais que operam estes equipamentos (INCA, 2007).

Além da proteção radiológica, é necessário realizar periodicamente um conjunto de testes para garantir a qualidade da imagem produzida pelo equipamento. Os testes são realizados com uma periodicidade que variam de testes diários até testes anuais. No Brasil, desde 1998, existe uma legislação específica para garantir a qualidade da mamografia, tanto em relação à dose quanto à imagem clínica (Brasil, 1998).

Em 2007, o INCA, em parceria com outras instituições, iniciou um projeto-piloto de qualidade em mamografia em quatro regiões do país (as cidades de Belo Horizonte, Goiânia e Porto Alegre e o Estado da Paraíba) (INCA, 2012). O objetivo do piloto foi avaliar a possibilidade de aplicar uma metodologia de avaliação da dose, da imagem radiográfica e da interpretação do laudo no escopo de um programa nacional de qualidade em mamografia. Os resultados mostraram ser viável a implantação desse tipo de programa e, a partir de 2008, foram mantidas iniciativas para promovê-lo em nível nacional.

De acordo com a Portaria nº 453/98 da SVS/MS, todos os serviços de mamografia no Brasil são obrigados a implantar ações de controle da qualidade em seus serviços (Brasil, 1998). Essas ações de qualidade podem garantir a qualidade da dose e da imagem física (imagem de um simulador de mama), mas não garantem a qualidade da imagem clínica

(imagem das mamas) e da interpretação dos laudos mamográficos. Essas duas últimas características eram avaliadas por um programa de garantia da qualidade realizado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR) (CBR, 2012). Esse programa não era obrigatório e os serviços de mamografia participavam por adesão.

Em março de 2012, foi publicada a Portaria nº 531 do GM/MS, que instituiu o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM). Esse Programa, coordenado pelo MS, tem a participação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), do INCA, do CBR e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O escopo do programa é garantir qualidade da dose, da imagem e da interpretação radiológica das mamografias realizadas em todos os serviços de mamografia do país (SUS e não SUS) (CBR, 2012).

No Brasil, por ano, são realizadas milhões de mamografias. A partir de agora, todos os serviços de mamografia participarão do PNQM e, com isso, espera-se aprimorar a qualidade dos exames e minimizar os riscos associados à utilização de equipamentos de Raios-X.

6. Toda mulher saiba que o controle do peso e da ingestão de álcool, além da amamentação e da prática de atividades físicas, são formas de prevenir o câncer de mama.

A prevenção do câncer de mama objetiva reduzir o risco de desenvolvimento da doença ao longo da vida por meio da diminuição da exposição da mulher aos fatores de risco e a adoção de fatores de proteção.

Os fatores de risco modificáveis para câncer de mama são: consumo excessivo de álcool, o excesso de peso, principalmente na pós-menopausa, e a terapia de reposição hormonal (TRH) (IARC, 2008).

Alimentação saudável, atividade física e peso corporal adequado, além da amamentação, são práticas que podem reduzir o risco de câncer

de mama (Inumaru et al., 2011). Estima-se que é possível evitar 28% dos casos da doença por meio de fatores ligados à alimentação, nutrição e atividade física (INCA, 2009).

No Brasil, a prevalência de excesso de peso e de obesidade em mulheres apresenta tendência de crescimento no período de 2006 a 2011. Segundo dados do programa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), do Ministério da Saúde, os percentuais de mulheres com excesso de peso e obesidade foram, em 2011, de 44,7% e 16%, respectivamente, contra 38,5% e 11,4%, em 2006 (Brasil, 2012).

Ainda de acordo com o Vigitel, a proporção de mulheres que praticam o volume recomendado de atividade física no tempo livre², em 2011, foi de 22,4%, bem abaixo dos quase 40% de homens nesta condição. De outra parte, 14% das mulheres foram consideradas fisicamente inativas³. A inatividade física vem declinando em homens no período estudado pelo Vigitel, mas essa tendência não se verifica em mulheres (Brasil, 2012).

Quanto ao consumo de álcool, segundo o mesmo inquérito Vigitel, 9,1% das mulheres consumiram bebidas alcóolicas de forma abusiva⁴ nos últimos 30 dias, em 2011. Este patamar tem se mantido

² “Considera-se volume recomendado de atividade física a prática de pelo menos 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada, ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa” (BRASIL, 2012, p.75). Esse indicador foi modificado em 2011, seguindo recomendações internacionais que não consideram mais um número mínimo de dias na semana para a prática da atividade física. Com a mudança do cálculo, esse indicador não é comparável aos dados anteriormente publicados pelo Vigitel quanto à prática de atividade física suficiente no tempo livre.

³ São considerados fisicamente inativos: “Indivíduos que não praticaram qualquer atividade física no lazer, nos últimos três meses, e que não realizam esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocam para o trabalho ou para a escola a pé ou de bicicleta, perfazendo um mínimo de 10 minutos por trajeto por dia, e que não participam da limpeza pesada de suas casas” (BRASIL, 2012, p.79).

⁴ Corresponde à ingestão de quatro ou mais doses, para mulheres, ou cinco ou mais doses, para homens, de bebidas alcóolicas, em uma mesma ocasião, nos últimos 30 dias. “Considera-se como dose de bebida alcóolica uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho” (BRASIL, 2012, p.84).

ao longo dos anos, mais ainda não é possível observar uma tendência estatisticamente significativa no período estudado (Brasil, 2012).

De acordo com dados de pesquisa do Hospital do Câncer III (HCIII), Unidade do INCA especializada em câncer de mama, a prevalência de obesidade em mulheres em tratamento de quimioterapia foi de 36% (Costa, 2012), superior à encontrada na população geral, o que reforça a ideia de associação entre obesidade e câncer de mama. A frequência de etilismo foi superior a 40% para consumo ocasional e de 2% para consumo frequente (Costa, 2012).

Em relação ao aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças menores de seis meses, pesquisa realizada em municípios brasileiros mostrou que a maioria tem situação considerada pela OMS como “razoável”, com prevalências inferiores a 50% (Brasil, 2009a). Outra pesquisa em capitais brasileiras constatou aumento da prevalência de AME em menores de 4 meses de 35,5%, em 1999, para 51,2%, em 2008. O percentual de crianças de 9 e 12 meses amamentadas, entre 1999 e 2008, também aumentou no conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal, passando de 42,4%, em 1999, para 58,7%, em 2008 (Brasil, 2010).

Desde 2006, o Brasil vem implementando a Política Nacional de Promoção da Saúde, cujos objetivos são promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade em relação aos condicionantes e determinantes de saúde (Brasil, 2006). O financiamento de ações voltadas à promoção da alimentação saudável e da atividade física regular vem se ampliando no país. O projeto Academia da Saúde, em implantação, visa a expandir e qualificar essas iniciativas, de forma articulada ao SUS. O INCA, por meio da área técnica de alimentação, nutrição e câncer, tem participado do Comitê Gestor da Política de Promoção da Saúde e publicado materiais técnicos e educativos sobre prevenção do câncer por meio de fatores relativos à alimentação e atividade física.

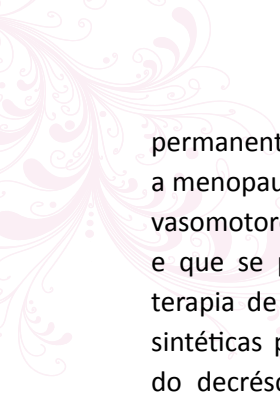
Em relação ao incentivo da prática de amamentação entre as mulheres, em 2008 foi lançada a Rede Amamenta Brasil, uma estratégia do MS voltada para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (AM). Essa rede se propõe a aumentar os índices de amamentação no país a partir da circulação e troca de informações entre os diversos atores, para que se tornem agentes de mudança no ensino e aprendizagem do AM e para uma prática integralizadora (Brasil, 2009b). Em 2012, essa estratégia foi articulada às ações de promoção da alimentação saudável para crianças de até dois anos, passando a ser nomeada Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (Brasil, 2012).

A adoção de comportamentos favoráveis à saúde não é simples questão de informação. Variáveis do contexto sociopolítico, econômico e cultural e as percepções e vivências dos sujeitos influenciam as escolhas e oportunidades para adesão a práticas consideradas saudáveis. A informação como direito deve ser, porém, oferecida ao debate público, de maneira coordenada com medidas de políticas públicas que favoreçam acesso e reduzam iniquidades.

