

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**



**CRISTIANA ROCHA MOURA SOUZA**

**Acesso à mamografia para a detecção precoce do câncer de mama na  
Região de Saúde de Vitória da Conquista (BA)**

Vitória da Conquista

2016

Cristiana Rocha Moura Souza

**Acesso à mamografia para a detecção precoce do câncer de mama na  
Região de Saúde de Vitória da Conquista (BA)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de concentração Desenvolvimento e Políticas Públicas.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Elvira Maria G. de Seixas Maciel

Vitória da Conquista  
2016

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

S729a Souza, Cristiana Rocha Moura

Acesso à mamografia para a detecção precoce do câncer de  
mama na região de saúde de Vitória da Conquista (BA). /

Cristiana Rocha Moura Souza. -- 2016.

61 f. : tab.

Orientador: Elvira Maria G. de Seixas Maciel

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública  
Sergio Arouca, Vitória da Conquista - BA, 2016.

1. Neoplasias da Mama. 2. Programas de Rastreamento.  
3. Acesso aos Serviços de Saúde. 4. Prevenção de Doenças.  
5. Políticas Públicas de Saúde. 6. Saúde da Mulher. I. Título.

CDD – 22.ed. – 616.99449098142

Cristiana Rocha Moura Souza

**Acesso à mamografia para a detecção precoce do câncer de mama na  
Região de Saúde de Vitória da Conquista (BA)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de concentração Desenvolvimento e Políticas Públicas.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Elvira Maria G. de Seixas Maciel

Aprovada em: 13 de Abril de 2016

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dra. Elvira Maria Godinho de Seixas Maciel- ENSP/FIOCRUZ  
Orientadora

---

Dr. Adriano Maia dos Santos- UFBA

---

Dr. José Patrício Bispo Júnior -UFBA

Vitoria da Conquista  
2016

Dedico esse trabalho, inicialmente, ao Meu Grande e Poderoso Deus por ter me guiado e proporcionado a benção alcançada nesta jornada. Em seguida, à minha amada Família, que me motivou de forma efetiva para alcançar essa conquista: Meus preciosos filhos, Guilherme e Anna Carolina; meus pais, Elias e Diná; minhas irmãs, Polyana, Julyana e Luciana; meu esposo, Jimmy; meus sobrinhos, João Inácio, Yan e Anna Luíza que colaboraram dando o suporte e ânimo para a conclusão dessa jornada. E aos demais membros da família que torceram e oraram por mim.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço imensamente ao Governo Municipal de Vitória da Conquista, na pessoa de Dr. Guilherme Menezes, atual gestor, pela sensibilidade e pela oportunidade única em participar desse Mestrado Profissionalizante em Direito e Saúde.

Agradeço especialmente à Professora Maria Helena Barros de Oliveira que abraçou esse projeto e nos proporcionou um curso de excelente qualidade. Os meus sinceros agradecimentos aos demais docentes da ENSP pelo desempenho brilhante e pela riqueza de conhecimentos transmitidos.

Agradeço à minha orientadora Elvira Maciel pela dedicação, acolhida e paciência na condução deste trabalho.

Agradeço aos diretores do Instituto Multidisciplinar em saúde- UFBA e da Fundação de saúde de Vitória da Conquista que entenderam a importância do curso e permitiram a minha participação.

Agradeço, por fim, a todos os amigos e colegas, que direta ou indiretamente fazem parte dessa conquista. A todos,

**Muito Obrigada.**

## RESUMO

No Brasil, o câncer de mama é o tipo de câncer mais incidente e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres. A medida de controle preconizada para a detecção precoce da doença é a realização de mamografias em mulheres assintomáticas. Como a detecção precoce do câncer de mama pode reduzir a mortalidade e proporcionar um melhor prognóstico, a proposta do trabalho é estudar o acesso à mamografia na região de saúde de Vitória da Conquista. Trata-se de um estudo descritivo do tipo ecológico, retrospectivo. Foram considerados os exames de mamografia realizado pelo SUS na população feminina de 50 a 69 anos de idade residentes nos municípios da região de saúde de Vitória da Conquista no período de 2013 e 2014, registrados no SIA/SUS e no SISMAMA. Três grupos de indicadores foram considerados: de “oferta,” de “cobertura” e de “adequação e oportunidade do diagnóstico”. Constatou-se neste estudo, quanto ao acesso à mamografia para a detecção precoce do câncer de mama na região de saúde de Vitória da Conquista disponibilizados pelo SUS no período de 2013 e 2014 têm como principais características o aumento da oferta de exames de mamografias, expansão da cobertura da população alvo e ampliação da oportunidade diagnóstica.

Palavras-chaves: Neoplasias de mama. Programas de rastreamento. Prevenção de doenças. Políticas públicas em saúde. Saúde da Mulher. Acesso aos serviços de saúde.

## **ABSTRACT**

In Brazil, breast cancer is the most incident kind of cancer and the most frequent cause of deaths caused by cancer in women. The control measure recommended to the early diagnosis this kind of disease is to realize mammograms in women without symptoms. The early diagnostic of breast cancer can reduce the mortality and provide a better prognostic. So, the propose of this research is to study the access to realize mammography in the Heath Region of Vitória da Conquista. It is a descriptive ecological study, retrospective. Were considered mammography exams realized by SUS in female population between 50 and 69 years old that lives in Health Region Towns from Vitória da Conquista between the years 2013 and 2014, registered in the SIA/SUS and SISMAMA Systems. Three groups of indicators were considered: “offer”, “coverage” and “adequacy and diagnosis opportunity”. It was found in this study, about the access of the preventive exams to earlier detect the breast cancer in the Health Region of Vitória da Conquista that the SUS offered between the years 2013 and 2014 has as main feature the increased supply mammography exams, coverage of the population target expansion and the increase of the diagnostic opportunity.

**Keywords:** Breast Neoplasms. Tracking programs. Prevention of diseases. Public health policies. Women's health. Access to health services.



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b> Distribuição do número de Mamógrafos cadastrados no CNS para atendimento pelo SUS na Região de Saúde de Vitória da Conquista em 2013 e 2014.....	39
<b>Tabela 2 -</b> Distribuição da população feminina de 50 a 69 anos SUS dependente da Região de Saúde de Vitória da Conquista, censo 2010.....	40
<b>Tabela 3 -</b> Mamógrafos necessários para a região de saúde de Vitória da Conquista(BA), censo 2010.....	42
<b>Tabela 4 -</b> Índice de cobertura mamográfica da população-alvo dos municípios da região de saúde de Vitória da Conquista (BA), 2013.....	43
<b>Tabela 5 -</b> Índice de cobertura mamográfica da população-alvo dos municípios da região de saúde de Vitória da Conquista (BA), 2014.....	44
<b>Tabela 6-</b> Proporção de mamografias feitas em Vitória da Conquista em 2013 e 2014.....	45
<b>Tabela 7 -</b> Distribuição das mamografias segundo Categoria BI-RADS realizadas em mulheres de 50 a 69 anos pelo SUS, em 2013, Região de Saúde de Vitória da Conquista.....	48
<b>Tabela 8 -</b> Distribuição das mamografias segundo Categoria BI-RADS realizadas em mulheres de 50 a 69 anos pelo SUS, em 2014, Região de Saúde de Vitória da Conquista.....	48
<b>Tabela 9 -</b> Distribuição das mamografias realizadas pelo SUS por município segundo a classificação BI-RADS, 2013, região de saúde de Vitória da Conquista.....	49
<b>Tabela 10 -</b> Distribuição das mamografias realizadas pelo SUS por município segundo a classificação BI-RADS, 2014, região de saúde de Vitória da Conquista.....	50

## **LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1</b> - Condutas para o controle do câncer de mama.....	20
<b>Quadro 2</b> - A organização da linha de cuidado para o câncer de mama e as atribuições de cada nível de atenção.....	31
<b>Quadro 3</b> - Percurso das mulheres para a realização de mamografia por local de atendimento e registro no sistema de informações.....	32
<b>Quadro 4</b> - Classificação do sistema BI-RADS.....	47

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Modelo de acesso à mamografia.....29
- Figura 2** – Índice de cobertura mamográfica da população-alvo dos municípios da região de saúde de Vitória da Conquista (BA) nos anos de 2013 e 2014.....44
- Figura 3** – Variação de proporções de mamografias dos municípios da região de Vitória da Conquista (BA) saúde realizados no município nos anos de 2013 e 2014...46

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BI-RADS	<i>Breast Imaging Reporting and Data System</i>
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS	Sistema de Informação do SUS
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
PAISM	Política Nacional de Atenção Integral à saúde da mulher
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama do SUS
SUS	Sistema Único de Saúde
UNACON	Unidade de Assistência de alta complexidade em oncologia

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>16</b>
2.1. CÂNCER DE MAMA .....	16
2.2. RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA.....	18
2.3. POLÍTICAS PÚBLICAS DA SAÚDE DA MULHER .....	22
2.4. ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	28
2.5. A REGIÃO DE SAÚDE DE VITÓRIA DA CONQUISTA E SUAS CARACTERÍSTICAS RELACIONADOS AO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA .....	33
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>34</b>
3.1. OBJETIVO GERAL.....	34
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	34
<b>4. METODOLOGIA .....</b>	<b>35</b>
4.1. TIPO DE PESQUISA.....	35
4.2. LOCAL DE ESTUDO .....	35
4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	35
4.4. INSTRUMENTO DE EXTRAÇÃO DE DADOS.....	36
4.5. PROCEDIMENTOS .....	37
4.6. ANÁLISE DOS DADOS.....	37
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>39</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>53</b>
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>56</b>
<b>8. ANEXO A:DISPENSA DE AUTORIZAÇÃO DO CEP ENSP/FIOCRUZ.....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXO B: AUTORIZAÇÃO DO PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....</b>	<b>61</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama pode ser definido como um grupo heterogêneo de doenças. O sintoma mais comum é o aparecimento de um nódulo ou mais nódulos palpáveis e, em grande parte das vezes, estes só são percebidos ao exame clínico, à palpação das mamas, em estágios mais avançados da doença. Quando detectado precocemente, alguns tipos de câncer de mama apresentam bom prognóstico e quando há tratamento adequado e oportuno há redução da mortalidade. É o tumor que mais ocorre na população feminina. No Brasil é o tipo de câncer mais incidente em mulheres e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres. Como medida de controle para a detecção precoce da doença é realizado o rastreamento mamográfico em mulheres assintomáticas. Diversos trabalhos têm sido feitos sobre os muitos aspectos que compõem a realidade desse problema de saúde no país.

Marchi *et al.* (2006) relatam que aumentos de incidência e mortalidade de mulheres no Brasil relacionadas ao câncer de mama ocorrem principalmente devido ao retardo no diagnóstico e início tardio do tratamento. Neste estudo, cerca da metade das mulheres com câncer de mama usuárias de serviços públicos negavam o rastreio prévio por mamografia, apesar do rastreamento ser recomendado a partir do documento de consenso para o controle do câncer de mama de 2004, que associava a redução da mortalidade à detecção precoce da doença por meio da mamografia.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) em 2016 estima, para o biênio 2016/2017, o aparecimento de 57.960 casos novos de câncer de mama feminino. Este tipo de câncer representa a quinta causa de morte por câncer em geral e a mais frequente de morte por câncer em mulheres.

Segundo Oliveira (2011) houve uma expansão da cobertura mamográfica no país entre 2003 e 2008 devido ao aumento da oferta na rede pública e conveniada, a maior distribuição dos equipamentos no território e o aumento de renda nesse período influenciado pelo crescimento da economia e a política de inclusão social. A ampliação do acesso foi mais substancial na faixa etária de 50 a 69 anos que corresponde àquela definida como população-alvo pela política de rastreamento de câncer de mama.

Azevedo e Silva *et al.* (2014) evidenciaram uma baixa cobertura de mamografias na população alvo com valores bem inferiores aos de países que possuem programas de rastreamento de base populacional organizados como a Inglaterra. Esta conclusão foi

baseada na observação do nível de implementação das recomendações para o controle do câncer de mama no Brasil através da análise dos dados dos sistemas de informações do Sistema Único de Saúde (SUS) de 2010. Porém verificou-se uma leve tendência a uma maior cobertura na população feminina de 50 a 69 anos em relação às demais faixas etárias que pode refletir a adesão às recomendações de rastreamento do Ministério da Saúde (MS). Além disso, os autores concluíram que existem desigualdades regionais no acesso à detecção precoce e à cirurgia.

Para Renck *et al.* (2014), os níveis de mortalidade pelo câncer de mama ainda encontrados no país devem-se ao retardo no diagnóstico e na introdução de tratamento oportuno, apresentando taxas de mortalidade superiores ao de países desenvolvidos. Os autores constataram a associação entre a maior distância até o mamógrafo mais próximo e a não realização de mamografia e concluem pela inexistência de equidade no acesso ao rastreamento do câncer de mama.

Para Kurschnir e Silva (2015), as barreiras do acesso ao rastreamento até o diagnóstico definitivo acarretam prejuízos para as pacientes e aumenta os gastos do sistema de saúde, uma vez que a maior parte dos diagnósticos de câncer de mama no SUS sejam feitos em estágios avançados, expondo a paciente a cirurgias não conservadoras e tratamento agressivos, com pior prognóstico e maior sofrimento para as mulheres e familiares.

Com base nas citações dos autores acima, constata-se que o câncer de mama é um grave problema de saúde pública do país, responsável pela morte de um número significativo de mulheres, justificando-se atenção especial dos gestores do sistema de saúde no sentido de concentrar esforços nas ações preventivas de rastreamento, buscando garantir o acesso aos exames preventivos para a detecção precoce do câncer de mama, analisar a eficiência das medidas implementadas e subsidiar propostas de intervenção visando à redução da mortalidade e à melhoria da qualidade de vida.