7. A terapia de reposição hormonal, quando indicada na pós-menopausa, seja feita sob rigoroso acompanhamento médico, pois aumenta o risco de câncer de mama.

O conhecimento sobre o envelhecimento humano é um fenômeno relativamente recente. A expectativa de vida das mulheres na Idade Média era de 25 anos, no início do século XX era de 50 anos e no início do século XXI, no Brasil, era de 68,8 anos. Com o aumento da expectativa de vida, as mulheres puderam experimentar as mudanças em seus corpos e as modificações decorrentes da menopausa (Vigeta e Brêtas, 2004).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em informe técnico do final da década de 1990, a *menopausa* refere-se à parada



permanente da menstruação; *perimenopausa* ao período que antecede a menopausa, em que surgem as irregularidades menstruais e sintomas vasomotores; e *pós-menopausa* ao período que segue após a menopausa e que se prolonga até a idade avançada (Vigeta e Brêtas, 2004). A terapia de reposição hormonal (TRH) consiste no uso de substâncias sintéticas para controlar sintomas ou prevenir alterações decorrentes do decréscimo de produção de hormônios femininos pelos ovários (estradiol e progesterona) a partir da perimenopausa (Wanmmacher e Lubianca, 2011).

Nos anos 1980 e 1990, estudos observacionais sugeriram inúmeros benefícios da suplementação hormonal. Entretanto, a realização de ensaios clínicos randomizados de grande porte, como o *Women's Health Initiative – WHI*, nos Estados Unidos, entre outros na década de 2000, contestaram os resultados dos estudos observacionais, o que motivou mudanças radicais na recomendação da TRH na menopausa (Wanmmacher e Lubianca, 2011). Acompanhando essa tendência, no Brasil ocorreu uma diminuição de 49% das vendas de medicamentos para TRH em relação ao ano anterior à publicação do estudo (Lazar et al., 2007).

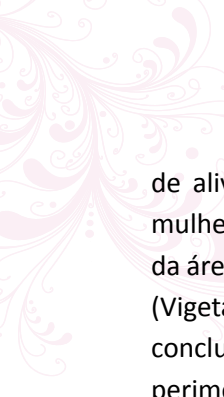
Recente revisão sistemática da USPSTF dos Estados Unidos sobre TRH para prevenção primária de algumas condições crônicas (Nelson et al., 2012) mostrou que estrogênio e progesterona e estrogênio sozinho diminuem o risco de fraturas, mas aumentam de risco para acidente vascular cerebral, tromboembolismo, doença da vesícula biliar e incontinência urinária. Estrogênio e progesterona aumentam o risco de câncer de mama, e provavelmente demência, enquanto o estrogênio sozinho diminui o risco de câncer de mama. O risco aumentado do câncer de mama com a terapia combinada de estrogênio e progesterona está relacionado com a duração da terapia (Wanmmacher e Lubianca, 2011; Nelson et al., 2012). Mulheres que utilizam hormônios têm maior número de mamografias alteradas, tumores de maior tamanho e estágios mais avançados de câncer de mama (Nelson et al., 2012).

A análise dos dados dos registros do Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos, em 2003, mostrou uma redução acentuada (6,7%)

da taxa de incidência do câncer de mama, ajustada por idade, quando comparada com dados de 2002 (Ravdin et al., 2007). A diminuição da incidência foi evidente somente na população feminina que apresentava 50 ou mais anos de idade e foi mais evidente em tumores positivos para receptores de estrogênio comparada aos que eram receptores negativos. Essa diminuição da incidência parece ser temporalmente relacionada ao primeiro relatório do estudo *Women's Health Initiative (WHI)*, realizado nos Estados Unidos, e à subsequente queda da TRH entre as mulheres pós-menopausadas naquele país. Estudo realizado no Canadá também mostrou forte associação entre redução do uso de TRH e diminuição da incidência do câncer de mama na população entre 50-69 anos. A taxa de incidência ajustada por idade nas mulheres entre 50 e 69 anos era 330/100.000, em 2000, e reduziu para 275,6/100.000, em 2004 (redução de 17,2%) (Neutel e Morrison, 2010).

A redução das taxas de incidência associadas à diminuição do uso de TRH não foi exclusiva dos Estados Unidos e Canadá. Outros países mostraram reduções nas taxas de incidência, porém com grande variabilidade em relação à magnitude do declínio e sua correlação temporal com a cessação da terapia (Zbuk e Anand, 2007). O declínio na incidência do câncer de mama provavelmente associado à menor utilização de TRH foi observado na Alemanha, França, Bélgica, Austrália e Nova Zelândia (Zbuk e Anand, 2012).

No Brasil, pouco se conhece sobre a utilização de TRH. Dados indiretos podem ser obtidos por meio de inquéritos de prevalência de sintomas relacionados à menopausa em mulheres entre 45 e 60 anos de idade. Inquérito realizado em Campinas (SP) mostrou prevalência alta de sintomas relacionados à perimenopausa, tais como: nervosismo (82%), fogachos (70%), cefaleia (68%), irritabilidade (67%) e sudorese (59%). A prevalência de incontinência urinária foi de 27,4% (Pedro et al., 2003). Segundo os autores, a prevalência de sintomas climatéricos na população estudada foi elevada e semelhante à descrita em países ocidentais desenvolvidos.



Nos últimos anos, as pesquisas têm privilegiado terapias capazes de aliviar os sintomas associados às mudanças hormonais, porém as mulheres quase não são ouvidas pelos pesquisadores e/ou profissionais da área da saúde sobre como se sentem e como desejariam ser cuidadas (Vigeta e Brêtas, 2004). Em estudo qualitativo em São Paulo, as autoras concluíram que o mito da necessidade de TRH em toda a mulher na perimenopausa e pós-menopausa precisa ser desconstruído. Para elas, é preciso investir na participação social e realizar uma análise individual cuidadosa dos riscos e benefícios para que se tenha uma geração de idosos que saiba o que é envelhecer com qualidade de vida (Vigeta e Brêtas, 2004).

Desde a publicação do estudo *WHI*, em 2002, o tema da TRH tem atraído o debate. Atualização recente da USPSTF dos Estados Unidos, com estudos publicados desde 2002, reforça o cuidado ao se indicar terapia de reposição hormonal. A partir de então, a literatura tem apontado três grandes núcleos de interesse ou atores sociais interessados na terapia de reposição hormonal: a mulher, o médico e a indústria farmacêutica (Rozenfeld, 2004 e Rozenfeld, 2007). É importante que as mulheres participem ativamente desse debate e tenham acesso à informação relevante, atualizada e baseada em evidências científicas.

8. *Toda mulher com diagnóstico de câncer de mama confirmado inicie seu tratamento o mais breve possível, não ultrapassando o prazo máximo de 3 meses.*

Muito embora exista um senso comum, há mais de um século, de que o início rápido do tratamento do câncer de mama seja decisivo para a sobrevivência das pacientes, somente ao final do século XX as evidências científicas sobre esta percepção começaram a aparecer (Unger-Saldaña, Infante-Castañ, 2009). O atraso no início do tratamento após o diagnóstico de câncer de mama pode ser devido aos fatores relacionados ao paciente como crenças, valores ou medos relacionados

ao tratamento, ou relacionados aos serviços de saúde como distância física, ambiente não acolhedor, poucas vagas, dentre outros.

No final da década de 1990 e início da década de 2000, alguns estudos procuraram esclarecer a relação entre atraso e pior prognóstico (menor sobrevida). Richards et al. (1999) e Olivotto et al. (2002) mostraram que atrasos maiores do que três meses entre os primeiros sinais e sintomas e o início do tratamento e atrasos maiores do que seis meses em mulheres assintomáticas impactam negativamente a sobrevida.

A partir da análise das informações de 139 Registros Hospitalares de Câncer (RHC) do Brasil, observou-se que 75% das pacientes apresentaram tempo entre o diagnóstico histopatológico e o início do tratamento igual ou inferior a três meses. A mediana desse intervalo de tempo variou de 32 a 46 dias no período entre 2000 e 2008. Observou-se que esse intervalo de tempo é menor para os pacientes que fizeram o diagnóstico na própria Unidade Hospitalar, evidenciando que, possivelmente, o maior gargalo está no acesso às Unidades de Alta Complexidade em Oncologia.

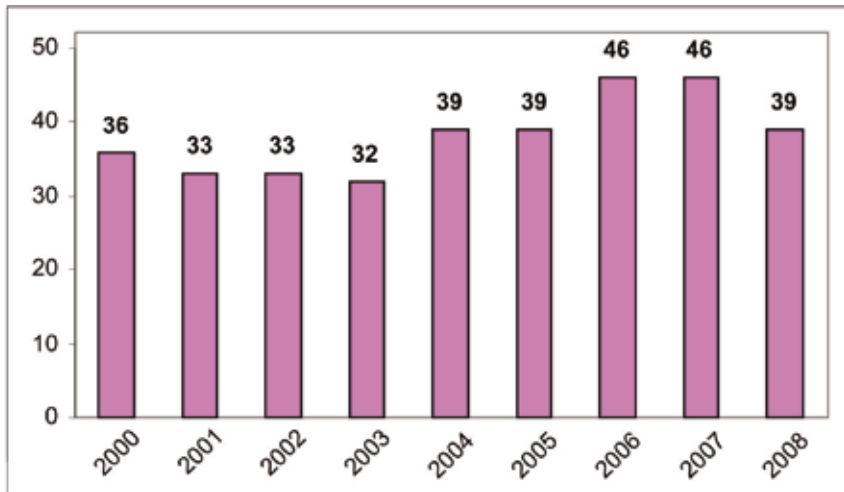
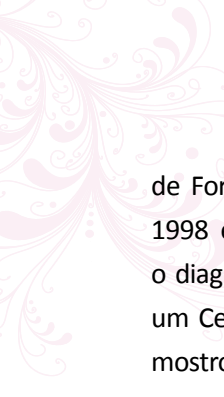


Figura 1. Mediana de tempo em dias entre o diagnóstico e o início do tratamento, Brasil – 2000 a 2008 (Exceto SP, GO, RR, MA e AP)

Fonte: IntegradorRHC



Resultados similares foram observados em outros estudos. Em Juiz de Fora (MG), 85% das pacientes com diagnóstico histopatológico entre 1998 e 2000 apresentaram tempo igual ou inferior a três meses entre o diagnóstico e a cirurgia (Cintra et al., 2008). Outro estudo realizado em um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), em Vitória (ES), mostrou que a média de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento para pacientes diagnosticadas entre 2000 e 2005 foi de 2,3 meses.

Em uma análise a partir das informações de seis Cacon e cinco Hospitais de Excelência dos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, o tempo mediano entre a realização da biópsia e o início do primeiro tratamento foi de 24 dias (Hospital Osvaldo Cruz, 2011-2012). No atendimento a pacientes do ambulatório do serviço de Oncologia, do Hospital Estadual Mário Covas (Santo André/SP), no ano de 2006, a mediana foi de 36 dias entre o resultado da biópsia e a cirurgia. Já o intervalo de tempo entre o anatomopatológico e o tratamento adjuvante apresentou mediana de 35 dias, enquanto o intervalo entre a mamografia e o tratamento adjuvante apresentou mediana de 189 dias (Trufelli et al., 2008).

Algumas iniciativas para agilizar o início do tratamento têm sido feitas no país. A Câmara dos Deputados aprovou, em 5 de junho de 2012, proposta que estabelece o prazo máximo de 60 dias, contados do diagnóstico, para o paciente iniciar o tratamento antineoplásico no SUS. Outra iniciativa foi a implantação do Programa de Diagnóstico no Serviço de Mastologia do Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUC-Campinas, que reduziu o tempo de diagnóstico da doença, antes de 140 dias para, aproximadamente, 20 dias. O programa diminuiu também o tempo para cirurgia, que passou de dois meses para duas a três semanas após o diagnóstico.

A diminuição dos gargalos para o início do tratamento está prevista no contexto da expansão da atenção oncológica, comentada a seguir na análise da recomendação 9, também relacionada à necessidade de assegurar brevidade no início do tratamento do câncer de mama.

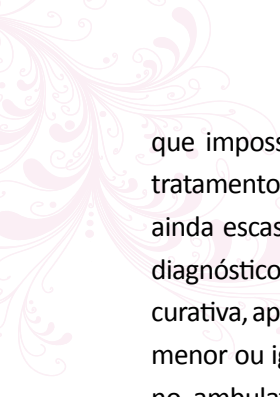
9. Quando indicado, o tratamento complementar de quimioterapia ou hormonioterapia deve ser iniciado no máximo em 60 dias; e o de radioterapia, no máximo, em 120 dias.

O tratamento adjuvante (complementar) do câncer de mama localizado representa um avanço na terapia do câncer de mama. Há várias modalidades de tratamento adjuvante que podem ser oferecidas às mulheres em função das características clínicas e biológicas de cada caso, identificadas por ocasião do tratamento cirúrgico.

Diversos estudos analisaram a eficácia das várias modalidades de tratamento adjuvante, as sequências mais efetivas dos tratamentos (quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, e outras modalidades de tratamento), e os tempos máximos aceitáveis de atraso para o início do tratamento adjuvante.

Em tese, pacientes com câncer de mama localizado se beneficiariam de tratamento adjuvante o mais cedo possível após a cirurgia. Estudos randomizados demonstraram a efetividade do tratamento adjuvante em aumentar a sobrevida. Muitos estudos estabeleceram um limite definido entre a cirurgia e o tratamento adjuvante em 8-12 semanas, além do qual as pacientes não seriam elegíveis para tratamento (Balduzzi et al., 2010). Estudo realizado no Canadá mostrou que atrasos superiores a três meses no início da quimioterapia complementar aumentam o risco de recorrência local da doença e diminuem a sobrevida (Lohrisch et al., 2006). Outros estudos mostraram uma correlação positiva entre início precoce do tratamento adjuvante e melhor sobrevida (Pronzato et al., 1989; Brooks et al., 1983; Nissen-Meyer et al., 1978). Em relação à radioterapia adjuvante, estudo de revisão apontou que atrasos superiores a 8-12 semanas aumentam a chance de recorrência local quando a radioterapia é administrada isoladamente (Tsoutsou et al., 2009).

No cenário nacional, as informações disponíveis nos Registros Hospitalares de Câncer consideram apenas a data do primeiro tratamento, o



que impossibilita a análise quanto aos tempos entre as modalidades de tratamento complementar disponíveis. A literatura sobre esse tema é ainda escassa. No estudo de Juiz de Fora (MG), 61,9% das pacientes com diagnóstico de câncer de mama entre 1998 e 2000, submetidas à cirurgia curativa, apresentaram tempo entre o diagnóstico e quimioterapia adjuvante menor ou igual a 12 semanas (Cintra et al., 2008). Nas pacientes atendidas no ambulatório de Oncologia do Hospital Estadual Mário Covas (Santo André/SP), no ano 2006, a mediana de tempo entre o anatomopatológico e tratamento adjuvante foi de 35 dias. A mediana entre a mamografia e tratamento adjuvante foi de 189 dias (Trufelli et al., 2008).

Atrasos no tratamento complementar possivelmente refletem déficit na oferta de serviços na atenção terciária. O reconhecimento desse déficit, identificado em análises técnicas da Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede/INCA/MS, vem motivando ações de expansão da assistência oncológica no SUS. Em 2001, foi instituído o Projeto Expande para ampliar o acesso ao diagnóstico e tratamento integral do câncer, em regiões do país com déficit ou inexistência de serviços. Pelo Projeto, 12 Unacon com Serviço de Radioterapia foram implantadas/ampliadas e dez hospitais encontram-se em processo de implantação/ampliação.

A ampliação do acesso às unidades de referência para tratamento câncer, considerando a necessidade de interiorização, está prevista no Plano de fortalecimento das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer. Foi instituído o Plano de Expansão da Radioterapia no Sistema Único de Saúde (Brasil. Portaria nº 931/2012) com a meta de criação de 32 novos serviços de radioterapia em hospitais já habilitados como Unacon e a ampliação de 48 serviços de radioterapia em Unacon/Cacon

A expansão das Unidades para tratamento integral do câncer deve ser acompanhada de iniciativas que qualifiquem o cuidado, de maneira que possa, de fato, resultar em ganhos na sobrevivência e na qualidade de vida das mulheres com câncer de mama.