Associando o acesso aos exames preventivos para a detecção precoce do câncer de mama ao Direito à Saúde, sabemos que a Constituição Federal (CF) de 1988, na Seção II, Art. 196, afirma que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” Cabe, ainda, lembrar a Lei Orgânica da Saúde, Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta a implantação do SUS, tendo como princípios básicos: a universalidade do acesso a saúde; a integralidade que envolve os três níveis de

atenção; descentralização e redistribuição das responsabilidades entre as três esferas de gestão; participação popular na elaboração e execução de políticas públicas de saúde em cada nível de governo.

Em relação às ações preventivas para a detecção precoce do câncer de mama, foram elaboradas políticas públicas, documentos de pactuação e consenso buscando um controle efetivo e redução da mortalidade por essa doença.

Considerando-se a detecção precoce do câncer de mama importante para um prognóstico mais favorável, maior possibilidade de cura, menor mutilação, maior expectativa e qualidade de vida, justifica-se conhecer a prática e a abordagem preventiva e de detecção precoce do câncer de mama para contribuir na melhoria do acesso à mamografia como exame preventivo do câncer de mama na região de saúde de Vitória da Conquista (Bahia), a partir de um levantamento de dados no sistema de informações do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e o SISMAMA. O SISMAMA é “um subsistema de informação do SIA/SUS instituído pelo Ministério da Saúde para monitoramento das ações de detecção precoce do câncer de mama (Portaria nº 779/SAS, dezembro de 2008).” (INCA/MS, 2010)

Assim, partindo do pressuposto de que o câncer de mama é um problema de saúde pública impõe-se a necessidade de constatar o avanço na implementação dessas políticas públicas do controle de câncer de mama na região de saúde de Vitória da Conquista para uma comparação com a realidade nacional e de analisar a efetividade dessas ações na região visando subsidiar propostas de intervenção. O presente estudo parte da seguinte pergunta: Quais as características do acesso à mamografia no SUS para a detecção precoce do câncer de mama na região de saúde de Vitória da Conquista - Bahia?

Decidiu-se utilizar os dados referentes ao ano de 2013 e 2014, porque eram, ao início da investigação, os mais recentes registrados no sistema de informações do SIA/SUS e SISMAMA, acessíveis para uma primeira análise da atenção à saúde da mulher entre 50 a 69 anos no que diz respeito ao câncer de mama.

O estudo tem como cenário a região de saúde de Vitória da Conquista, composta por 19 municípios localizados no Sudoeste da Bahia. Tem como município polo ou município sede, Vitória da Conquista, referência em saúde para procedimentos de maior complexidade não encontrados em todos os municípios da região.

O interesse por este problema de investigação partiu da percepção, como profissional de saúde e servidora pública municipal desde 2009, atuando como



farmacêutica-bioquímica responsável pelo setor de Bioquímica, Hormônios e Marcadores Tumoriais do Laboratório Central de Vitória da Conquista. Realizando exames para apoio diagnóstico e acompanhamento de pacientes, tive a oportunidade de observar que alguns casos da doença são detectados em estágios avançados, embora sejam preconizadas medidas para rastreamento e detecção precoce da doença.

O estudo foi estruturado da seguinte forma: inicia-se com uma abordagem referente ao câncer de mama (conceitos, definições e epidemiologia), o rastreamento do câncer de mama, as políticas públicas da saúde da mulher, o acesso aos serviços de saúde e a região de saúde de Vitória da Conquista e suas principais características. Em seguida a apresentação das referências teóricas, temos os objetivos. Há um capítulo dedicado à metodologia utilizada no estudo. Optamos por apresentar os resultados e, simultaneamente, fazer a discussão dos achados. Foram feitas algumas considerações finais ou conclusões, apresentando reflexões acerca das limitações e potencialidades do estudo, além de perspectivas que foram surgindo durante o seu desenvolvimento.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

Como a detecção precoce do câncer de mama pode reduzir a mortalidade e proporcionar um melhor prognóstico, e considerando que este mestrado profissionalizante está relacionado aos temas direito e saúde, a proposta foi analisar o acesso à mamografia na Região de Saúde de Vitória da Conquista na perspectiva da garantia do direito à saúde. Assim, era necessário observar a distribuição de oferta do exame, a cobertura populacional e a oportunidade do diagnóstico precoce. Buscou-se abordar na fundamentação teórica trabalhos relevantes não só para a contextualização do tema proposto, como para evidenciar a importância das ações de prevenção e detecção precoce no prognóstico da população-alvo. Assim, acerca do tema “câncer de mama”, abordou-se a epidemiologia da doença, aspectos relacionados ao diagnóstico (critérios), fatores de riscos, medidas preventivas e de rastreamento do câncer de mama, políticas públicas de saúde da mulher sobretudo as relacionadas ao acesso às ações e serviços de saúde e as características da Região de Saúde de Vitória da Conquista.

### 2.1. CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama é um problema de saúde pública e por isso há a necessidade de priorizar ações de prevenção e controle. Para o ano de 2016/2017 são estimados 596 mil novos casos de câncer, sendo que 57.960 casos novos serão de câncer de mama feminino, sendo o tipo mais frequente em mulheres das regiões Sudeste, Sul, Centro-Oeste e Nordeste, desconsiderando os tumores de pele não-melanoma, segundo a previsão do INCA. É o tipo de câncer mais incidente em mulheres, representando 28% do total das neoplasias, sendo a quinta causa de morte por câncer em geral e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres. (INCA,2015)

Além disso, é uma doença de importância para a saúde pública mundial, demandando atenção da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o desenvolvimento de medidas para a promoção do seu diagnóstico precoce, visando a diminuição da morbidade e mortalidade. (GURGEL, 2011)

A mudança no perfil sócio-demográfico da população brasileira com o aumento de pessoas idosas tem acarretado uma alteração importante no perfil de morbimortalidade,

com a diminuição da proporção de mortes por doenças infectocontagiosas e o crescimento das causadas por doenças crônicas degenerativas.

Constituído por um grupo não homogêneo de doenças, o câncer de mama, tem como sintoma mais comum o aparecimento de um nódulo geralmente indolor, duro e irregular. As ações de prevenção, promoção, detecção precoce e avanços no tratamento da doença tem contribuído para a melhoria da sobrevida das pacientes em países desenvolvidos nas últimas décadas. (AZEVEDO, 2014)

Os fatores de risco para a ocorrência do câncer de mama estão relacionados ao histórico familiar (há aspectos genéticos implicados), menarca precoce, menopausa tardia, idade avançada para a primeira gestação, não ter amamentado, nuliparidade, uso de contraceptivo oral, terapia de reposição hormonal e exposição à radiação ionizante, além de hábitos de vida não saudáveis como tabagismo e obesidade. (RENCK, 2014)

A detecção precoce dessa neoplasia pode reduzir a mortalidade, promover o aumento da sobrevida das pacientes, com maior possibilidade de cura, menor mutilação e melhor qualidade de vida. O método diagnóstico mais efetivo para detectar lesões iniciais é a mamografia, e a possibilidade de detecção precoce associa-se a um melhor prognóstico. O rastreamento do câncer de mama em mulheres com 50 anos ou mais pode reduzir a mortalidade em até 45%. (NOVAES, 2009).

Como medidas preventivas para o diagnóstico de lesões em estágios iniciais são recomendados: o autoexame mensal das mamas, o exame clínico anual das mamas realizado por um profissional de saúde e o exame radiológico das mamas ou mamografia que é indicada segundo critérios que levam em conta a idade e os fatores de risco da paciente. (RENCK, 2014) O autoexame é realizado pela própria mulher. O exame clínico das mamas, realizado por médico ou enfermeiro habilitado, pode detectar tumores superficiais de até 1 cm. A mamografia é o exame radiológico das mamas capaz de detectar lesões em estágio inicial, feito num equipamento chamado mamógrafo, e é considerada um importante método de detecção precoce com um valor significativo na redução da mortalidade pelo câncer de mama.

## 2.2. RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

Os programas de rastreamento do câncer de mama são importantes para a detecção precoce da doença e estão associados à redução de mortalidade. A realização da mamografia é recomendada para rastreamento de mulheres assintomáticas, avaliação diagnóstica, acompanhamento de mulheres sintomáticas e monitoramento de grupos de alto risco. (OLIVEIRA, 2011)

O rastreamento por mamografia é recomendado por políticas nacionais de saúde pela importância da detecção precoce para um melhor prognóstico. Nos países europeus, Estados Unidos e Canadá, o rastreamento mamográfico foi introduzido no fim dos anos 80, após ter sido associado, através de um estudo, à redução de 20 a 30% na mortalidade. (AZEVEDO, 2014)

O rastreamento na União Européia é recomendado para mulheres de 50 a 69 anos, com intervalo de dois anos e, no Reino Unido e Malta, com intervalo de três anos. Nos Estados Unidos o rastreamento é recomendado em mulheres de 50 a 74 anos bienalmente (OLIVEIRA, 2011).

Na América Latina, o rastreamento foi implantado na última década por alguns países. No Brasil, desde 2004, o Ministério da Saúde recomenda o exame clínico anual das mamas a partir dos 40 anos em mulheres assintomáticas e o rastreamento por mamografia é preconizado para mulheres de 50 a 69 anos, sendo o exame realizado a cada dois anos. (AZEVEDO, 2014) As recomendações para mulheres do grupo de risco com história familiar são o exame clínico de mamas e a mamografia anual a partir dos 35 anos.

No Brasil, o câncer de mama é o principal tipo de neoplasia que afeta as mulheres e a estratégia de rastreamento foi implantada buscando o benefício da redução da mortalidade. Na medida em que as ações alcançarem a população alvo, espera-se que o diagnóstico seja feito de forma mais precoce, identificando a doença antes do aparecimento dos sintomas através da mamografia. As evidências do impacto do rastreamento na mortalidade reforça sua adoção como política nacional de saúde.

“O rastreamento envolve a aplicação sistemática de um método para um câncer específico numa população assintomática, a fim de detectar e tratar o câncer ou pré-cânceres antes que se tornem uma ameaça para o bem-estar do indivíduo ou da comunidade”.

(CONITEC, 2015)

O programa de rastreamento é feito com a utilização de um “teste eficaz” aplicado a mais de 70% da população alvo – a mamografia. Para que ele se efetive é

preciso disponibilizar a infraestrutura e os recursos necessários para a oferta do exame periodicamente e o tratamento quando necessário, além de possuir os mecanismos de acompanhamento sistemático e os serviços complementares para encaminhamento dos casos de câncer identificados pelo rastreamento. O estabelecimento de um fluxo organizado possibilita uma melhor relação custo efetividade e provoca menos danos devido evitar exposição e tratamento desnecessários.

As estratégias para o rastreamento do câncer estão relacionado a um compromisso de saúde pública e envolvem disponibilidade, adequação, qualidade e organização do sistema de saúde. A relação entre benefício e risco ou dano deve ser analisada com base nas evidências científicas que orientam o uso da mamografia e a faixa etária na qual ela deve ser recomendada.

A Organização Mundial de Saúde recomenda a organização de um programa de rastreamento com mamografia em um sistema de saúde que apresenta as condições necessárias para que o procedimento seja realizado com segurança e no qual existam estratégias definidas para a tomada de decisões. Estipula o intervalo de dois anos entre cada mamografia de rastreamento. Para a implementação do programa de rastreamento, a OMS apresenta como critérios (CONITEC,2015):

- a) Realização de estudos piloto para comprovar a viabilidade, a relação custo-benefício e a oferta;
- b) Coordenação das atividades desde o planejamento até a implantação do programa no país, com equipe responsável pela prestação do serviço, garantia da qualidade e avaliação;
- c) Um sistema de saúde bem organizado com planejamento para as ações e serviços para o controle do câncer em uma estratégia nacional;
- d) Protocolos validados para todas as fases do rastreamento, abordando a captação da população alvo, realização do exame, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos;
- e) Adesão a diretrizes de garantia de qualidade técnica e profissional do rastreamento com atualização baseada em evidências;
- f) Garantia da qualidade e sistema de informações para todo o processo de rastreamento, para acompanhar e avaliar todas as etapas do programa;
- g) Avaliação contínua da atividade e do impacto dos resultados do programa comparando com os padrões nacionais e internacionais do processo e indicadores de resultados para monitoramento;

h) Disponibilidade de recursos organizacionais e financeiros necessários para a manutenção de todas as fases do programa relacionados a equipamentos, infraestrutura e equipe treinada.

O rastreamento pode ser oportunístico quando o exame é ofertado as mulheres que procuram às unidades de saúde, ou de base populacional, quando o exame é dirigido às mulheres da população alvo que são recrutadas para a realização periódica do exame. Em países desenvolvidos, a cobertura de pelo menos 70% da população alvo pode reduzir a mortalidade em 20 a 30% em mulheres acima de 50 anos. (Oliveira, 2011) O modelo adotado pelo em grande parte do Brasil é o rastreamento oportunístico.

Os resultados das mamografias são padronizados conforme a Categoria BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System) desenvolvido pelo Colégio Americano de Radiologia e recomendado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia, com a finalidade de padronizar os laudos e orientar os médicos para os seguimentos das lesões, diminuindo a subjetividade dos laudos. Utiliza categorias de 0 a 6 padronizadas para os achados e aponta as condutas necessárias: a depender do tipo de lesão encontrada, é recomendada uma investigação diagnóstica complementar para seguimento.

Para monitoramento do programa de rastreamento, podem ser utilizados indicadores como cobertura da população alvo, indicador de oferta, indicador de oportunidade, sendo que a redução da mortalidade é o que melhor avalia o impacto das ações de controle do câncer de mama, porém seus resultados são sentidos a longo prazo.

**Quadro 1** - Condutas para o controle do câncer de mama

Categoria BI-RADS	Interpretação	Risco de Câncer	Recomendação
0	Inconclusivo	-	Avaliação adicional.
1	Benigno	0,05%	Acompanhamento de rotina
2	Geralmente benigno	0,05%	Acompanhamento de rotina
3	Provavelmente benigno	até 2%	Seguimento em unidade secundária: 2 controles semestrais e seguidos de 2 anuais
4	Provavelmente suspeito	>20%	Encaminhado à unidade secundária: Biópsia
5	Provavelmente maligno	>75%	Encaminhado à unidade secundária: Biópsia
6	Lesão maligna comprovada	100%	Encaminhado para tratamento

Fonte: Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do câncer de mama, INCA, 2010

Foi desenvolvido em 2009, em parceria entre o INCA e o DATASUS, o *software* do SISMAMA, que registraria todos os exames de mamografia feitos pelo SUS, incluindo biópsias e os encaminhamentos de um resultado alterado. Essa ferramenta eletrônica de gestão pode contribuir para apoiar ações mais eficazes para o controle da doença, ao construir uma base de dados importante, padronizando a coleta de dados sobre o rastreamento, o diagnóstico e o tratamento de câncer de mama em todo país.

Os serviços públicos ou os prestadores contratados pelo SUS que ofertam o exame de mamografia e as coordenações de saúde da mulher nos níveis municipal e estadual, deveriam registrar no SISMAMA as solicitações de mamografias de rastreamento ou diagnóstica, o resultado de exames padronizado com base no sistema BI-RADS e os resultados dos exames citopatológicos e histopatológicos de mama.

No SIA/SUS é gerado um Boletim de Produção Ambulatorial pelo serviço que prestou o exame, e este boletim é necessário para o recebimento de remuneração pelo serviço prestado. As informações epidemiológicas são encaminhadas para a secretaria de saúde que deveriam aportar esse conteúdo no SISMAMA – esta passagem dos dados para o SISMAMA constitui etapa importante para a construção de uma série de indicadores. (AZEVEDO, 2014)

Importante ressaltar que o rastreamento depende do atendimento na atenção básica onde devem ser feitos o exame clínico das mamas, a solicitação da mamografia para a população alvo ou, quando necessário, é para onde a paciente retornaria com o resultado do exame para avaliação do médico que fez o encaminhamento. O acesso e a avaliação nas unidades de nível de complexidade secundária como as que realizam o exame de mamografia e demais exames complementares e, ainda, na alta complexidade que realiza o tratamento cirúrgico, quimioterápico, radioterápico, acompanhamento clínico e os cuidados paliativos têm como foco a detecção e a confirmação diagnóstica das lesões em fases iniciais, para o encaminhamento oportuno ao tratamento.

A faixa etária recomendada para rastreamento para a mamografia é, conforme foi visto, de 50 a 69 anos. Porém a Lei nº11.664 de 1998 assegura a realização de mamografias no SUS a todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade. Tal divergência quanto a faixa etária é motivo de discussões, porque na faixa de 40 a 49 anos só é recomendada a mamografia diagnóstica, exceto naqueles casos em que há histórico familiar condizente com a realização do procedimento a partir dos 35 anos.

Além da oferta da mamografia, é importante a qualidade na realização e a confiabilidade no resultado desse exame. Trata-se de um procedimento que requer

medidas de proteção tanto para a usuária como para o profissional de saúde pelo risco associado à exposição à radiação ionizante. Nesse sentido é importante a manutenção contínua do equipamento, a disponibilidade de insumos, e o treinamento da equipe para a leitura das imagens, confecção dos laudos que devem seguir a classificação do sistema BI-RADS como forma de padronização.

Para a garantia da qualidade da mamografia, a Portaria 453/98 do Ministério da Saúde trata da implantação das ações de controle de qualidade para todos os serviços de mamografias do país. O Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM) foi criado em Março/2012 pela Portaria 531/MS com o objetivo de garantir a dose de radiação, a qualidade da imagem produzida e da interpretação radiológica das mamografias realizadas em todos os serviços do país, e essa qualificação, quando alcançada, deve ser afixada em local visível para as usuárias.

Foi na década de 70 que o Brasil teve os primeiros mamógrafos em operação nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. A quantidade de equipamentos tem aumentado no país, porém tem-se barreiras devido à distribuição geográfica desigual, heterogeneidade na qualidade dos equipamentos (alguns apresentam defeitos), deficiência de recursos humanos e falta de insumos. Estes fatores limitam a ampliação da oferta.

### 2.3. POLÍTICAS PÚBLICAS DA SAÚDE DA MULHER

A saúde garantida como direito de todos e dever do Estado foi reconhecida na Constituição Federal de 1988, não apenas como acesso a ações e serviços de saúde, mas como resultado de políticas públicas, sociais e econômicas, que visam a redução de risco de doenças e agravos.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº8.080/90) dispõe e regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, da rede pública e privada, submetidos à normatividade do Poder Público. Dispõe a saúde como um direito fundamental do ser humano e o dever do Estado em garantir mediante elaboração e execução de políticas públicas, e ao estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde desde a prevenção à recuperação.

Tem-se, hoje, uma concepção de saúde, que implica não só as causas e efeitos em uma relação de causalidade linear e específica. Por isso, as políticas sociais e econômicas da saúde individual ou coletiva devem atuar sobre os fatores condicionantes



e determinantes tais como a alimentação, a moradia, o trabalho, a educação, o saneamento básico, o transporte, o meio ambiente, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

A implantação do SUS, em 1990, representou mudanças significativas na organização dos serviços de saúde no país, tendo princípios básicos: universalidade do acesso aos serviços de saúde a todos os cidadãos nos três níveis de atenção à saúde; descentralização e redistribuição das responsabilidades nas três esferas de governo; participação popular na elaboração e execução das políticas públicas de saúde em cada nível de governo.

A política pública é o campo de saberes e práticas que ampara o governo na formulação de planos, programas, projetos que, após implementação, devem ser submetidos a acompanhamento e avaliação. O ciclo das políticas não só passa por diversas etapas deliberativas como deve constituir um processo dinâmico. Tem os seguintes estágios: definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação de opções, seleção das opções, implementação e avaliação (HOCHMAN, 2007). Após a avaliação, o ciclo reinicia-se com uma nova fase de definição de agenda e alternativas, seleção de opções etc.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) de 1984 foi o primeiro a tratar de ações do câncer de mama no Brasil, apesar do foco principal ser o período gravídico puerperal. Já se reconhecia o papel fundamental da mulher no núcleo familiar e sua crescente participação no mercado de trabalho. O câncer de mama apresentava altas taxas de morbimortalidade devido às baixas coberturas dos serviços com relação à detecção precoce e às dificuldades de acesso aos serviços de diagnóstico e tratamento. Os exames recomendados eram o auto exame e o exame clínico das mamas realizado por profissionais de saúde. Teve como uma das diretrizes, a implantação ou ampliação das atividades de identificação e controle do câncer cérvico uterino e de mama.

Os programas, até a década de 70, abordavam as demandas relativas à gravidez e ao parto, e preconizavam a adoção de ações voltadas para a população materno-infantis como estratégia de proteção de um grupo considerado de risco ou de maior vulnerabilidade: as crianças e as gestantes. O PAISM trouxe uma mudança nos princípios norteadores da saúde da mulher, incorporou como princípios e diretrizes a descentralização, a hierarquização, a regionalização dos serviços, a equidade e integralidade da atenção, com a influência do movimento da reforma sanitária que esteve também na base das discussões do campo da saúde coletiva e da formulação do SUS. Abordando ações preventivas, diagnósticas, tratamento, recuperação e ações educativas

na assistência à mulher em temas clínico-ginecológicos, pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama. Este programa foi influenciado pela nova política de saúde do SUS, o processo de municipalização e pela implantação da estratégia da saúde da família na atenção básica (BRASIL,1984)

A política nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher de 2004 ressalta a dificuldade de definição de prioridades devido à amplitude da agenda da atenção à saúde integral da mulher, da heterogeneidade do perfil epidemiológico das regiões brasileiras e a desigualdade no acesso às ações e serviços de saúde. Tais variações devem ser consideradas na formulação das políticas públicas. As ações propostas com relação à Saúde da Mulher contemplam as lacunas relacionadas à atenção ao climatério, às queixas ginecológicas, à infertilidade, reprodução assistida, à saúde da mulher na adolescência, às doenças crônico-degenerativas, à saúde ocupacional e mental, as doenças infectocontagiosas e a violência sexual e doméstica.

As principais causas de morte feminina nesse período eram as doenças cardiovasculares; entre as neoplasias, principalmente o câncer de mama, pulmão e de colo de útero, as doenças do aparelho respiratório; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (destacando o diabetes) e as causas externas. Em relação ao câncer de mama, observa-se que a mudança de hábitos relacionados ao tabagismo, uso de álcool, obesidade e sedentarismo podem reduzir o risco. E ressalta a importância da detecção precoce para uma melhor perspectiva e qualidade de vida, mas sabem-se que em grande parte dos casos o diagnóstico e início do tratamento são tardios.

A política de atenção à saúde da mulher (2011) contemplou as mulheres em todos os ciclos da vida, atendendo as necessidades especiais de cada faixa etária e determinados grupos (mulheres negras, indígenas, residentes da zona rural e urbana, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência e outras). O principal objetivo continua a ser o de contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil e a melhoria na qualidade de vida mediante a ampliação do acesso as ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde.

Em relação às neoplasias, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade, propôs-se organizar, a partir de municípios polos de microrregiões, redes de referência e contra referência para o diagnóstico e tratamento de câncer de colo uterino e de mama, visando ainda à garantia da reconstrução mamária das mulheres submetidas à mastectomia - garantindo o cumprimento da lei federal nº 12.802/2013.

Diante da necessidade de definir estratégias para o controle do câncer, em 2004, foi elaborado um documento de consenso com recomendações para a prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos do câncer de mama, produzido por uma oficina de trabalho que envolveu técnicos, gestores, pesquisadores e representantes da sociedade científica e de entidades de defesa dos direitos da mulher. A partir da publicação deste documento, as ações governamentais têm se concentrado em ofertar a população o acesso aos exames em quantidade e qualidade adequadas para a detecção precoce dessa doença.

Em relação a prevenção, a recomendação é de que as ações visem os fatores de risco, principalmente tabagismo e obesidade, visando à promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis.

Para a detecção precoce, as recomendações do Consenso 2004 foram as seguintes:

- Rastreamento por meio do exame clínico de mama, para todas as mulheres a partir de 40 anos, realizado anualmente. Este procedimento faz parte do atendimento integral à saúde da mulher realizado em todas as consultas clínicas independentemente da faixa etária;
- Rastreamento por mamografia nas mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, com o intervalo de dois anos entre os exames;
- Exame clínico da mama e mamografia anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres que possuem fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama;
- Garantia de acesso às ações e serviços de diagnóstico, tratamento e seguimento para as mulheres que apresentarem resultados alterados.

No documento de Consenso de 2004 foram definidas como mulheres pertencentes ao grupo com risco elevado de desenvolvimento do câncer de mama:

- Histórico familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, com menos de 50 anos de idade;
- Histórico familiar de pelo menos um parente de primeiro grau com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de mama, independente da idade;
- Histórico familiar de câncer de mama masculino;
- Diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ. (BRASIL, MS, 2004)

As recomendações para o diagnóstico precoce do câncer de mama são a realização do exame clínico das mamas por profissional de saúde durante exame clínico

no qual deve se basear a solicitação de exames complementares; a ultrassonografia para lesões palpáveis em mulheres com menos de 35 anos e a mamografia para as que têm mais de 35 anos; para confirmação de lesões suspeitas é recomendado o exame citológico feito por punção aspirativa com agulha fina, ou histológico pela punção de agulha grossa ou a biópsia cirúrgica convencional.

Para as lesões não-palpáveis, as recomendações para o diagnóstico seguem o sistema BI-RADS publicado pelo Colégio Americano de Radiologia e recomendado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia.

Em relação às recomendações para o SUS destacam-se: a implantação do rastreamento mamográfico com garantia do diagnóstico, acesso ao tratamento e seguimento das mulheres com alguma alteração; estruturação da rede de saúde com implantação de normas técnico-operacionais e definição dos fluxos de assistência; implantação do sistema de informações nos serviços de mamografia que atendem pelo SUS; criar os indicadores e parâmetros para avaliação da oferta de serviço em todos os níveis de atenção; criar mecanismos de controle de qualidade para o credenciamento e acompanhamento dos serviços que realizam o exame pelo SUS.

No Pacto pela Saúde (2006), os gestores do SUS assumiram um compromisso de priorizar as necessidades de saúde da população que integram o Pacto pela vida, o Pacto em defesa do SUS e o Pacto da gestão do SUS. O Pacto pela vida teve com uma das prioridades estabelecidas por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais, contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo de útero e de mama, tendo como meta a ampliação para 60% da cobertura de mamografia e a realização da punção nos 100% dos casos necessários (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (2013) definiu as competências dos níveis de gestão do SUS - federal, estadual e municipal. A competência para organizar as redes de atenção à saúde de pessoas com doenças crônicas é compartilhada pelos três níveis. Seu objetivo é reduzir a mortalidade e a incapacidade causadas pelo câncer e contribuir na melhoria da qualidade de vida, ao garantir o acesso às ações de prevenção, promoção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos. Para a prevenção do câncer, são apresentados como princípios a eliminação, redução e controle de fatores de riscos físicos, químicos e biológicos e a intervenção sobre os determinantes socioeconômicos, além de integrar ações de detecção precoce.