10. Toda mulher com câncer de mama tenha seu diagnóstico complementado com a avaliação do receptor hormonal.

Nas mulheres com câncer de mama existem fatores prognósticos e preditivos da resposta a determinados tratamentos. Entre esses fatores encontramos características clínicas (idade da paciente e estadiamento), anatomopatológicos (tipo e grau histológico do tumor, acometimento dos linfonodos regionais), moleculares (receptores de estrogênio, progesterona, HER2) e, mais recentemente, expressão gênica (testes para identificação de determinados genes relacionados a diferentes comportamentos da célula tumoral) (WHO, 2002; Paik et al., 2004). O conjunto dessas características irá determinar a melhor forma de tratamento para cada paciente.

Cerca de 60% a 70% dos carcinomas invasivos de mama apresentam expressão de receptor de estrogênio. A presença de receptor positivo para estrogênio e progesterona está associada a melhores taxas de sobrevida, menores taxas de recorrência e predizem a resposta ao tratamento hormonal. Atualmente a imuno-histoquímica é o método mais comumente utilizado para a avaliação dos receptores de estrogênio e progesterona (Goldhirsch et al., 2006).

A disseminação da oferta desses exames, a validação e padronização de técnicas de imuno-histoquímica e a participação em programas externos de controle da qualidade são essenciais para garantir a qualidade desses exames. Resultados incorretos podem acarretar tratamentos desnecessários ou impedir que mulheres se beneficiem do tratamento hormonal. Em estudo recentemente publicado, as taxas de concordância de laudos entre laboratórios locais (146 laboratórios) e um laboratório de referência para receptores hormonais no Brasil foram de 85%-90%, similar à descrita em outros países (Wludarski et al., 2011).

Em 26 de julho de 2012 foi publicada a Portaria nº 18 da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde que

incorpora o medicamento trastuzumabe no SUS. Essa incorporação está vinculada à realização de exame molecular para confirmação de *status* de HER2 positivo e representa um passo importante no tratamento do câncer de mama. Ao mesmo tempo, há necessidade de realização de exames de forma minuciosa, para que a terapia seja empregada adequadamente. Em estudo realizado no Brasil e publicado em 2011, com 149 laboratórios locais de diferentes regiões do Brasil, mostrou 34% de concordância para testagem de receptor HER2 com imuno-histoquímica em relação a um laboratório de referência (Wludarski, 2011b).

A acurácia do diagnóstico é fundamental para estimar o prognóstico do câncer de mama e para prescrição de terapia, de forma a oferecer benefício para a paciente e diminuir o risco de recorrência e morte por câncer de mama. A qualidade desses exames é responsabilidade de todos envolvidos nos cuidados com o câncer de mama.

11. Toda mulher com câncer de mama seja acompanhada por uma equipe multidisciplinar especializada, que inclua médicos (cirurgião, oncologista clínico e um radioterapeuta), enfermeiro, psicólogo, nutricionista, assistente social e fisioterapeuta.

O cuidado à mulher com câncer de mama realizado por uma equipe multidisciplinar deve ser entendido como modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações e a cooperação (Peduzzi, 2001).

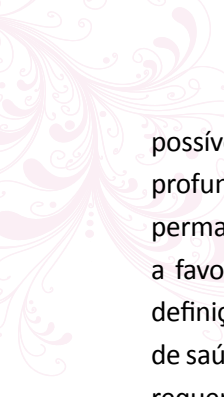
O trabalho em equipe é uma estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde (Peduzzi, 1998). Trata-se de um arranjo organizacional, que busca deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas, com o objetivo de produzir um espaço em que ocorra intercâmbio sistemático de conhecimentos, e com isso assegurar maior eficácia ao trabalho em saúde (Campos e Dmomitt, 2007).

Nas pacientes com câncer de mama, melhores resultados em saúde, principalmente aqueles voltados à qualidade de vida, têm sido associados aos cuidados assistenciais quando prestados por equipe multiprofissional (Saini et al., 2012). No estudo de Kesson et al. (2012), a introdução do cuidado multidisciplinar em alguns hospitais na Escócia resultou em 18% de redução da mortalidade por câncer de mama em 5 anos.

O trabalho multidisciplinar é estratégico para a atenção integral. No Brasil, a integralidade do cuidado assistencial está prevista dentro de normas governamentais e da própria Constituição Federal. A existência de uma equipe multiprofissional nos serviços de alta complexidade em oncologia está prevista na Portaria SAS/MS nº 741/2005. O trabalho multiprofissional integrado busca promover a mudança das práticas de saúde visando à integração das ações de saúde e dos trabalhadores, a fim de assegurar assistência e cuidado que respondam, no sentido ético, técnico e comunicacional, às necessidades de saúde dos usuários e da população de referência de qualquer serviço de saúde (Pirolo, Ferraz e Gomes, 2012).

Em levantamento feito pela Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede/INCA, em agosto de 2012, no cadastro dos hospitais habilitados no SUS como Unacon e Cacon, em capitais brasileiras, verificou-se a existência de médicos nas especialidades requeridas para o tratamento oncológico (cirurgiões oncológicos, oncologistas clínicos e radioterapeutas), como também dos demais profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, tais como assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, entre outras (CNES/Datasus, 2012). O número de profissionais disponíveis é muito variado e é complexo avaliar, sem um estudo específico, se o quantitativo é suficiente e, mais ainda, se os profissionais atuam de forma integrada.

Embora os serviços de saúde estejam tentando formalizar a existência da equipe multidisciplinar em seus espaços de trabalho, é



possível afirmar que o debate sobre integralidade/cuidado integral é mais profundo e perpassa pela própria formação profissional e a educação permanente. É necessário estimular o trabalho em equipe, de modo a favorecer o diálogo entre os profissionais de saúde, como também a definição coletiva da assistência ao usuário como foco central das ações de saúde (Peduzzi, 2007; Cecílio, 2003; Silva e Ramos, 2010). Pesquisas são requeridas para que sejam melhor conhecidas composição, frequência, função e mecanismos de trabalho de uma equipe multidisciplinar especializada em câncer de mama na realidade brasileira.

12. Toda mulher com câncer de mama receba cuidados em um ambiente que acolha suas expectativas e respeite sua autonomia, dignidade e confidencialidade.

A assistência à saúde com qualidade depende de condições adequadas para atendimento tanto no que se refere à infraestrutura física e tecnológica que possibilite diagnóstico e manejo seguros, mas também à possibilidade da escuta e compreensão dos fatores envolvidos em cada caso. Essas são premissas para o acolhimento ao paciente que procura qualquer serviço de saúde.

O acolhimento, como processo construtivo das práticas de produção e promoção de saúde, é entendido como postura e prática nas ações de atenção e gestão que favorecem a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços (Brasil, 2004). É esta a base para assegurar os direitos fundamentais dos pacientes.

De acordo com a OMS, a capacidade de um sistema de saúde de responder às expectativas das pessoas em relação à sua saúde, passa por questões que incluem respeito à autonomia, à dignidade e à confidencialidade da informação (WHO, 2000).

No sentido etimológico, autonomia é uma palavra de origem grega que significa “autogoverno, autodeterminação da pessoa de tomar

decisões que afetem sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica, suas relações sociais” (Muñoz e Fortes, 1998). Dignidade da pessoa está relacionada a não violação dos direitos humanos básicos, sendo vedado submeter os pacientes a situações humilhantes, degradantes ou discriminatórias (WHO, 2000). Confidencialidade trata do direito do paciente de determinar quem pode ter acesso às informações sobre sua saúde (Francisconi e Goldim, 1998). Tais conceitos devem ser explorados pelos profissionais de saúde tanto como princípios pertencentes aos códigos de ética profissional quanto da ética aplicada à vida (bioética) (Kotow, 1995) e dos direitos legais.

Na sociedade brasileira, a incorporação desses valores, ao longo dos anos, é percebida na própria Constituição Federal do Brasil e, em decorrência, na prática assistencial de cuidado à saúde. Diversas estratégias normativas do sistema de saúde brasileiro, como a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004) e normas ministeriais contemplando direitos e deveres de pacientes, vêm sendo implementadas. Em alguns serviços de saúde tem sido possível observar iniciativas de produção de cartilhas e regulamentos sobre os direitos dos pacientes (Brasil, 2009; INCA, 2008; Hospital A. C. Camargo, 2009).

Um dos valores norteadores da Política Nacional de Humanização, em curso no SUS, é a produção de sujeitos autônomos responsáveis pelo processo de produção de saúde (Brasil, 2004; Brasil, 2010). Pensar o indivíduo como sujeito autônomo é considerá-lo como protagonista no coletivo de que participam e corresponsável pela produção de si no mundo em que vive. Nessa linha, a Política sugere a construção de espaços interrelacionais que propiciem reflexão e ação, na perspectiva da integralidade, inclusão e equidade (Brasil, 2010).