Como uma das diretrizes dessa política relacionada à prevenção tem-se a implementação de ações de detecção precoce de câncer por meio de rastreamento e

diagnóstico precoce, a partir da recomendação governamental. A atenção básica dos municípios deve realizar o rastreamento de acordo os protocolos e diretrizes federais, encaminhar quando necessário para confirmação diagnóstica, registrar as informações referentes às ações do controle de câncer no sistema de informação, realizar o atendimento domiciliar e participar no cuidado paliativo de forma integrada com o atendimento domiciliar.

O atendimento integral também conta com o atendimento domiciliar que realiza os cuidados paliativos e o componente da atenção especializada que devem apoiar e complementar os serviços da atenção básica na investigação diagnóstica e no tratamento do câncer. A atenção especializada é composta pela atenção ambulatorial que é o conjunto de serviços que caracterizam a média complexidade dos níveis de atenção, realizam o atendimento especializado, exames para diagnóstico do câncer, apoio terapêutico e o tratamento de lesões precursoras. Também há o componente de atenção hospitalar que oferta os serviços de alta complexidade, organizados conforme as redes regionalizadas de saúde: os hospitais habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) realizam o diagnóstico definitivo e o tratamento dos tipos de câncer mais prevalentes na região, e os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) que fazem o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer, exceto os raros e infantis. (BRASIL, 2013)

A orientação para a pactuação de diretrizes, planos e metas para 2013-2015 apresentou um rol único de indicadores a serem utilizados para o planejamento em saúde, classificados em universais que expressam o acesso e a qualidade da organização em redes, e os indicadores específicos referentes as características epidemiológicas locais e de organização do sistema. O resultado desses indicadores são essenciais para acompanhar o alcance de metas, fazer uma análise crítica dos resultados obtidos, auxiliar no processo de tomada de decisão e contribuir para melhorias.

A Diretriz 3 diz respeito à promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e sua implementação, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade, tem como objetivo o fortalecimento e ampliação das ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e de colo de útero. Relaciona o Indicador 19 que refere-se a razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária e tem como meta ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade.

Indicador 19:

Nº de mamografias para rastreamento realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos em determinado local e ano

---

População feminina na mesma faixa etária no mesmo local e ano/2

Esse indicador é utilizado para medir o acesso ao rastreamento do câncer de mama pela população-alvo e apontar a capacidade de captação dessas mulheres pela atenção básica. A razão é calculada nos níveis municipal, regional, estadual e Distrito Federal. Os dados para o cálculo são obtidos pelo SIA/SUS (sistema de informação ambulatorial) como tabela de procedimentos unificada, do procedimento 0104030188 referente a mamografia bilateral para rastreamento e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O monitoramento é feito a cada três meses e a avaliação é anual. Cabe a União apoiar os estados e municípios na implantação da política nacional de prevenção e controle do câncer, monitorar e avaliar as ações desenvolvidas.

## 2.4 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O acesso representa desde a entrada no serviço de saúde ao recebimento dos cuidados. Os princípios doutrinados pelo SUS representam o acesso pela universalidade (acesso da população a todos os serviços de saúde); equidade (acesso em igualdade de condições); e integralidade (acesso às ações integradas de saúde) que foram essenciais para a mudança da organização dos serviços de saúde.

Esses princípios estão dispostos no Art. Nº7 da Lei Orgânica da Saúde. O princípio da universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência representou um grande avanço, pois antes do SUS o acesso era restrito às pessoas que contribuíam para a previdência e assistência social. A integralidade da assistência inclui as ações e os serviços de saúde preventivos, assistenciais ou curativos, sendo dada a prioridade para as atividades preventivas. A atenção é individualizada e em todos os níveis de assistência, considerando o atendimento especializado para portadores de deficiência física, sensorial ou mental (BRASIL, 1990).

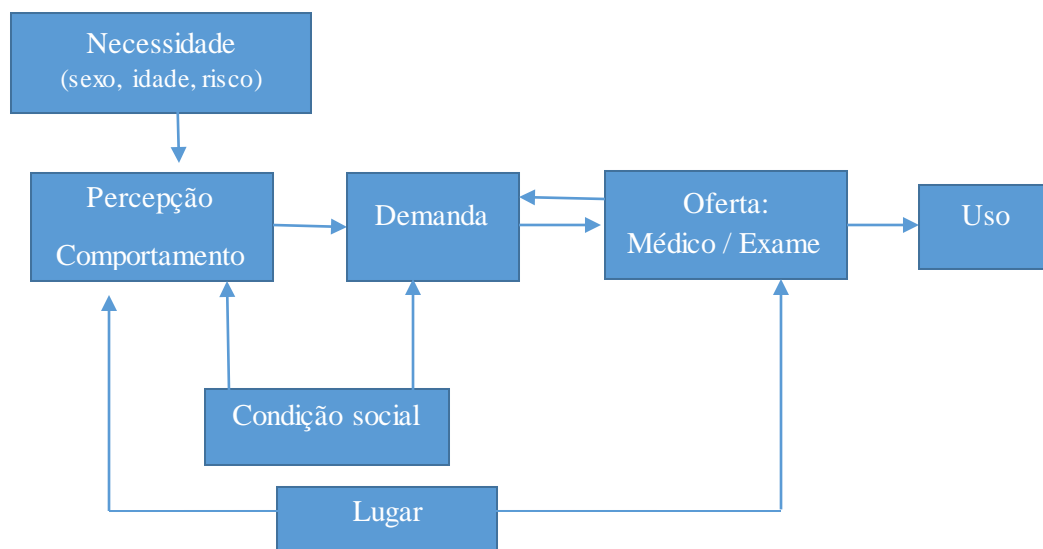
A implantação do SUS trouxe uma mudança significativa na atenção à saúde, tendo como resposta à reforma do sistema e dos serviços de saúde, baseada nos princípios da integralidade, equidade, descentralização e participação da comunidade, ampliando a

noção dos vários níveis de complexidade do sistema de saúde. Assegurando a saúde como um direito fundamental da pessoa humana, como está garantido na Constituição Federal Brasileira de 1988; incorporando um conceito de saúde mais ampliado. A saúde antes era uma contraprestação do Estado apenas aos trabalhadores que contribuíam para a previdência social; e o acesso as ações e serviços de saúde passa a ser um direito de todos os cidadãos. (CARVALHO,1995)

A integralidade contemplou quatro perspectivas na reforma sanitária brasileira, com a intenção de estabelecer os princípios norteadores da assistência: a) a integração das ações de promoção, proteção, reabilitação e recuperação da saúde nos níveis de atenção primária, secundária e terciária; b) a relação do profissional e o paciente considerando as condições biológicas, sociais e psicológicas; c) a garantia da atenção à saúde mediante as ações articuladas em todos os níveis de assistência; d) um conjunto de políticas públicas que buscam a melhoria nas condições de vida, determinantes de saúde e redução do risco de doenças. (PAIM, 2004)

Em relação ao rastreamento do câncer de mama, a realização do exame clínico e da mamografia estão condicionados ao acesso da população-alvo.

**Figura 1** - Modelo de acesso à mamografia



Fonte: Oliveira,2011

Segundo esse modelo de acesso à mamografia, as condições que determinam as necessidades são: sexo, faixa etária de mulheres em que o exame é preconizado (50 a 69 anos) e as mais jovens com histórico familiar. A demanda da população-alvo é influenciada pela percepção de risco e por fatores comportamentais. A condição social influencia não só a demanda, a percepção e o comportamento. A distância entre o lugar

da residência e o da realização do exame parece estar relacionada à condição social e à oferta de serviços. Em relação à oferta, os fatores relacionados são disponibilidade de mamógrafo, a consulta médica e a solicitação do exame, como indutora da demanda. A principal barreira de acesso ao exame de rastreamento deve-se principalmente à desigualdade social uma vez que o acesso é condicionado pela distribuição da oferta e a acessibilidade geográfica. (OLIVEIRA, 2011)

As constatações são: 1. não há equidade no acesso ao rastreamento de câncer de mama, não atendendo a um dos princípios do SUS e 2. existe uma associação entre a maior distância até o mamógrafo mais próximo e a não realização da mamografia, principalmente nas regiões mais pobres. Este foi o resultado apresentado pelo estudo de Renck *et al.* (2014)

A desigualdade no acesso aos exames preventivos do câncer de mama é devido à concentração da oferta desses serviços em grandes centros urbanos. Apesar da baixa cobertura de mamografia nas mulheres da população-alvo que utilizam o SUS, tem-se uma expansão da oferta da mamografia. (AZEVEDO, 2014)

No Brasil, a quantidade de mamógrafos quase dobrou entre 2002 e 2009, porém a cobertura da população-alvo é insuficiente pela distribuição inadequada dos equipamentos, refletindo num melhor acesso das mulheres que residem em grandes centros urbanos onde estão disponíveis os mamógrafos. O aumento mais expressivo da cobertura do exame foi entre mulheres mais pobres, possivelmente pela expansão do número de mamografias financiadas pelo SUS. Como a distância parece ser uma barreira para a melhoria do acesso ao rastreamento, uma alternativa pode ser a adoção de sistema móveis. A ampliação do acesso resulta do aumento da oferta, da interiorização dos equipamentos e do aumento da renda influenciado pela política de inclusão social, sendo condicionantes do acesso a distribuição da oferta e a acessibilidade geográfica. (OLIVEIRA, 2011)

Para a efetivação das ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção precoce, o tratamento e o seguimento dos cânceres de colo uterino e de mama no âmbito do SUS, foi sancionada a Lei federal nº 11.664/2008, em que o SUS deve assegurar por meio de rede própria ou conveniada a realização de mamografia em todas as mulheres que necessitarem desse procedimento.

Para compreender a base da linha de cuidado para o controle do câncer de mama, temos o resumo apresentado no quadro a seguir.



**Quadro 2** - A organização da linha de cuidado para o câncer de mama e as atribuições de cada nível de atenção

Linha de cuidado	Ações e serviços do nível de atenção
Unidade básica ou Atenção básica	Educação e conscientização; Realização do exame clínico das mamas; Solicitação do exame de mamografia e seguimento
Unidade secundária ou média complexidade	Investigação diagnóstica; Mamografia; Punção/ biópsia
Unidade terciária ou alta complexidade	Cirurgia; Radioterapia/quimioterapia; Acompanhamento e seguimento

Fonte: Kurschnir e Silva, 2015

Na unidade básica de saúde, a mulher assintomática pertencente a população alvo de 50 a 69 anos de idade realiza o exame clínico das mamas, recebe a solicitação de mamografia de rastreamento em formulário padronizado e é encaminhada para a realização do exame no serviço de média complexidade. Em caso de mulheres sintomáticas independente da faixa etária, a solicitação é feita como mamografia diagnóstica. Após o recebimento do laudo da mamografia que é padronizado segundo o sistema de classificação BI-RADS, a mulher retorna ao profissional solicitante para avaliação. Nos casos necessários serão solicitados os exames complementares para o diagnóstico. Os exames de confirmação diagnóstica de punção ou biópsia são realizados na unidade secundária. Quando o diagnóstico confirma a necessidade de cirurgia ou tratamento, a paciente é encaminhada para o serviço de alta complexidade. (AZEVEDO, 2014)

Os resultados da mamografia e do exame histológico da biópsia ou punção devem ser registrados no sistema de informações SISMAMA. Essas informações epidemiológicas são enviadas para as secretaria de saúde de cada estado que consolidam esses dados no SISMAMA a partir do Boletim de Produção Ambulatorial gerado no SIA/SUS pelo serviço que realizou esses procedimentos para faturar o pagamento. (AZEVEDO, 2014)

**Quadro 3** - Percurso das mulheres para a realização de mamografia por local de atendimento e registro no sistema de informações

Nível de atenção	Percurso da mulher	Registro em sistema de informação
Atenção Básica- Unidade de Saúde	Solicitação do exame de Mamografia	
Atenção Secundária- serviço de Mamografia	Realização da mamografia e recebimento do laudo	SIA; SISMAMA
Atenção Básica - Unidade de Saúde	Atendimento médico para avaliação do laudo. Nos casos de resultado com Categoria BI-RADS 4 ou 5, é feito o encaminhamento para a realização de Biópsia em unidade especializada	
Atenção Secundária	Realização de Biópsia ou punção e recebimento do laudo	SIA; SISMAMA
Atenção terciária - CACON, UNACON	Realização de cirurgia e tratamento	

Fonte: OLIVEIRA,2011. SIA: Sistema de Informação Ambulatorial; SISMAMA: Sistema de Informação para o controle do Câncer de Mama; BI-RADS: *Breast Imaging reporting and Data System*.

Para o controle do câncer de mama é necessário o acesso ao exame de mamografia e às estratégias de diagnóstico e tratamento dos casos, assegurando a qualidade desses serviços. No documento de Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama do INCA é proposto o parâmetro de um mamógrafo por 240 mil habitantes como o ideal, considerando que o equipamento esteja com funcionamento adequado. Mas a existência de um mamógrafo não configura por si só oferta do exame, haja vista que o procedimento requer condições adequadas para funcionamento, manutenção contínua do equipamento, disponibilidade de insumos, ter uma equipe treinada e garantir a qualidade.

O aumento da oferta de exames para maior cobertura da população-alvo depende do número suficiente de mamógrafos, da distribuição geográfica dos equipamentos e da sua produtividade.

## 2.5. A REGIÃO DE SAÚDE DE VITÓRIA DA CONQUISTA E SUAS CARACTERÍSTICAS RELACIONADOS AO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

Uma rede colaborativa para a gestão do cuidado é formada por gestores, trabalhadores da saúde e usuários envolvidos nas ações e serviços de saúde, integrados de forma organizada para garantir o atendimento adequado e contínuo. Em uma rede, a gestão do cuidado é mais ampla e vai além das dimensões do município. A organização em redes buscam garantir o acesso a ações e serviços de saúde de qualidade no SUS (ALMEIDA,2015)

Atendendo ao Decreto 7.508/2011 e à Portaria 4.279/GM/MS de 30 de Dezembro de 2010 que estabelece as regras para a organização das Redes de Atenção à Saúde, através da Resolução da CIB nº275 de 15 de Agosto de 2012 foram criadas as regiões de saúde do Estado da Bahia e as instituições das comissões intergestores regionais. O Estado da Bahia tem 28 regiões de saúde. A Região de Saúde de Vitória da Conquista fica localizada na região sudoeste do Estado da Bahia, é formada por 19 municípios: Anagé, Barra do Choça, Belo Campo, Bom Jesus da Serra, Caetanos, Cândido Sales, Caraíbas, Condeúba, Cordeiros, Encruzilhada, Maetinga, Mirante, Piripá, Planalto, Poções, Presidente Jânio Quadros, Ribeirão do Largo, Tremedal e Vitória da Conquista. A região tem uma população de 637.414 habitantes.

O município de referência é Vitória da Conquista, que há mais de duas décadas vem implementando municipalização dos serviços de saúde, com ações e serviços de saúde na atenção básica, média e alta complexidade. Dispõe de vários serviços de saúde, tanto na rede pública como privada. Atrai grande número de pessoas da região que buscam atendimento na rede de serviços de saúde pertencentes aos municípios envolvidos na pactuação, representando o município polo da região. Tem pactuação de saúde com 75 municípios, e pela proximidade com o Norte de Minas Gerais parte dessa população utilizam os serviços de saúde mesmo sem a pactuação, havendo uma sobrecarga da rede de atenção.

Para as ações e serviços relacionados ao câncer de mama na rede pública, a região conta com 13 mamógrafos informados no Cadastro Nacional de Saúde no ano de 2014, ressaltando que o município de Condeúba dispõe do serviço de carreta móvel doado por um grupo de voluntários, que realiza o exame de mamografia pelo SUS desde setembro de 2014, de gestão Estadual. A UNACON - Unidade de assistência de alta complexidade em oncologia – situa-se no município de Vitória da Conquista.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar o acesso à mamografia para a detecção precoce do câncer de mama na Região de Saúde de Vitória da Conquista (Bahia) na perspectiva da garantia do direito à saúde.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever a distribuição da oferta de exames de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama em mulheres de 50 a 69 anos nos municípios da Região de Saúde de Vitória da Conquista (BA).
- Analisar a cobertura populacional dos exames de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama em mulheres de 50 a 69 anos nos municípios da Região de Saúde de Vitória da Conquista (BA) e sua adequação em relação aos parâmetros nacionais e internacionais.
- Analisar a oportunidade dos exames considerando as proporções de resultados negativos de malignidade, casos suspeitos e considerados em estágio avançado de evolução do câncer de mama em mulheres de 50 a 69 anos nos municípios da Região de Saúde de Vitória da Conquista (BA).
- Inferir sobre a garantia do direito à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer de mama em mulheres de 50 a 69 anos nos municípios da Região de Saúde de Vitória da Conquista (BA) com base nos resultados da avaliação de acesso oportuno aos métodos diagnóstico.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 TIPO DE PESQUISA**

Trata-se de um estudo descritivo do tipo ecológico, retrospectivo e de abordagem quantitativa. As fases da pesquisa foram: levantamento bibliográfico, coleta de dados, análise e discussão dos resultados.

O estudo descritivo tem como objetivo a descrição de características da população, experiência ou fenômeno. No estudo retrospectivo, os dados sobre exposições e aspectos diversos relacionados às doenças ocorridos no passado são utilizados (GIL, 2008). É importante ressaltar que não só a categoria de dados mas os métodos e técnicas de análise apropriados devem ser selecionados de modo a, com dados já coletados, responder à questão proposta na investigação atual.

### **4.2. LOCAL DE ESTUDO**

A pesquisa foi realizada na Região de Saúde de Vitória da Conquista, descrita nesse estudo no tópico 2.5 relacionado às características da região. Os dados estudados foram referentes à população de mulheres da região de saúde, com base em dados secundários coletados no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e no SISMAMA.

Os dados populacionais utilizados foram obtidos no banco de dados do Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) relacionados à população feminina. Para o cálculo da população feminina usuária do SUS usamos os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) 2008 referente ao percentual de pessoas que informaram não possuir plano privado de saúde.

### **4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA**

Foram considerados os exames de mamografia realizados pelo SUS na população feminina de 50 a 69 anos de idade residentes nos municípios da Região de Saúde de Vitória da Conquista no período de 2013 e 2014, registrados no SIA/SUS e no

SISMAMA. O SIA/SUS é um sistema de informações baseado em procedimentos e registra aqueles realizados em atendimento ambulatorial.

No SISMAMA são registrados os dados de solicitação e resultados de mamografia, citopatológicos e anatomopatológicos de mama. Serão utilizados tanto os dados referentes à solicitação de mamografias para mulheres assintomáticas (“de rastreamento”), quanto de mulheres com suspeita diagnóstica (mamografia diagnóstica). Os laudos das mamografias são padronizados pelo sistema BI-RADS (*Breast Imaging Reporting and Data System*) e seus resultados são emitidos conforme a seguinte classificação: Categoria 0 – inconclusivo, Categoria 1 e Categoria 2 – achados benignos, Categoria 3 – provavelmente benigno, Categoria 4 - suspeito de malignidade, Categoria 5 – altamente sugestivo de malignidade, Categoria 6 – maligno (comprovado por biópsia prévia).

A população feminina dos municípios da Região de Saúde de Vitória da Conquista foi obtida pelos dados do Censo 2010. E para o cálculo da população feminina usuária do SUS da região, utilizou a exclusão do percentual de 13,2% da população do Região Nordeste que informou no PNAD 2008 possuir plano privado de saúde.

Os dados do Sistema de Informações ambulatoriais para o exame de mamografia são registrados mediante o Boletim de Produção Ambulatorial, para o procedimento 0104030188 referente a mamografia bilateral para rastreamento e 0104030030 da mamografia unilateral diagnóstica. Nesse banco de dados, foram coletados os dados referentes ao número de mamografias realizadas pelo SUS na população-alvo (mulheres de 50 a 69 anos) nos anos de 2013 e 2014 nos municípios da Região de Saúde de Vitória da Conquista, e as mamografias realizadas pelo SUS na população-alvo nesse mesmo período nas mulheres residentes em cada município tendo o município de Vitória da Conquista como o município prestador.

Os dados relacionados ao número de mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 anos conforme o sistema de classificação BI-RADS foram obtidos no SISMAMA para o período de 2013 a 2014.

#### 4.4. INSTRUMENTO DE EXTRAÇÃO DE DADOS

Foi utilizado um roteiro estruturado para a coleta dos dados referentes à mamografia para a detecção precoce do câncer de mama, relacionando as seguintes variáveis: população feminina de 50 a 69 anos; mamografias realizadas no SUS na

população feminina de 50 a 69 anos por município residente; mamografias realizadas pelo SUS na população feminina de 50 a 69 anos tendo por município prestador Vitória da Conquista; mamografias realizadas na população-alvo segundo a Categoria BI-RADS.

#### 4.5. PROCEDIMENTOS

No primeiro momento, foi realizado um levantamento bibliográfico sobre o câncer de mama referente ao conceito, epidemiologia, formas de prevenção, fatores de risco e o rastreamento do câncer de mama. Buscou-se conhecer também as políticas públicas referentes à saúde da mulher e as condições de acesso às ações e serviços de saúde na perspectiva da garantia do direito à saúde, segundo os princípios e diretrizes do SUS: universalidade, integralidade, regionalização e hierarquização, entre outros.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Polo de Educação Permanente em Saúde do município de Vitória da Conquista que autorizou a coleta de dados e também ao Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP que dispensou a autorização por o estudo utilizar banco de dados de domínio público.

Utilizou-se dados do SIA/SUS, do SISMAMA e do IBGE referentes à população e aos exames de mamografias no período de 2013 e 2014.

#### 4.6. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram inseridos em planilha do Microsoft Office Excel versão 2013 e realizados os cálculos dos indicadores de acesso aos exames preventivos e diagnóstico precoce.

Três grupos de indicadores foram considerados: (i) indicador(es) de oferta, (ii) indicador(es) de cobertura e (iii) indicador(es) de adequação e oportunidade do diagnóstico.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) forneceu os dados do número de mamógrafos instalados nos municípios e região para que o cálculo da **oferta** ou recursos.

Os indicadores de oferta ou disponibilidade do exame de mamografia enquadra-se na definição do DATASUS como associado à disponibilidade de equipamentos de imagem utilizados em saúde (E.18). A finalidade do indicador é medir a disponibilidade de equipamentos de imagem em uso de categorias selecionadas, segundo a sua localização

geográfica. Neste trabalho, como indicador de oferta busca-se a disponibilidade de mamógrafos por cada cem mil mulheres entre 50 e 69 anos, residentes na Região de Saúde de Vitória da Conquista. A oferta de serviços de saúde é influenciada pelas condições socioeconômicas regionais e por políticas públicas de atenção à saúde.

O **indicador de oferta** tem por objetivos: (1) analisar variações geográficas e temporais da oferta da distribuição de equipamentos de imagem em saúde, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos, e (2) subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas à prestação de serviços de saúde, assim como para aquisição e distribuição de equipamentos de imagem.

Os **indicadores de cobertura** relativos à mamografia utilizados pelo DATASUS são: (i) a proporção da população feminina de 50 a 69 anos que refere ter realizado a última mamografia nos últimos dois anos (F.23.1) e (ii) a proporção da população feminina de 50 a 69 anos que refere nunca ter realizado mamografia (F.23.2). Para calcular a cobertura relativa ao exame mamográfico pode-se, ainda, utilizar a razão entre o número de mamografias realizadas pelo SUS em um ano (numerador) e a metade da população-alvo (denominador), uma vez que o exame é bienal. Esta razão foi calculada na faixa etária em estudo.

A distribuição dos laudos conforme a classificação BI-RADS será utilizada para análise da capacidade de prevenção em realização de diagnóstico precoce a partir da solicitação ambulatorial oportuna do exame. A distribuição percentual de Categorias BI-RADS (rastreamento ou diagnóstica) configura-se, portanto, como um **indicador de oportunidade**.

Foram comparados os indicadores de oferta, cobertura e oportunidade dos exames de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama dos municípios da Região de Saúde com os parâmetros nacionais e internacionais preconizados para identificar desigualdades no acesso e oportunidade. Como trata-se de um estudo descritivo não foram utilizados testes estatísticos na análise de dados. Vale ressaltar, a fragilidade dos dados do Sistema de informações em saúde que representa a quantificação dos exames e não se reporta ao seguimento das mulheres e nem identificam as repetições e duplicidade de registro.



## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo os dados analisados, no ano de 2013 a Região de Saúde contava com nove mamógrafos disponíveis para atender a população pelo SUS. Em 2014 o número de aparelhos aumenta para treze, ressaltando que o município de Condeúba passou a disponibilizar o serviço de carreta móvel, equipada com quatro mamógrafos, a partir do mês de setembro desse ano. A Comissão Intergestores Bipartite da Bahia aprovou e referendou esse serviço no Programa de Mamografia Móvel com sede no município de Condeúba através da resolução CIB nº 142/2014 encontrando-se sob gestão Estadual. Dos 19 municípios que compõem a região de saúde, apenas três possuem mamógrafos.

**Tabela 1** - Distribuição do números de Mamógrafos cadastrados no CNS para atendimento pelo SUS na Região de Saúde de Vitória da Conquista em 2013 e 2014

Município	Mamógrafos no ano de 2013	Mamógrafos no ano de 2014
Condeúba	3	7
Poções	1	1
Vitória da Conquista	5	5
<b>Total</b>	9	13

Fonte: CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Para calcular o indicador de oferta, considerou-se o total de mulheres na Região de Saúde de Vitória da Conquista na faixa etária de 50 a 69 anos e foi necessário estimar a população feminina usuária do SUS da mesma região de saúde, excluindo da população total o percentual da população que informou na PNAD 2008 possuir plano de saúde privado, correspondente a 13,2% na Região Nordeste do país apresentado na Tabela 2.

**Tabela 2** - Distribuição da população feminina de 50 a 69 anos usuária do SUS da Região de Saúde de Vitória da Conquista, censo 2010

Municípios	População	População usuária do SUS
Anagé	2310	2005
Barra do Choça	2261	1963
Belo Campo	1280	1111
Bom Jesus da Serra	744	646
Caetanos	1009	876
Cândido Sales	2065	1792
Caraíbas	865	751
Condeúba	1524	1323
Cordeiros	709	615
Encruzilhada	1559	1353
Maetinga	636	552
Mirante	818	710
Piripá	1187	1030
Planalto	1852	1608
Poções	3660	3177
Presidente Jânio Quadros	1179	1023
Ribeirão do Largo	567	492
Tremedal	1623	1409
Vitória da Conquista	22835	19821
<b>Total</b>	<b>48683</b>	<b>42257</b>

Fonte dos dados: censo/IBGE 2010 e PNAD 2008

O indicador de oferta foi calculado com base na regionalização pela seguinte razão:

$$\frac{\text{Número total de mamógrafos acessível à clientela do SUS na região}}{\text{População de mulheres entre 50 e 69 anos residentes nos municípios da região}} \times 100.000$$

O cálculo foi feito separadamente para os anos de 2013 e 2014 mantendo o denominador e usando no numerador os valores referentes aos respectivos anos.