No Brasil, considerando o respeito à autonomia, no que se refere às decisões pessoais sobre estilo de vida não prejudiciais a terceiros, e ao reconhecimento mútuo como condição necessária da dignidade individual e do exercício da cidadania numa sociedade democrática e multicultural (Schramm, 2001), bioeticistas vêm analisando e discutindo a comunicação na área de oncologia, dada a importância de incorporar

práticas comunicativas capazes de combinar sabiamente razão e emoção no cuidado à saúde (Schramm, 2001; Primo e Garrafa, 2007).

Um estudo realizado com 120 pacientes com câncer genital ou mamário do Hospital de Base do Distrito Federal mostrou que 40% das pacientes relataram comunicação inadequada entre médico e paciente em relação a diagnóstico, tratamento e prognóstico da doença. Os autores observaram conflitos concernentes à linguística, à autonomia, à falta de poder de decisão das pacientes, à beneficência e a atitudes paternalistas exercidas pelo médico (Primo e Garrafa, 2010).

Especificamente relacionado ao cuidado em câncer de mama, pouco se conhece ainda sobre como e de que forma os princípios bioéticos e as diretrizes da política de humanização em saúde estão sendo adequadamente incorporados ao cotidiano assistencial. Estudos sobre o tema são relevantes para compreender a qualidade ética do cuidado na ótica das mulheres e os conflitos e dilemas que surgem no contexto da assistência.

13. Todo hospital que trata câncer de mama tenha Registro de Câncer em atividade.

Os Registros Hospitalares de Câncer (RHC) são fontes sistemáticas de informações com o objetivo de coletar dados referentes ao diagnóstico, tratamento e evolução dos casos de neoplasia maligna atendidos nessas instituições (INCA, 2010).

As informações coletadas pelos RHC são usadas para aprimorar a assistência prestada aos pacientes com neoplasia maligna, pois traçam o perfil dos usuários, evidenciam aspectos demográficos, mostram os recursos que são utilizados no diagnóstico e tratamento, acompanham a evolução da doença e o estado geral dos pacientes ao longo do tempo, subsidiando, dessa forma, análises de sobrevivência (INCA, 2010).

A Portaria MS nº 741, de 19 de dezembro de 2005, da Secretaria de Atenção à Saúde (MS/SAS, 2005) define que toda Unidade Hospitalar habilitada em assistência de alta complexidade em oncologia deve implantar e manter em atividade o RHC e este deverá encaminhar,

anualmente, a partir de 2007, seus dados para o INCA, que deverá publicá-los e divulgá-los de forma organizada e analítica.

Quadro 1 – Evolução do número de unidades hospitalares* habilitadas em assistência de alta complexidade em Oncologia e do número de Registros Hospitalares de Câncer

	Abril 2011	Junho 2012
Nº de UH habilitadas	284	293
Nº de UH habilitadas com RHC	235	247

* Cacon, Unacon e Hospitais Gerais

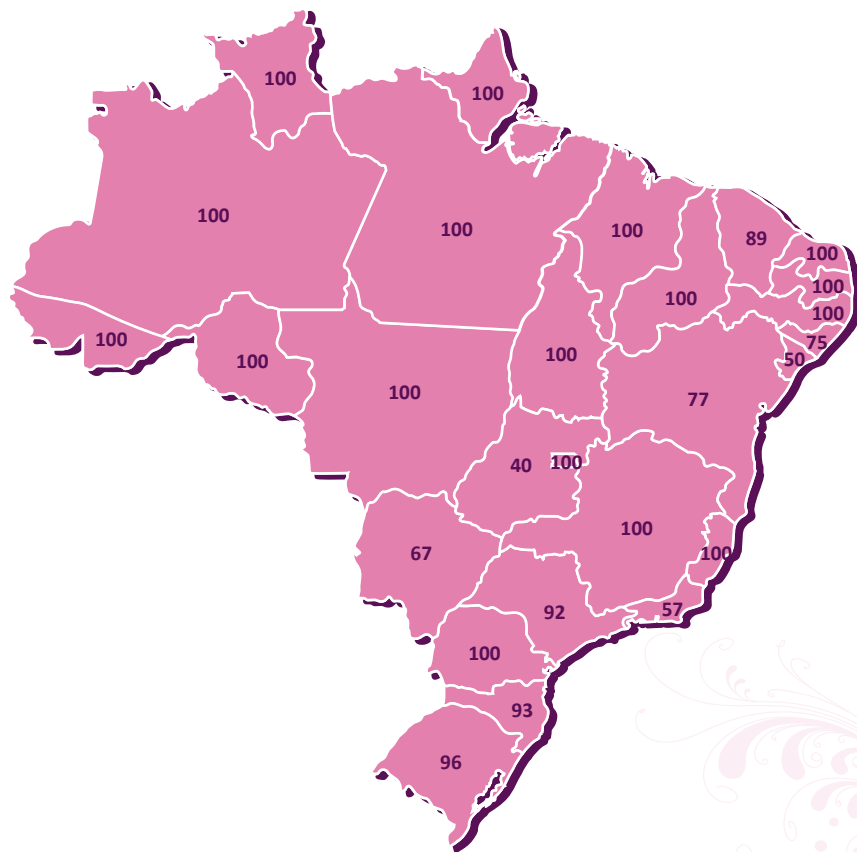
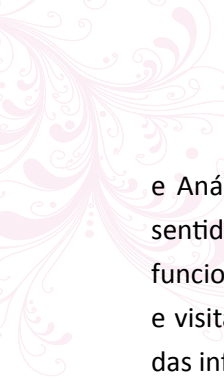


Figura 2 – Percentagem de RHC em UH habilitada



Nos últimos anos, o INCA, por meio da Divisão de Vigilância e Análise de Situação, vem desenvolvendo um conjunto de ações no sentido de garantir apoio técnico para implantação, estruturação e funcionamento dos RHC do Brasil. Periodicamente são realizados cursos e visitas técnicas aos RHC do país, assim como, avaliação da qualidade das informações produzidas pelos registros.

14. Toda mulher com câncer de mama tenha direito aos cuidados paliativos para o adequado controle dos sintomas e suporte social, espiritual e psicológico.

Pacientes com câncer de mama frequentemente experimentam sintomas tanto físicos quanto psicológicos. Tratamentos anticâncer, como cirurgias, quimioterapia, radioterapia e terapia hormonal, combinados ou não, muitas vezes, causam uma ampla diversidade de sintomas, nem sempre reconhecidos pelos profissionais de saúde.

Apesar da implantação de programas de rastreamento do câncer de mama e dos avanços no controle da doença, um número significativo de mulheres vai evoluir com doença metastática. A abordagem a suas necessidades é inadequada, especialmente nos países de baixa e média renda, onde o câncer de mama já se apresenta em estágios avançados (Reed et al., 2012; Aranda et al., 2005). A necessidade de cuidados de suporte ou paliativos surge com a doença e continua durante seu tratamento, o que possibilita o controle de sintomas e efeitos colaterais e facilita a adaptação, enfrentamento, compreensão e tomada de decisão. Também minimiza o comprometimento da funcionalidade dessas pacientes e, em última análise, melhora diretamente a qualidade de vida, objetivo maior dos cuidados paliativos (Okuyama et al., 2011).

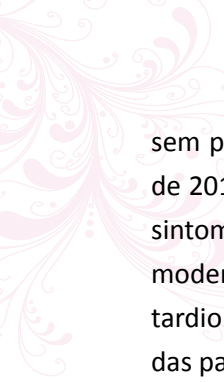
Segundo a OMS, cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças ameaçadoras, através da prevenção

e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce impecável e do tratamento da dor e demais sintomas físicos e da abordagem de problemas psicossociais e espirituais (WHO, 1990; WHO 2002).

Estima-se que 100 milhões de pessoas em todo o mundo se beneficiariam dos cuidados paliativos básicos e que mais de 70% das pessoas com câncer avançado experimentem o sintoma dor em sua maior intensidade (International Hospice, 2005; Stjernswärd e Clark, 2003). No Brasil, uma auditoria realizada em 2010 pelo Tribunal de Contas da União para avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção Oncológica revelou que 60,5% dos pacientes foram diagnosticados em estadiamento avançado (estágios 3 ou 4) e que o tempo médio de espera para o início dos tratamentos foi superior a 70 dias (TCU, 2011), reafirmando a necessidade dos cuidados paliativos para a população brasileira.