Constatou-se um aumento na proporção do número de mamógrafos da região de saúde de 21,3 no ano de 2013 para 30,76 em 2014 observando-se um aumento na oferta.

Segundo a Portaria nº1101/GM de 2002, é preconizada a quantidade de um mamógrafo para cada 240 mil habitantes cumprida a capacidade a produção potencial de cada máquina. Analisando por esse parâmetro, identificamos que a quantidade de

mamógrafos é suficiente para atender a população feminina na faixa etária de 50 a 69 anos nessa região de saúde. Resultado semelhante foi obtido pelo estudo de Oliveira *et al.* (2011) que verificou o aumento do número de mamógrafos no país e avaliou os efeitos de características geográficas e da população na chance de realização de mamografia, no Brasil, de 2003 a 2008. A ampliação da oferta de mamografias no SUS também foi verificada por Kuschnir e Silva (2015), no entanto cerca de 42% dos três milhões de exames realizados no país em 2011 foi feito em mulheres com menos de 50 anos, portanto fora da faixa etária preconizada. Os autores concluem que mesmo que a quantidade de mamógrafos seja suficiente para atender à população-alvo, a distribuição geográfica desigual e a baixa produtividade trazem problemas para a oferta.

A disponibilidade do serviço de carreta móvel para mamografia equipada com quatro mamógrafos com sede no município de Condeúba de responsabilidade de gestão do Estado para atendimento às usuárias do SUS representa um avanço para a região. Oliveira (2011) considera que a adoção de sistema móveis poderia trazer melhoria no acesso e aumento na eficiência do rastreamento e lembra que esse modelo é utilizado pelo Serviço Nacional de Saúde Britânico e em alguns locais dos Estados Unidos.

Em 2015, o documento do Ministério da Saúde referente aos critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, em relação ao número de mamógrafos, com base na Portaria nº1631/2015, recomenda o seguinte cálculo das mamografias necessárias por ano (BRASIL, 2015):

$$NM = D1 + D2 + R1 + Ou$$

Sendo D1 (10% das mulheres de 40 a 49 anos com indicação de mamografia diagnóstica); Ou (10% das mulheres de 40 a 49 anos com outras indicações); R1 (50% das mulheres de 50 a 59 anos com indicação de mamografia de rastreamento) ; D2 (8,9% das mulheres de 50 a 59 anos com indicação de mamografia diagnóstica) e NM representando o número de mamografias necessárias por ano. Considerando-se a produtividade do equipamento de realização de 6.758 exames/ano, calcula-se o número de mamógrafos necessários (Nm) utilizando a seguinte fórmula:

$$Nm = NM/6.758$$

Para a garantia do acesso das usuárias ao exame, considera-se o tempo de deslocamento de 60 minutos, ou a distância máxima de 60 quilômetros para a alocação dos equipamentos. O resultado desse cálculo para a Região de saúde de Vitória da Conquista encontra-se na tabela 3.

**Tabela 3-** Mamógrafos necessários para a Região de Saúde de Vitória da Conquista(BA), censo 2010

Municípios	Mamografias necessárias	Mamógrafos necessários
Anagé	1059	0,16
Barra do Choça	1127	0,17
Belo Campo	602	0,09
Bom Jesus da Serra	340	0,05
Caetanos	473	0,07
Cândido Sales	1039	0,15
Caraíbas	383	0,06
Condeúba	679	0,10
Cordeiros	326	0,05
Encruzilhada	791	0,12
Maetinga	261	0,04
Mirante	364	0,05
Piripá	521	0,08
Planalto	890	0,13
Poções	1728	0,26
Presidente Jânio Quadros	520	0,08
Ribeirão do Largo	284	0,04
Tremedal	702	0,10
Vitória da Conquista	12157	1,80
<b>Total</b>	<b>24245</b>	<b>3,59</b>

Quanto ao número de mamógrafos, pelo parâmetro do Ministério da Saúde de 2015, verifica-se uma quantidade de mamógrafos disponível acima da quantidade recomendada. Em relação à distância do mamógrafo para garantir o acesso das usuárias, tem-se a vantagem da disponibilidade do serviço móvel de mamografia na região.

O indicador de cobertura foi calculado para todos os municípios da Região de Saúde de Vitória da Conquista pela razão entre o número de mamografias realizadas pelo SUS em um ano (numerador) e a metade da população-alvo (denominador). Os resultados estão representados em tabela para os anos de 2013 e 2014.

**Tabela 4** – Índice de cobertura mamográfica da população-alvo dos municípios da Região de Saúde de Vitória da Conquista (BA), 2013

Municípios da região de saúde	População usuária do SUS	Mamografias 2013	Indicador de cobertura
Anagé	2005	653	65,1
Barra do Choça	1963	53	5,4
Belo Campo	1111	368	66,2
Bom Jesus da Serra	646	60	18,6
Caetanos	876	16	3,7
Cândido Sales	1792	284	31,7
Caraíbas	751	26	6,9
Condeúba	1323	251	37,9
Cordeiros	615	133	43,2
Encruzilhada	1353	101	14,9
Maetinga	552	221	80,1
Mirante	710	32	9,0
Piripá	1030	266	51,6
Planalto	1608	95	11,8
Poções	3177	130	8,2
Presidente Jânio Quadros	1023	224	43,8
Ribeirão do Largo	492	3	1,2
Tremedal	1409	103	14,6
Vitória da Conquista	19821	4287	43,3
<b>TOTAL</b>	<b>42257</b>	<b>7306</b>	<b>34,6</b>

Fontes: IBGE, PNAD, SIA/SUS

O número de mamografias registradas no SIA/SUS no ano de 2013 foi de 7.306 exames, no SISMAMA nesse mesmo ano temos um total de 2.151 mamografias realizadas. Comparando os dados registrados, verificou-se que apenas 29% das mamografias foram registradas no SISMAMA, por este motivo optamos por utilizar os dados do SIA/SUS. A Organização Mundial de Saúde preconiza, para a população de mulheres entre 50 e 69 anos, 70% de cobertura, índice superado por um dos dezenove municípios da região, Maetinga. Para o ano de 2010, o Pacto pela Saúde propôs como parâmetro uma cobertura igual ou superior a 60%, meta atingida pelos municípios de Anagé, Belo Campo e Maetinga. A média de cobertura de mamografia para a população-alvo da região, nesse ano, foi de 34,6%.

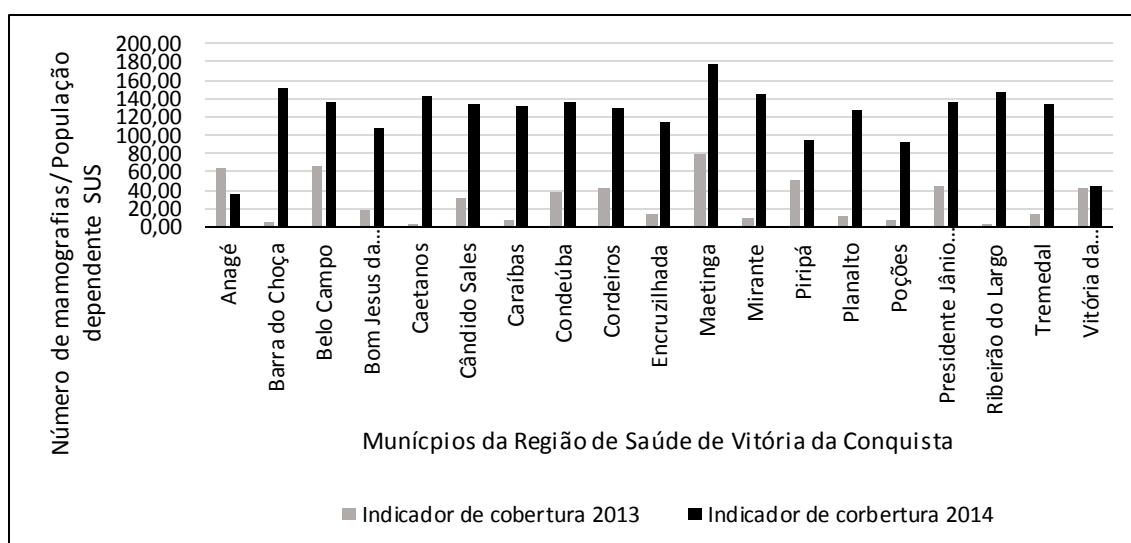
Ao compararmos os dados do ano de 2014 com o de 2013, verificamos que houve um aumento significativo no número de mamografias realizadas. Com exceção dos municípios de Anagé e Vitória da Conquista, todos os demais ficaram acima dos parâmetros tanto da OMS como do MS. A partir desses dados pode-se afirmar que houve

uma expansão significativa da cobertura preconizada para a população de mulheres de 50 a 69 anos (tabela 5).

**Tabela 5** – Índice de cobertura mamográfica da população-alvo dos municípios da Região de Saúde de Vitória da Conquista (BA), 2014

Municípios da Região de Saúde	População usuária do SUS	Mamografias 2014	Indicador de cobertura 2014
Anagé	2005	355	35,4
Barra do Choça	1963	1498	152,7
Belo Campo	1111	757	136,3
Bom Jesus da Serra	646	352	109,0
Caetanos	876	628	143,4
Cândido Sales	1792	1205	134,5
Caraíbas	751	495	131,9
Condeúba	1323	902	136,4
Cordeiros	615	402	130,6
Encruzilhada	1353	781	115,4
Maetinga	552	489	177,2
Mirante	710	514	144,8
Piripá	1030	490	95,1
Planalto	1608	1028	127,9
Poções	3177	1470	92,5
Presidente Jânio Quadros	1023	702	137,2
Ribeirão do Largo	492	363	147,5
Tremedal	1409	949	134,7
Vitória da Conquista	19821	4405	44,4
<b>TOTAL</b>	<b>42257</b>	<b>17785</b>	<b>84,2</b>

Fontes: IBGE, PNAD, SIA/SUS



**Figura 2** – Índice de cobertura mamográfica da população-alvo dos municípios da Região de Saúde de Vitória da Conquista (BA) nos anos de 2013 e 2014.

Na figura 2, percebe-se que todos os municípios da região apresentaram aumento da cobertura, com exceção do município de Anagé em que a cobertura sofreu redução. Grandes incrementos de cobertura foram observados nos municípios de Barra do Choça e Caetanos, entre outros. Vale ressaltar que na sede da região, Vitória da Conquista, não ocorreu aumento significativo de cobertura. Em relação aos dados do sistema de informações em saúde, é importante refletir se o aumento expressivo de mamografias entre 2013 e 2014 é devido ao maior número de exames realizados ou relaciona-se ao maior registro de exames no sistema.

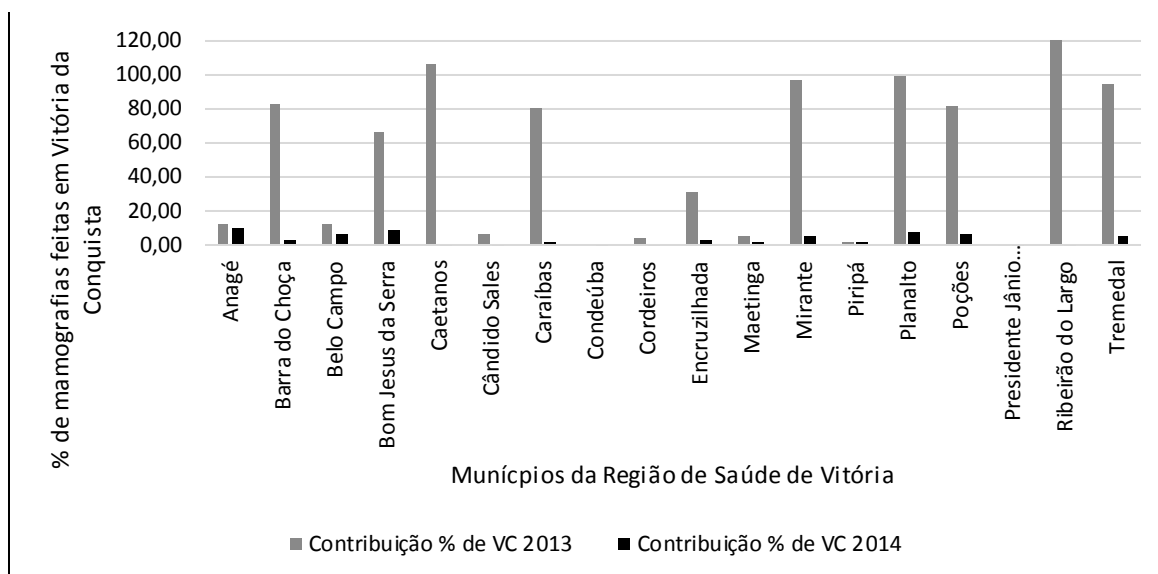
De 2013 a 2014, a proporção de mamografias feitas por mulheres residentes nos município da região nos serviços de Vitória da Conquista decresceu de maneira significativa, notando-se um aumento importante no número de procedimentos realizados em outros municípios. Provavelmente a aquisição de mamógrafos, além de aumentar a oferta, facilitou o acesso, contribuindo para aumentar a cobertura. Além do aumento no número de mamógrafos na Região de Saúde parece-nos provável que os serviços de saúde também tenham tido papel relevante tanto na solicitação e encaminhamento para realização do exame de rastreamento, quanto no aumento da conscientização das mulheres acerca das ações preventivas e de promoção da saúde (tabela 6).

**Tabela 6** - Proporção de mamografias feitas em Vitória da Conquista em 2013 e 2014

Municípios da Região de Saúde	Número de mamografias em mulheres residentes		% mamografias feitas em Vitória da Conquista	
	2013	2014	2013	2014
Anagé	79	37	12,10	10,42
Barra do Choça	44	44	83,02	2,94
Belo Campo	46	53	12,50	7,00
Bom Jesus da Serra	40	33	66,67	9,38
Caetanos	17	7	106,25	1,11
Cândido Sales	18	11	6,34	0,91
Caraíbas	21	12	80,77	2,42
Condeúba	0	1	0,00	0,11
Cordeiros	5	1	3,76	0,25
Encruzilhada	31	25	30,69	3,20
Maetinga	13	9	5,88	1,84
Mirante	31	30	96,88	5,84
Piripá	4	9	1,50	1,84
Planalto	94	78	98,95	7,59
Poções	106	93	81,54	6,33
Presidente Jânio Quadros	1	3	0,45	0,43
Ribeirão do Largo	4	2	133,33	0,55
Tremedal	97	47	94,17	4,95

Fonte: SIA/SUS

O fenômeno descrito pode ser melhor observado na figura a seguir.



**Figura 3** – Variação de proporções de mamografias dos municípios da Região de Saúde de Vitória da Conquista (BA) realizados no município nos anos de 2013 e 2014.

A figura 3 apresenta o decréscimo de exames realizados no município sede da Região de Saúde, indicando uma redução na utilização dos demais municípios com relação aos serviços de mamografia de Vitória da Conquista.

Na Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, a proporção de mulheres de 50 a 69 anos de idade que realizaram o exame de mamografia nos últimos 2 anos foi em média de 60% no Brasil, para a região Nordeste a proporção foi de 47,9% e para o estado da Bahia correspondeu a 57,9%. Em relação as mulheres da mesma faixa etária que informaram nunca ter realizado esse exame a proporção foi de 18,4% no Brasil, na região Nordeste 30,1% e 24,5% no estado da Bahia.

O estudo de Oliveira (2011) atribui o aumento da realização de mamografia à ampliação do acesso não só ao aumento do número de mamógrafos e à maior oferta de exames na rede pública e conveniada, mas também às políticas de inclusão social que contribuíram o aumento da renda.

É importante assinalar que neste estudo foram utilizados dados populacionais do censo de 2010. Nesse período de quatro anos houve uma taxa de crescimento anual da população brasileira em torno de 0,9%.



O rastreamento mamográfico é recomendado para mulheres de 50 a 69 anos com intervalo de dois anos na União Europeia. No Estados Unidos a mamografia é recomendada para mulheres a partir de 40 com intervalo anual ou bienal pelo National Cancer Institute; e o U.S. Preventive Service Task Force recomenda para mulheres de 50 a 74 anos com intervalo de dois anos. O programa de rastreamento no Brasil preconiza desde 2004 o exame mamografia em mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos. A cobertura do rastreamento acima de 70% nos países desenvolvidos resultam numa redução de 20 a 30% de mortalidade em mulheres de 50 anos ou mais. (OLIVEIRA,2011). Na Inglaterra, no período de 2010/2011, o percentual de cobertura foi de 73%.

O estudo de Azevedo e Silva (2014) relata que em relação a cobertura de mamografias nas mulheres usuárias do SUS no Brasil como um todo, tem ocorrido uma expansão da oferta desse exame no país.

No cálculo do indicador de oportunidade, utilizamos os dados do SISMAMA referentes as mamografias segundo a classificação do Sistema BI-RADS. Lembramos que, se confrontados aos dados do SIA/SUS, verifica-se que apenas 29% das mamografias realizadas no ano de 2013 na região em estudo e 50% no ano de 2014 foram registradas naquele sistema de informações. Este fato talvez possa comprometer a análise real da oportunidade diagnóstica e faremos a discussão com base nos dados utilizados.

O sistema BI-RADS padroniza os laudos de mamografia e seus resultados apresentam as seguintes categorias:

#### Quadro 4 - Classificação do sistema BI-RADS

Categoria BI-RADS	Interpretação	Risco de Câncer
0	Inconclusivo	-
1	Benigno	0,05%
2	Geralmente benigno	0,05%
3	Provavelmente benigno	Até 2%
4	Provavelmente suspeito	>20%
5	Provavelmente maligno	>75%
6	Lesão maligna comprovada	100%

Fonte: Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do câncer de mama, INCA, 2010

A oportunidade diagnóstica é analisada considerando-se o percentual de mamografias classificadas como categoria 4 ou provavelmente suspeito e categoria 5 ou

provavelmente maligno. Para esses dois tipos de laudos é necessário o encaminhamento para investigação diagnóstica.

**Tabela 7** - Distribuição das mamografias segundo Categoria BI-RADS realizadas em mulheres de 50 a 69 anos pelo SUS, em 2013, Região de Saúde de Vitória da Conquista

Categoria BI-RADS	Número absoluto	%
0	156	7,25
1	1194	55,51
2	750	34,87
3	44	2,05
4	6	0,28
5	1	0,05
6	0	0
<b>Total</b>	<b>2151</b>	<b>100</b>

Fonte: SISMAMA

Na tabela 7 vemos a distribuição das mamografias da região de saúde Vitória da Conquista no ano 2013 segundo a classificação BI-RADS e o percentual de resultados de categoria 4 - 0,28% e categoria 5 - 0,05% foi baixo. Destaca-se também o percentual de laudos classificados como “inconclusivo” ou categoria 0 - 7,25%.

**Tabela 8** - Distribuição das mamografias segundo Categoria BI-RADS realizadas em mulheres de 50 a 69 anos pelo SUS, em 2014, Região de Saúde de Vitória da Conquista

Categoria BI-RADS	Número absoluto	%
0	1200	13,44
1	1579	17,68
2	5895	66,02
3	188	2,11
4	64	0,72
5	2	0,02
6	1	0,01
<b>Total</b>	<b>8929</b>	<b>100</b>

Fonte: SISMAMA

No ano de 2014, constata-se que a categoria 4 representou 0,72% dos laudos e a para a categoria 5 o percentual foi de 0,02%; Na categoria 0 que classifica o resultado como inconclusivo teve 13,44%.

Na tabela a seguir temos a distribuição das mamografias segundo a classificação BI-RADS nos municípios da região no ano de 2013. Percebe-se que a categoria 4 foi registrada apenas no município de Vitória da Conquista (0,74%) e para a categoria 5 o registro foi no município de Condeúba (0,60%). Observa-se que a categoria 0 que classifica o resultado com inconclusivo apresentou percentual expressivo.

**Tabela 9 - Distribuição das mamografias realizadas pelo SUS por município segundo a classificação BI-RADS, 2013, Região de Saúde de Vitória da Conquista**

Município	Classificação pelo sistema BI-RADS (número absoluto e percentual)											
	0	%	1	1(%)	2	%	3	%	4	%	5	%
Anagé	2	0,7	164	62,4	97	36,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Barra do Choça	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Belo Campo	7	6,6	47	44,8	50	47,6	1	1,0	0	0,0	0	0,0
Bom Jesus da Serra	0	0,0	8	88,9	0	0,0	1	11,1	0	0,0	0	0,0
Caetanos	1	33,0	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cândido Sales	16	7,0	144	69,2	46	22,1	2	1,0	0	0,0	0	0,0
Caraíbas	0	0,0	6	66,7	3	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Condeúba	18	10,8	59	35,5	83	50,0	5	3,0	0	0,0	1	0,6
Cordeiros	10	12,1	49	59,0	24	28,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Encruzilhada	0	0,0	10	55,6	6	33,3	2	11,1	0	0,0	0	0,0
Maetinga	20	11,5	79	45,7	70	40,5	4	2,3	0	0,0	0	0,0
Mirante	0	0,0	6	66,7	3	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Piripá	15	9,9	69	45,7	63	41,7	4	2,7	0	0,0	0	0,0
Planalto	0	0,0	3	50,0	3	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Poções	3	42,9	2	28,6	2	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Presidente Jânio Quadros	15	12,3	51	41,8	54	44,3	2	1,6	0	0,0	0	0,0
Ribeirão do Largo	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tremedal	0	0,0	1	33,3	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Vitória da Conquista	49	6,0	494	60,8	241	29,6	23	2,8	6	0,7	0	0,0

Fonte: SISMAMA

Apesar do sub registro no sistema SISMAMA, a partir de uma análise preliminar dos dados podemos levantar a hipótese de que a ampliação da oferta e o aumento de cobertura conforme ocorrido de 2013 para 2014 levaria ao aumento da detecção precoce de lesões suspeitas para o câncer de mama (tabela 10).

**Tabela 10** - Distribuição das mamografias realizadas pelo SUS por município segundo a classificação BI-RADS, 2014, região de saúde de Vitória da Conquista

Município	Classificação pelo sistema BI-RADS (número absoluto e percentual)											
	0	%	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%
Anagé	53	18,7	50	17,6	158	55,6	18	6,3	5	1,8	0	0,0
Barra do Choça	206	14,1	377	25,8	844	57,7	29	2,0	8	0,6	0	0,0
Belo Campo	50	10,7	89	19,1	321	68,9	5	1,1	1	0,2	0	0,0
Bom Jesus da Serra	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Caetanós	33	19,0	0	0,0	138	79,3	2	1,2	1	0,6	0	0,0
Cândido Sales	76	11,7	147	22,6	413	63,3	16	2,5	0	0,0	0	0,0
Caraíbas	52	10,9	137	28,7	282	59,0	6	1,3	1	0,2	0	0,0
Condeúba	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cordeiros	40	12,3	28	8,6	254	78,2	1	0,3	2	0,6	0	0,0
Encruzilhada	0	0,0	7	70,0	2	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Maetinga	37	10,7	61	17,7	233	67,5	12	3,5	2	0,6	0	0,0
Mirante	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Piripá	53	15,9	53	15,9	216	64,9	9	2,7	1	0,3	1	0,3
Planalto	102	10,7	150	15,8	690	72,5	7	0,7	3	0,3	0	0,0
Poções	240	17,9	115	8,6	925	69,0	34	2,5	<sup>2</sup> / <sub>6</sub>	1,9	0	0,0
Presidente Jânio Quadros	89	14,7	0	0,0	501	82,7	13	2,2	2	0,3	1	0,2
Ribeirão do Largo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tremedal	126	14,1	61	6,8	690	77,3	13	1,5	3	0,3	0	0,0
Vitória da Conquista	43	7,1	303	50,2	226	37,4	23	3,8	9	1,5	0	0,0

Fonte: SISMAMA

Conforme discutido no referencial teórico, o registro no sistema de informações SISMAMA contribui para apoiar ações para o controle do câncer de mama no país, concentrando dados importantes relacionados ao rastreamento, o diagnóstico e tratamento de forma padronizada em todo o país. O registro parcial ou deficiente dos dados referentes as mamografias compromete o planejamento de ações de controle para a região, não refletindo a realidade mais fidedigna relacionada às ações preventivas para o controle da doença. O sub registro nesse sistema de informações foi citado por Azevedo e Silva (2014) que comparando os registros no SIA/SUS e no SISMAMA constatou-se que em 2010, 20,7% dos procedimentos de mamografias foram registrados apenas no SIA/SUS. No presente estudo, o percentual de registro de mamografias no SISMAMA representou apenas 29%, em 2013, dos registros feitos no SIA/SUS, e de 2014 o percentual foi de 50%. Isso reflete uma das fragilidades do estudo, por encontrar dificuldades em analisar a situação atual de ações de controle do câncer de mama na região, por isso além do

indicador de oportunidade, foram utilizados os indicadores de oferta e de cobertura para uma visão mais próxima da realidade.

A ampliação da cobertura do exames de mamografia para a população-alvo preconizada para o rastreamento também foi citado por Oliveira (2011), que a maior expansão da cobertura foi em mulheres da faixa etária de 50 a 69 anos que representa a população preconizada pela política de rastreamento.

Em relação a quantidade de mamógrafos Oliveira (2011), ressalta que o número de mamógrafos no Brasil é suficiente e equiparada a quantidade disponível em países desenvolvidos. Destaca-se os outros aspectos além da oferta que influenciam no acesso ao exame estão relacionados a distribuição geográfica, infraestrutura de recursos físicos e humanos para instalação, operação e manutenção dos equipamentos, conhecimento do funcionamento e as demais barreiras relacionadas à porta de entrada no sistema como para exames complementares devido à falta de indicação do exame pelo médico.

Relacionado ao aumento da oferta de exames, Kuschnir e Silva (2015), ressaltam que a simples existência de um mamógrafo não reflete a oferta de serviços disponíveis, por tratar-se de um exame que dependem de condições necessárias para funcionamento, manutenção contínua, disponibilidade de insumos e profissionais treinados. Além de um controle de qualidade, garantindo a segurança da paciente e do profissional pela exposição à radiação ionizante, produzir uma imagem de qualidade e a interpretação adequada do resultado pelo médico.

O indicador de cobertura do município de Vitória da Conquista apresentou o percentual de 43,26% em 2013 e 44,45% em 2014, ficando abaixo da meta estipulada de 60% pelo Pacto pela saúde 2006. Por ser o município polo da região e ter um sistema público de saúde organizado nos três níveis de atenção, sugere a necessidade de intensificar a sensibilização das equipes de saúde quanto a importância do programa de rastreamento, principalmente à atenção básica como a ordenadora do cuidado, e garantir o acesso dessas mulheres às orientações de prevenção e controle do câncer de mama conscientizando sobre a realização da mamografia. Em estudo realizado por Renck *et al.* (2014), ressalta a importância do rastreamento do câncer de mama, além da disponibilidade do exame e o acesso a informação da população feminina.

Analizando o indicador de oportunidade para o período de 2013 e 2014, percebe-se uma associação entre o aumento do acesso a mamografia e a ampliação da oportunidade diagnóstica para o câncer de mama, sendo que o resultado para 2014 foi

bem mais expressivo que 2013 refletindo o maior número de exames realizados, apesar do registro parcial no sistema de informações.

Assim sendo, intensificar em ações de prevenção do câncer de mama na população de mulheres pertencentes a faixa etária que o rastreamento é preconizada, implicará em redução da mortalidade por essa patologia, melhor prognóstico, melhor qualidade de vida e contribuirá para melhor organização e planejamento dos serviços de saúde detectando os casos suspeitos em fase mais precoce, demandando tratamentos de valor mais acessíveis, garantindo o direito ao acesso tanto dos exames preventivos como ao tratamento adequado.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se neste estudo, o acesso à mamografia para a detecção precoce do câncer de mama na Região de Saúde de Vitória da Conquista, no período de 2013 e 2014, disponibilizados pelo SUS têm como principais características o aumento da oferta de exames de mamografias, expansão da cobertura da população-alvo preconizada para o rastreamento e ampliação da oportunidade diagnóstica, segundo os dados registrados nos sistemas de informações do SIA/SUS e do SISMAMA.

O número de mamógrafos em 2013 já era suficiente para atender a população feminina da região considerando a produção potencial de cada equipamento e o aumento da quantidade de aparelhos com a disponibilização de um serviço móvel de mamografia equipado com quatro aparelhos de gestão estadual com sede no município de Condeúba, sugere uma ampliação da oferta para os demais municípios da região considerando ser um serviço móvel.

Referente à cobertura da população feminina usuária do SUS na faixa etária de 50 a 69 anos houve um aumento considerável de exames de mamografias realizados em 2014 em relação a 2013, refletindo na ampliação da cobertura desta população na região, exceto para o município de Anagé em que o percentual de cobertura reduziu e para o município de Vitória da Conquista que a cobertura se manteve estável e abaixo da meta percentual de cobertura preconizada. Todos os demais municípios da região apresentaram índices de cobertura acima do preconizado tanto pela OMS quanto pelo Ministério.

A variação observada na proporção de exames realizados no município sede, com incremento significativo da cobertura e do número de exames realizados nos demais municípios, indica um processo de expansão com descentralização da oferta de serviços. Estes achados nos levam a refletir acerca da importância da universalização do acesso por meio da descentralização promovida na aquisição de novos equipamentos e pelo provimento de serviços de saúde nos municípios de residência ou sua vizinhança de modo a reduzir a dependência com relação aos município sede da região de saúde. Fatores sociais, econômicos e geográficos interagem facilitando ou dificultando o acesso dos usuários aos serviços e a proximidade do serviço parece ser um aspecto importante.

No ano de 2013, a oportunidade diagnóstica relativo a detecção de lesões classificadas como provavelmente suspeita ou provavelmente maligno apresentou percentual bem baixo. E em 2014, houve uma aumento da oportunidade que reflete a ampliação do acesso ao exame de mamografia para rastreamento.

Evidenciou-se a precariedade de registro no sistema de informações SISMAMA para os períodos de 2013 e 2014, e este estudo destaca a necessidade do registro contínuo dos dados no banco de dados para poder subsidiar de forma mais eficiente e eficaz o desenvolvimento de políticas públicas da saúde da mulher relativas à prevenção e detecção precoce do câncer de mama e contribuir para as ações e serviços de saúde relativos ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos do câncer de mama.

Considerando-se que a saúde é um direito garantido a todos, mediante políticas públicas incluindo as de atenção à saúde da mulher e de prevenção e controle do câncer de forma integral contemplando os três níveis de atenção, e com responsabilidade solidária compartilhada entre os entes da gestão e a equipe de saúde comprometida e sensibilizada para as ações de prevenção para contribuir para a detecção precoce. Também as mulheres enquanto cidadãs sanitárias que atuam no cuidado com a própria saúde realizando exames e consultas, adquirindo hábitos saudáveis à rotina e participando ativamente nas ações e serviços da comunidade, atuando de forma conjunta para a ampliação do rastreamento que tem como objetivo maior alcançar a melhoria da qualidade de vida.

Analisando-se nesta dissertação a situação local da região de saúde, dando ênfase no município de Vitória da Conquista para subsidiar a gestão municipal, tem-se as seguintes propostas:

- 1) Atender as recomendações preconizadas para as ações e serviços de saúde relacionadas aos exames preventivos para a detecção precoce do câncer de mama;
- 2) Atentar e promover a manutenção periódica dos equipamentos, garantia de insumos e educação continuada dos técnicos e médicos, para efetivo controle de qualidade;
- 3) Sensibilizar a equipe de saúde da importância do rastreamento e o comprometimento para a solicitação do exame para a faixa etária preconizada e a conscientização da população feminina da importância do exame e o conhecimento do fluxo para a realização, promovendo maior adesão;
- 4) Promover a integração da gestão de saúde municipal, equipes de saúde e os órgãos de representação das mulheres, para elaborar uma agenda contínua de ações voltadas para a educação em saúde sobre o tema;
- 5) Intensificar as ações a nível de atenção básica para o alcance da meta de 60% de cobertura da população-alvo;



6) Realizar a pactuação com os municípios da região de saúde na intenção de estabelecer uma rede regionalizada e organizada para o acesso aos exames de mamografia e os exames complementares necessários;

7) Realizar a atualização periódica dos dados no sistema de informações SIA/SUS e SISMAMA.

Com isso, espera-se contribuir para a gestão dos municípios da Região de Saúde com a análise do ponto de vista acadêmico das informações relevantes sobre o tema, subsidiar esses municípios para a realização de uma análise crítica do desenvolvimento das ações e serviços relacionados ao rastreamento do câncer de mama e atentar ao cumprimento do direito ao acesso aos exames para o diagnóstico precoce para todas as mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos proporcionando melhoria de qualidade de vida e a redução na mortalidade.

Consideramos, finalmente, que todos os aspectos estudados estão intrinsecamente ligados à garantia do direito à saúde e que o esforço pelo bom funcionamento do SUS é uma das estratégias para que, de fato, este se torne um direito de todos no Brasil.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, P.F.; SANTOS, A. M.; SOUZA, M.K.B. **Atenção Primária à Saúde na Coordenação do Cuidado em Regiões de Saúde**. Salvador. EDUFBA, 2015

AZEVEDO E SILVA, G. et al.. **Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde**. Cad Saude Publica, v. 30, n. 7, p. 1537–1550, 2014.

BAHIA. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Revista Baiana de Saúde Pública, V.36, supl. 1, dez.2012

BRASIL. **DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em:< <http://cnes2.datasus.gov.br/>> acesso em; 13 de nov. 2015

BRASIL. **DATASUS,Sistema de Informação do SUS**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>> acesso em; 13 de nov. 2015

BRASIL. **DATASUS. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/ambulatoriais/sia>> . Acesso em :11 nov.2015

BRASIL. **SISMAMA,Sistema de Informação do câncer de mama do SUS**. Disponível em:< <http://w3.datasus.gov.br/siscam/index.php?area=0402>> acesso em; 13 de nov. 2015

BRASIL. **Constituição Federal**. 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080** de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

BRASIL. **Lei nº 11.664/2008, de 29 de Abril de 2008**. Brasília, 2008.

BRASIL. **Lei nº12.802.2013** de 24 de abril de 2013.

BRASIL. **Portaria 779/2008**, de 31 de Dezembro de 2008. Defini como sistema de informação oficial do Ministério da Saúde, a ser utilizado para o fornecimento dos dados informatizados dos procedimentos relacionados ao rastreamento e a confirmação diagnóstica do câncer de mama, o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (SISMAMA)

BRASIL. **Portaria 1.101/GM**, de 12 de Junho de 2002.

BRASIL. **Portaria 453/98**, de 01 de Junho de 1998

BRASIL. **Portaria 531/2012**, de 26 de Março de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM).

BRASIL. Ministério da Saúde. **CONITEC, Relatório de Recomendação**, Abril de 2015

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas **Crítérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, p. 93, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasil, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher : Princípios e Diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde da Mulher: Apresentação**. Brasília, DF, 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde : direito de todos : 2008 – 2011** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e 8142/90)**. São Paulo: Hucitec, 1995.

FONSECA, E. N. **Problemas de comunicação da informação científica**. São Paulo: Thesaurus, 2002

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008

GURGEL, M. M. S. Câncer de mama: estágio no momento do diagnóstico em mulheres residentes do Recife - Pernambuco. p. 24–24, 2011

HOCHMAN, G. **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p.68-75, 2007

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Deteção precoce do Câncer de Mama**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 15 nov. 2015

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Estimativa 2016/2017**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 10 jan. 2016

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Magnitude do câncer no Brasil: incidência, mortalidade e tendência**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 15 nov. 2015

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 nov. 2015

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 nov. 2015

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 nov. 2015

KUSCHNIR, R.; SILVA, L.B. **Enfrentando o câncer de mama**. Gestão de redes de atenção à saúde p. 109-127. 2015

MARCHI, A. A.; GURGEL, M. S. C.; FONSECHI-CARVASAN, G. A. Rastreamento mamográfico do câncer de mama em serviços de saúde públicos e privados. **Rev. bras. ginecol. obstet**, v. 28, n. 4, p. 214–219, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Documento de Consenso para o Controle do Câncer de Mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 399. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Diário Oficial da União, 22 fev. 2006a.

NOVAES, C. DE O.; MATTOS, I. E. Prevalência e fatores associados a não utilização de mamografia em mulheres idosas. **Cad Saude Publica**, v. 25, n. supl.2, p. s310–s320, 2009.

OLIVEIRA, E. X. G. DE et al.. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3649–3664, 2011.

PAIM, J. S. Saúde no Brasil- Contribuintes para a Agenda de Prioridades de Pesquisa/Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde no Brasil**. Brasília, p. 15-19, 2004.

RENCK, D. V. et al. Equidade no acesso ao rastreamento mamográfico do câncer de mama com intervenção de mamógrafo móvel no sul do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 30, n. 1, p. 88–96, 2014.

SILVA, A. B. A. **Conhecimento e acesso aos exames para detecção precoce do câncer de mama: o caso das mulheres residentes no distrito sanitário III**, Recife/PE. p. 52–52, 2011.


SILVA, G. A. E. O aumento de acesso à mamografia e os desafios para a política de controle do câncer de mama no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3665–3670, 2011.

## 8. ANEXOS

### ANEXO A: DISPENSA DE AUTORIZAÇÃO DO CEP ENSP/FIOCRUZ

**DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** O ACESSO AOS EXAMES PREVENTIVOS PARA A DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA NA REGIÃO DE SAÚDE DE VITÓRIA DA CONQUISTA (BAHIA)  
**Pesquisador Responsável:** Cristiana Rocha Moura Souza  
**Área Temática:**  
**Versão:** 1  
**CAAE:**  
**Submetido em:** 05/06/2015  
**Instituição Proponente:** Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
**Situação da Versão do Projeto:** Pendência Documental Emitida pelo CEP  
**Localização atual da Versão do Projeto:** Pesquisador Responsável  
**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio






**DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Versão em Tramitação (PO) - Versão 1
 Projeto Original (PO) - Versão 1
 Documentos do Projeto
 Folha de Rosto - Submissão 1
 Informações Básicas do Projeto - Subm
 Outros - Submissão 1
 Projeto Detalhado / Brochura Investigac
 Avaliação 1 - Escola Nacional de Saúde P
 Projeto Completo

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações

**LISTA DE APEÇAÇÕES DO PROJETO**

Apreciação	Pesquisador Responsável	Versão	Submissão	Modificação	Situação	Exclusiva do Centro Coord.	Ações
PO	Cristiana Rocha Moura Souza	1	05/06/2015	12/06/2015	<a href="#">Pendência Documental Emitida pelo CEP</a>	Não	  

**HISTÓRICO DE TRÂMITES**

Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
PO	12/06/2015 12:32:00	Rejeição do PP			Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/ FIOCRUZ		Prezado pesquisador/aluno, O projeto está sendo rejeitado. >>>
PO	05/06/2015 20:24:46	Submetido para avaliação do CEP		Pesquisador Principal	PESQUISADOR RESPONSÁVEL	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/ FIOCRUZ	

Prezado pesquisador/aluno,

O projeto está sendo rejeitado, uma vez que utilizará apenas dados de domínio público de acesso IRRESTRITO que não identifiquem sujeitos.

Assim sendo, o projeto não necessita de aprovação por parte do Sistema CEP-CONEP.

Maiores informações estão disponíveis na página eletrônica do CEP/ENSP, no endereço: [www.ensp.fiocruz.br/etica](http://www.ensp.fiocruz.br/etica), no link "Pesquisas com dados público".

Atenciosamente,

CEP/ENSP

## ANEXO B: AUTORIZAÇÃO DO PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

Secretaria de Saúde  
[www.pmvc.ba.gov.br](http://www.pmvc.ba.gov.br)

### AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA COLETA DE DADOS

Eu, Michela Macedo Lima Costa, ocupante do cargo de Assessoria de Planejamento e Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Vitória da Conquista, autorizo a coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado "O acesso aos exames preventivos para a detecção precoce do câncer de mama na região de saúde de Vitória da Conquista - Ba" da pesquisadora Cristiana Rocha Moura Souza após aprovação do referido projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CEP/ENSP-FIOCRUZ).

Vitória da Conquista, 03 de Junho de 2015.

*Michela Macedo Lima Costa*

Assessoria de Planejamento e Educação Permanente  
Coordenação do Polo de Educação  
Permanente em Saúde

Rua Olívia Flores, 3000, Bairro Universidade (Estrada para UESB)  
Fone: (77) 3429-3473  
CEP 45031-000 - Vitória da Conquista - Bahia  
Escola de Formação em Saúde da Família