A experiência de cada paciente quanto a um determinado problema varia individualmente; assim, a intensidade do problema sozinho não é o melhor ou único indicador das necessidades de suporte paliativo. Avaliação das necessidades percebidas pelas próprias pacientes possibilita a equipe de profissionais a reconhecer e prover o tipo de cuidados que cada paciente requer diretamente (Okuyama et al., 2011; Ream et al., 2008; Newell et al., 1998). Em pacientes com câncer de mama os sintomas mais prevalentes são fadiga (76,5%), dor (57,6%), insônia (46,2%), torpor (39,7%), constipação e dispneia (39%), náusea e vômitos (14 e 5,1%) (Arndt et al., 2006). Em torno de 5% das pacientes relatam depressão clínica e ansiedade, sintomas da dimensão psicossocial, de difícil avaliação e abordagem pelos médicos (Ream et al., 2008), ratificando a importância do princípio do trabalho em equipe interdisciplinar para o adequado controle de sintomas.

A realidade exposta na literatura não é diferente da experimentada no Hospital do Câncer IV (HCIV), Unidade de Cuidados Paliativos do INCA, onde 312 pacientes com câncer de mama avançado,



sem possibilidade de cura, foram matriculadas nos períodos de janeiro de 2011 a agosto de 2012 (18% do total de pacientes matriculados). Os sintomas apresentados foram os listados acima, com intensidade de moderada a alta em 75% dos casos, em decorrência do encaminhamento tardio. Acrescente-se o linfedema e suas comorbidades, presente em 8% das pacientes.

Pela intensidade dos sintomas, encaminhamento tardio e tempo de sobrevida curto nos cuidados paliativos após encaminhamento ao HCIV (média de 53 dias), há um claro prejuízo para a qualidade de vida das pacientes com câncer de mama que se beneficiam de forma limitada de uma abordagem multidimensional, recurso utilizado nessa fase para o bom controle de sintomas.

Em todo o Brasil, país de dimensões continentais, o acesso aos cuidados paliativos é precário ou inexistente, resultando em grande número de pessoas morrendo, com muito sofrimento (que poderia ser prevenido), como exposto em recente pesquisa do *The Economist*, em que o país ficou em 38º lugar em qualidade de morte, entre os 40 países participantes (*The Economist*, 2010). Pelo *International Observatory of End of Life Care*, o Brasil encontra-se no nível 3 de desenvolvimento dos cuidados paliativos, referente a uma provisão localizada e sem integração no território nacional. Serviços de cuidados paliativos, diferentes em sua organização e cultura, são encontrados nos grandes centros; estima-se um número de 67 serviços existentes, com 65,6% localizados na Região Sudeste.

Embora sem remuneração no Sistema de Saúde Brasileiro, os cuidados paliativos foram recentemente reconhecidos no país como subespecialidade médica (outubro de 2011), medida importante que organiza e estrutura de forma oficial a formação na área de Medicina Paliativa, num momento em que questões como Ortotanásia e Testamento Vital são resoluções que estão na ordem do dia.

Há necessidade de uma estruturação de padrões de cuidados, em âmbito nacional, para auxiliar o desenvolvimento de serviços de cuidados paliativos de qualidade e dar suporte aos já existentes, através do estabelecimento de uma Política Nacional de Cuidados Paliativos. O resultado dessa iniciativa é a melhoria de qualidade de vida de milhares de pessoas vivendo e morrendo em grande sofrimento pela doença neoplásica em progressão. O INCA, por meio do HCIV e do Projeto de Expansão Nacional dos Cuidados Paliativos, tem fomentado o debate sobre o tema e buscado articular profissionais da área para o avanço na construção dessa política.



REFERÊNCIAS

ANDERSON, B. O. Understanding social obstacles to early breast cancer detection is critical to improving breast cancer outcome in low- and middle-resource countries. **Cancer**, v. 116, n. 19, p. 4436-4439, 19 ago 2010.

ARANDA, S. et al. Mapping the quality of life and unmet needs of urban women with metastatic breast cancer. **European Journal of Cancer Care (Engl.)**, v. 14, n. 3, p. 211-222, jul. 2005.

ARNDT, V. et al. A population-based study of the impact of specific symptoms on quality of life in women with breast cancer one year after diagnosis. **Cancer**, v. 107, n. 10, p. 2496-24503, 15 nov. 2006.

BADGWELL, B. D. et al. Mammography before diagnosis among women age 80 years and older with breast cancer. **Journal of Clinical Oncology**, v. 26, n. 15, p. 2482-2488, 20 mai. 2008.

BATISTON, A. P. et al. Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. **Revista Brasileira de Saúde Maternidade Infantil**, v. 11, n. 2, p. 163-171, abr/jun. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas **II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). [**Consulta aos dados do DATASUS por meio do Tabnet (software de acesso)**]. Brasília, 2012. Disponível em:< <http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 10 ago. 2012.

_____. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Lançada nova estratégia amamenta e alimenta Brasil**. Brasília, 2012. Disponível em:< http://dab.saude.gov.br/noticia/noticia_ret_detalle.php?cod=1528>. Acesso em:

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 148p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Secretaria de Atenção a Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

[Consulta aos dados do CNES por meio do CNESNet]. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>>. Acesso em: 20/30 jul. 2012.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. 2 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos básicos de saúde). (Série Pactos pela Saúde 2006, 7)

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pesquisa de prevalência de aleitamento materno em municípios brasileiros**: situação do aleitamento materno em 227 municípios brasileiros. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 63p

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2011**: vigilância de fatores de riscos e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série G. Estatística e informação em saúde).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Rede amamenta Brasil**: os primeiros passos (2007–2010). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 58p. (Série I. História da Saúde).

_____. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. 20 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. **Portaria GM/MS nº 931, de 10 de maio de 2012**. Institui o plano de expansão da radioterapia no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0931_10_05_2012.html >. Acesso em: 04 set. 2012.

_____. **Portaria nº 1820, de 13 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. **Diário Oficial [da] União**. Brasília, DF, 14 ago. 2009. Seção 1, p. 80-81.

_____. **Portaria nº18, de 25 de julho de 2012.** Torna pública a decisão de incorporar o medicamento trastuzumabe no Sistema Único de Saúde (SUS) para o tratamento do câncer de mama localmente avançado. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jul. 2012. Disponível em:< <http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=57&data=26/07/2012>>. Acesso em: 04 set. 2012.

_____. Portaria nº 453, de 1 de junho de 1998. Aprova o regulamento técnico que estabelece as diretrizes radiológicas em radiodiagnóstico médico e odontológico. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 jun. 1998.

_____. Portaria nº 531, de 26 de março de 2012. Institui o programa nacional de qualidade em mamografia PNQN. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 mar. 2012. Seção 1, p. 91.

_____. Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005. Regulamenta a assistência de alta complexidade na rede de atenção oncológica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 7 fev. 2012. nº 27, p. 42.

Brasil. Tribunal de Contas da União. **Política Nacional de Atenção Oncológica**: relatório de auditoria operacional. Brasília: TCU, 2011. Disponível em: <http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/areas_atuacao/saude/Rel_Oncologia.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2012.

CASTRO, R. Câncer na mídia: uma questão de saúde pública. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 1, p. 41-48, 2009.

CECÍLIO, M. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade**: cotidianos saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003. p. 197-210.

CINTRA, J. R. D.; GUERRA, M. R.; BUSTAMENTE-TEIXEIRA, M. T. Sobrevida específica de pacientes com câncer de mama não-metastático submetidas à quimioterapia adjuvante. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 4, p. 339-346, 2008.

COATES, A. S. Breast cancer: delays, dilemmas, and delusions. Commentary. **Lancet**, v. 353, n. 9159, p. 1112-1113, 3 abr. 1999.

COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM. **[Programa de qualidade em mamografia]**. Disponível em: <<http://www.cbr.org.br>>. Acesso em: 15 ago. 2012.

ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **The quality of death ranking end-of-life care across the world**. [Londres]: EIU, 2010. 39p. Commissioned by Lien Foundation.

GOLDHIRSCH, A. et al. First select the target: better choice of adjuvante treatments for breast cancer patients. **Annals of Oncology**, v. 17, n. 12, p. 1772-1776, 27 out 2006.

HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ. **Relatório técnico: estudo de coorte retrospectivo sobre a mortalidade por câncer de mama estadió clínico IIB**. São Paulo: HAOC, [2011-2012]. 98p.

HOSPITAL A. C. CAMARGO. **Cartilha dos direitos do paciente com câncer: uma compilação do departamento jurídico do Hospital A. C. Camargo**. São Paulo: Hospital A.C. Camargo, 2009. Disponível em: <<http://www.accamargo.org.br/files/cartilhas/cartilha.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Conheça o hospital do câncer III**. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

_____. Monitoramento das ações de controle dos cânceres do colo do útero e de mama. **Informativo detecção precoce**, ano 2, n. 2, abr/jun 2011.

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

_____. **Mamografia: da prática ao controle**. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

_____. **Registros hospitalares de câncer: planejamento e gestão**. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2010. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/INCA2009015_livro_registros_MIOLO.pdf>.

_____. **SISMAMA: informação para o avanço das nações de controle do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2010. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Sismama.pdf>>. Acesso em: 8 jul. 2012.

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

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Perfil da morbimortalidade brasileira do câncer da mama. **Informativo Vigilância do Câncer**, n. 2, jan/abril. 2012.

_____. Programa nacional de controle do câncer de mama: **controle e garantia da qualidade em mamografia**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/controle_garantia_qualidade_mamografia> Acesso em: 15 ago 2012.

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

_____. **Setor de informação estatística e faturamento (SIEFA) do Hospital do Câncer IV.** Rio de Janeiro: INCA, 2012.

_____. **Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama.** Rio de Janeiro: INCA, 2012. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/mama>>. Acesso em: 12 set. 2012.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. **Breast cancer screening**. Lyon: IARC, 2002. (IARC Handbooks for Cancer Prevention, 7).

_____. **World cancer report 2008**. Lyon: IARC, 2008.

INUMARU, L. E.; SILVEIRA, E. A.; NAVES, M. M. V. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 7, p. 1259-1270, jan/jul. 2011.

JORGENSEN, K.J.; GOTZSCHE, PC. Presentation on websites of possible benefits and harms from screening for breast cancer: cross sectional study. **British Journal of Medical**, v. 328, n. 7432, p. 148, 17 jan 2004.

_____. Content of invitations for publicly funded screening mammography. **British Journal of Medical**, v. 332, n. 7540, p. 538-541, 4 mar 2006.

KERLIKOWSKA, K. Screening mammography in women less than age 50 years. **Current Opinion Obstetrics Gynecology**, v. 24, n. 1, p. 38-43, fev. 2012.

KESSON, E. M. et al. Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional cohort study of 13 722 women. **British Medical Journal**, v. 344, p. 2718, 26 abr. 2012.

KOTTOW, M. H. **Introducción a la bioética**. Chile: Editorial Universitaria, 1995.

LAZAR JUNIOR, F. et al. The attitude of gynecologists in São Paulo, Brazil 3 years after the Women's Health Initiative Study. **Maturitas**, v. 56, n. 2, p. 129-141, 8 aug 2007.

MANDELBLATT, J. S. et al. Effects of mammography screening under different screening schedules: model estimates of potential benefits and harms. **Annals of Internal Medicine**, v.151, n. 10, p. 738-747, nov 2009. Errata em *Annals Internal Medicine* v. 152, n. 2, p. 136, 19 jan 2012

MEYER, D. E. E. et al. "Você aprende. A gente ensina?" Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, jun. 2006.

NELSON, H. D. et al. Screening for breast cancer an update for the U.S. Preventive Services Task Force. **Annals Internal Medicine**, v. 151, n. 10, p. 727-737, 2009.

NELSON, H. D.; WALKER, M.; ZAKHER, B. Menopausal hormone therapy for the primary prevention of chronic conditions: a systematic review to update the U.S. preventive services task force recommendations. **Annals of Internal Medicine**, v. 157, n. 2, p. 1-10, 29 mai 2012.

NEUTEL, C. I.; MORRISON, H. Could recent decreases in breast cancer incidence really be due to lower HRT use? Trends in attributable risk for modifiable breast cancer risk factors in canadian women. **Canadian Journal of Public Health**, v. 101, n. 5, p. 405-409, set/out 2010.

NEWEL, S. et al. How well do medical oncologists' perceptions reflect their patients reported physical and psychosocial problems? Data from a survey of five oncologists. **Cancer**, v. 83, n. 8, p. 1640-1651, 15 out. 1998.

OKONKWO, Q. L. et al. Breast cancer screening policies in developing countries: a cost-effectiveness analysis for India. **Journal of National Cancer Institute**, v. 100, n. 18, p. 1290-1300, 17 set. 2008.

OKUYAMA, T. et al. Oncologist's recognition of supportive care needs and symptoms of their patients in breast cancer outpatients' consultation. **Japanese Journal of Clinical Oncology**, v. 41, n. 11, p. 1251-1258, nov 2011.

OLIVOTTO, I. A. et al. Influence of delay to diagnosis on prognostic indicators of screen-detected breast carcinoma. **Cancer**, v. 94, n. 8, p. 2143-2150, 15 abr. 2002.

PAIK, S. et al. A multigene assay to predict recurrence of tamoxifen-treated, node negative breast cancer. **New England of Journal Medicine**, v. 351, n. 27, p. 2817-2826, 10 dez. 2004.

PEDRO, A. O. et al. Síndrome do climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas, SP. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 735-742, 2003.

PEDUZZI, M. **Equipe multidisciplinar a saúde: interface entre trabalho e interação**. 1998. 270 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

_____. Multiprofessional health care team: concept and typology. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

_____. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. (Ed.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: CEPESC; 2007. p. 161-204.

PETITTI, D. B. et al. Breast cancer screening from science to recommendation. **Radiology**, v. 256, n. 1, p. 8-14, jul. 2010.

PIROLO, S. N. FERRAZ, C. A.; GOMES, R. A integralidade do cuidado e ação comunicativa na prática interprofissional da terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 6, p. 1396-1402, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a17.pdf>>. Acesso em: 6 ago. 2012.

PRIMO, W. Q. S. P.; GARRAFA, V. Análise ética da revelação do diagnóstico e tratamento em pacientes com câncer genital ou mamário. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 4, p. 397-402, 2010.

_____. Estudo bioético da informação sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico de pacientes com câncer ginecológico e mamário. **Comunicação da Ciência e Saúde**, v. 18, n. 3, p. 237-248, 2007.

RAVDIN, P. M. et al. The decrease in breast-cancer incidence in 2003 in the United States. **New England Journal of Medicine**, v. 356, n. 16, p. 1670-1674, 19 abr. 2007.

REAM, E. et al. Supportive care needs of men living with prostate cancer in England: a survey. **British Journal of Cancer**, v. 98, n. 12, p. 1903-1909, jun 2008.

REED, E. et al. Quality of life and Experience of Care in Women with metastatic breast cancer: a cross-sectional survey. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 43, n. 4, p. 747-758, abr 2012.

REZENDE, M. C. R. et al. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 2, p. 75-81, 2009.

RICHARDS, M. A. et al. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. **Lancet**, v. 353, n. 9159, p. 1119-1126, 3 abr. 1999.

_____. The influence on survival of delay in the presentation and treatment of symptomatic breast cancer. **British Journal of Cancer**, v. 79, n. 5/6, p. 858-864, fev 1999.

ROSA, L. M. **A mulher com câncer de mama do sintoma ao tratamento: implicações para o cuidado de enfermagem**. 2011. 182 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

ROZENFELD, S. Mais evidências contra terapia de reposição hormonal na menopausa. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1138-1139, set/out. 2004. Editorial.

_____. Terapia hormonal para a menopausa (TH): múltiplos interesses a considerar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 437-442, mar/abr 2007.

SAINI, K. S. et al. Role of the multidisciplinary team in breast cancer management: results from a large international survey involving 39 countries. **Annals of Oncology**, v. 23, n. 4, p. 853-859, 04 ago 2012.

SALAS, D. et al. Effect of start age of breast cancer screening mammography on the risk of false-positive results. **Prevention Medical**, v. 53, n. 1/2, p. 76-81, jul/ago. 2011.

SANTOS, G. D.; CHUBACI, R. Y. S. O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2533-2540, 2011.

SCHRAMM, F. R. Bioética e comunicação em oncologia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 47, n. 1, p. 25-32, 2001.

SILVA, N. C. B.; FRANCO, N. C. B.; MARQUES, S. L. Conhecimento de mulheres sobre câncer de mama e de colo do útero. **Paidéia**, v. 15, n. 32, p. 409-416, 2005.

SILVA, R. C. F. **Evidências científicas e análise comparada de programas de rastreamento**: elementos para a discussão das condições essenciais para o rastreamento organizado do câncer de mama no Brasil. 2012. 265 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

SILVA, R. C. F.; HORTALE, V. A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: quem, como e por quê? **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 1, p. 67-71, 2012.

SILVA, R. V. G.; RAMOS, F. R. Integralidade em saúde: revisão de literatura. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 593-601, jul./set. 2010.

SMITH, R. A. et al. Cancer screening in the United States, 2010: a review of current american cancer society guidelines and issues in cancer screening. **CA Cancer Journal of Clinicians**, v. 60, n. 2, p. 99-119, mar/abr. 2010.

STJERNWARD, J.; CLARK, D. Palliative medicine: a global perspective. In: DOYLE, D.; HANKS, G. (Ed.). **Oxford textbook of palliative medicine**. 3. ed. Oxford: Oxford University Press, 2003. p. 1199-1224.

TRUFELLI, D. C. et al. A análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer da mama em um hospital público. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 1, p. 72-76, jan/fev. 2008.

UNGER-SALDAÑA, K.; INFANTE-CASTAÑ, C. Delay of medical care for symptomatic breast cancer: a literature review. **Salud Pública de México**, v. 51, p. 270-285, 2009. Suplemento 2.

VIGETA, S. M. G.; BRÊTAS, A. C. P. A experiência da perimenopausa e pós-menopausa com mulheres que fazem uso ou não da terapia de reposição hormonal. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1682-1689, nov/dez. 2004.

WANMMACHER, L.; LUBIANCA, J. N. Terapia de reposição hormonal na menopausa: evidências atuais. *Uso Racional de Medicamentos: temas selecionados*, v. 1, n. 6, p. 1-6, mai 2004. Disponível em: < http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340026948HSE_URM_TRH_0504.pdf >. Acesso em: 22 jun. 2011.

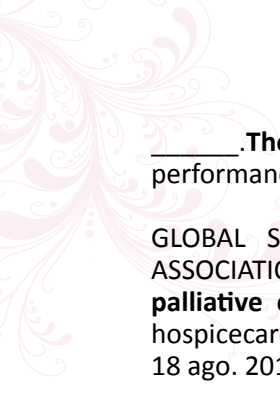
WELCH, H. G.; SCHWARTZ, L. **Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health**. Boston: Beacon Press, 2011.

WLUDARSKI, S. C. et al. HER2 testing in breast carcinoma: very low concordance rate between reference and local laboratories in Brazil. **Applied Immunochemistry & Molecular Morphology**, v. 19, n. 2, p. 112-118, mar 2011.

_____. et al. Estrogen and progesterone receptor testing in breast carcinoma: concordance of results between local and reference laboratories in Brazil. **São Paulo Medical Journal**, v. 129, n. 4, p. 236-242, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer pain relief and palliative care**. Geneva: WHO, 1990.

_____. **Cancer pain relief and palliative care**. Geneva: WHO, 2002.



_____. **The world health report 2000; health systems: improving performance.** Geneva: WHO, 2000.

GLOBAL SUMMIT OF NATIONAL HOSPICE AND PALLIATIVE CARE ASSOCIATIONS, 2., 2005, South Korea. **Declaration on hospice and palliative care.** South Korea: IAHP, 2005. Disponível em: < http://hospicecare.com/uploads/2011/8/Korea_Declaration.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2012.

ZBUK, K.; ANAND, S. S. Declining incidence of breast cancer after decreased use of hormone-replacement therapy: magnitude and time lags in different countries. **Journal of Epidemiology Community Health**, v. 66, n. 1, p.1-7, 28 jan. 2012. Doi:10.1136/jech.2008.083774



INCA NO OUTUBRO ROSA - FORTALECENDO LAÇOS PARA O CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA: AVANÇOS E DESAFIOS

Rio de Janeiro, 4 e 5 de outubro de 2012
Hotel Novo Mundo

- Objetivo geral: promover intercâmbio e debate com segmentos da sociedade envolvidos com o controle do câncer de mama sobre avanços e desafios das ações.
- Público-alvo: organizações não governamentais, movimento de mulheres, profissionais de saúde e de comunicação, parlamentares e pesquisadores.

Dia 4/10/12 – Mobilização Social para o Controle do Câncer de Mama

Objetivo: Apresentar um balanço das recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama e apontar perspectivas para ampliação da agenda de mobilização social nesta área.

8h30 às 9h – Recepção

9h às 9h45 – Mesa de Abertura:

Luiz Antonio Santini – Diretor do INCA
Lilian Marinho – Conselho Nacional de Saúde
Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher

9h45 às 11h15 – Debate: A mulher brasileira está informada sobre prevenção e detecção precoce do câncer de mama? (Discussão das recomendações 1, 2, 6 e 7)

Coord.: Mônica de Assis - Conprev / INCA
Convidado: Clarissa Thomé – Jornal O Estado de São Paulo

11h15 às 11h30 – Café

11h30 às 13h – Debate: A detecção precoce do câncer de mama tem ocorrido de forma ágil, oportuna e com qualidade? (Discussão das recomendações 3, 4, 5 e 8)

Coord.: Ronaldo Corrêa - Conprev / INCA
Convidado: Luiz Henrique Gebrim - Hospital Pérola Byington / Universidade Federal de São Paulo

13h às 14h30 – Almoço

14h30 às 15h45 – Debate: O tratamento da mulher com câncer de mama tem ocorrido em tempo adequado e com qualidade? (Discussão das recomendações 9, 10, 11 e 13)

Coord.: Carlos Frederico Lima - HCIII / INCA
Convidado: José Getúlio Martins Segalla
Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica

15h45 às 17h – Debate: O tratamento da mulher com câncer de mama tem ocorrido em ambiente acolhedor e que respeite os seus direitos? (Discussão das recomendações 12 e 14)

Coord.: Silvana Maria Aquino da Silva
HCIV / INCA
Convidada: Lilian Marinho - Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos

17h – Encerramento

**Coral Atrás da Nota
Regente Mário Assef**

mação

Dia 5/10/12 – Pesquisa em Câncer de Mama: Estado da Arte e Perspectivas

Objetivo: Apresentar um panorama da pesquisa em câncer de mama no Brasil e apontar diretrizes de articulação institucional para definição de prioridades e superação das barreiras identificadas.

9h – Abertura: Luiz Antonio Santini – Diretor do INCA

9h15 às 10h15 – Conferência

Título: A variabilidade mutacional e clonal do câncer de mama
Samuel Aparício - *British Columbia Câncer Agency* - Canadá

10h15 às 10h30 – Café

10:30 às 12h – Mesa-redonda: Qual o estado da arte e perspectivas na pesquisa básico-translacional em câncer de mama?

Coord.: Eliana Abdelhay – INCA

Pesquisa em câncer de mama familiar
Patrícia Prolla – UFRGS
Validação e caracterização funcional de novos biomarcadores em câncer de mama
Maria Aparecida Nagai – ICESP
Expressão gênica diferencial em câncer de mama - Dirce Carraro – Hospital A.C.Camargo

Debate

12h às 13h30 – Almoço

13h30 às 14h30 – Mesa-redonda: Qual o estado da arte e perspectivas na pesquisa clínica em câncer de mama?

Coord.: José Bines – HCIII / INCA

Convidados:

Auro Giglio - Professor da Faculdade de Medicina do ABC
Oncologista do Hospital Albert Einstein

Gustavo Werutsky - Serviço de Oncologia do Hospital Sao Lucas (PUC RS)
Diretor científico do Latin American Cooperative Oncology Group (LACOG)

Debate

14h30 às 16h – Mesa-redonda: Qual o estado da arte e perspectivas na pesquisa epidemiológica em câncer de mama no Brasil?

Coord.: Beatriz Jardim – Div Epid. / INCA

Convidados:

Inês Mattos – ENSP / Fiocruz
Maria Teresa Bustamante Teixeira – UFJF/MG
Ruffo de Freitas Junior – UFG/GO

Debate

16h30 – Encerramento

Este livro foi impresso em offset,
papel couché mate, 120g, 4/4.

Fonte: Calibri 11

Rio de Janeiro, outubro de 2012.



Um cuidado que vale para toda vida.



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA