

# Programa Integrado de Controle do Câncer Mamário: experiência do Sistema Único de Saúde na região leste da cidade de São Paulo

*Integrated Program Control of Breast Cancer: Public Health System experience in the east side of the city of São Paulo*

Marianne Pinotti<sup>1</sup>, Eduardo Blanco Cardoso<sup>2</sup>, Marcelo Gennari Boratto<sup>3</sup>,  
Luiz Fernando Guimarães dos Santos Filho<sup>4</sup>, Rafaela Cecílio Sahium<sup>4</sup>, Izolda Machado Ribeiro<sup>5</sup>, Mauro Borges<sup>6</sup>

## Descritores

Neoplasias da mama  
Rastreamento  
Prevenção  
Diagnóstico

## Keywords

Breast neoplasms  
Screening  
Prevention  
Diagnosis

## RESUMO

Os autores discorrem sobre as dificuldades existentes no rastreamento mamográfico organizado e apresentam um modelo de gestão para atendimento integral do câncer de mama que vem sendo realizado na cidade de São Paulo, fruto da parceria do Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) e da Escola de Ginecologia e Mastologia Prof. J. A. Pinotti (EGIMAJAP) com a Prefeitura da Cidade de São Paulo (Secretaria Municipal de Saúde) e com o Ministério da Saúde. A intersectorialidade do poder público e privado junto à comunidade contribuem para sustentabilidade de intervenções sanitárias com ampla aceitação social.

## ABSTRACT

*The authors discuss the difficulties in the organization of the mammographic screening and present a management model to comprehensive care of breast cancer which is being held in the city of São Paulo, the result of partnership of Oswaldo Cruz German Hospital, Prof J. A. Pinotti's Gynecology and Mastology School (EGIMAJAP) with the Municipality of São Paulo and Ministry of Health. The intersectoral public and private power with the community contribute to the sustainability of health interventions with broad social acceptance.*

<sup>1</sup>Diretora do Programa Integrado de Controle do Câncer Mamário (PICCM) – São Paulo (SP), Brasil; Doutor em Medicina pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>2</sup>Coordenador de Ensino e Pesquisa do PICCM – São Paulo (SP), Brasil; Doutor em Medicina pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>3</sup>Assistente Doutor do PICCM – São Paulo (SP), Brasil; Doutor em Medicina pela USP – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>4</sup>Médico Mastologista do PICCM – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>5</sup>Gerente da Unidade de Sustentabilidade Social do Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>6</sup>Superintendente Médico do HAOC – São Paulo (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Dra. Marianne Pinotti – Avenida Brasil, 622 – CEP 01430-000 – São Paulo (SP), Brasil –

E-mail: marianne.pinotti@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: 20/10/2013. Aceito em: 28/11/2013

O câncer de mama é um dos problemas prioritários de saúde pública no mundo, representando a primeira causa de morte por câncer na população feminina<sup>1</sup>.

A sua incidência tem aumentado nas últimas décadas por diversos fatores, tais como obesidade, redução da atividade física, idade tardia do primeiro parto, amamentação ausente ou insuficiente, exposição aos hormônios endógenos e ou exógenos, extenso processo de envelhecimento responsável por mudanças no perfil epidemiológico da população, entre outros. Embora seja menor nos países em desenvolvimento, comparado aos de primeiro mundo (taxa estandardizada por idade – [TAE] 23 e 63 por 100.000, respectivamente)<sup>2</sup>, as mulheres que vivem em países com menores ingressos, como as sul-americanas, apresentam menor sobrevida, decorrente, na maioria dos casos, do diagnóstico tardio<sup>3,4</sup>.

Considerando o caráter multifatorial e impreciso na etiologia da doença, a prevenção secundária é a única ferramenta que permite o diagnóstico precoce. Sua associação ao tratamento oportuno contribui favoravelmente para a cura<sup>5,6</sup>.

O problema do diagnóstico tardio foi particularmente importante na década de 1950 em países desenvolvidos como Estados Unidos<sup>7</sup>. Nessa época se identificaram determinantes atribuídos às mulheres, dado que uma alta porcentagem das mesmas chegava tarde ao diagnóstico por falta do reconhecimento de sintomas, ou pelo medo dos médicos, hospitais e da própria doença, além do estigma do seu tratamento ligado historicamente a mutilação e sofrimento<sup>8</sup>. Na década de 1970, ampliou-se este conceito para as mulheres considerando-as “negadoras habituais”, especialmente, perante situações de estresse ou de outra índole. De modo geral, evitavam utilizar no discurso a palavra “câncer” e manifestavam maiores níveis de ansiedade, tensão, fadiga e confusão em relação ao tumor maligno<sup>9</sup>. Em revisão realizada na década de 1990, reporta-se que as mulheres portadoras da doença avançada apresentavam maior idade e procediam de meio socioeconômico e cultural deficitário<sup>10</sup>. Entre os fatores clínicos para o diagnóstico tardio se assinalava a falta de sintomas e ou a presença de massa palpável<sup>11</sup>.

Nos países em desenvolvimento e em certos grupos étnicos de países desenvolvidos, o diagnóstico tardio está na dependência, além dos fatores culturais e sociodemográficos já comentados, de outros relacionados com o acesso e acolhimento do sistema de saúde<sup>3,12,13</sup>. Os estudos dos determinantes sociais para interpretar o comportamento das usuárias, também permitiu identificar relações benéficas, como é o caso do fortalecimento das redes sociais, sejam elas domiciliares e ou comunitárias, que melhoram a adesão e a frequência das mulheres ao rastreamento mamográfico<sup>14</sup>. Isto é particularmente importante em países como Brasil, onde um número significativo da população apresenta baixa renda e escolaridade<sup>15</sup>. Além disto, registram-se as mesmas dificuldades e medos com respeito à enfermidade, denunciados a mais de 60 anos<sup>7,8</sup>.

Têm sido amplamente debatidas as limitações do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil em termos de cobertura mamográfica, assim como as dificuldades no controle e avaliação dos serviços disponíveis. Igualmente, assinalam-se coadjuvantes representados por um número de mamógrafos quase duas vezes superior ao necessário para cobrir toda a população<sup>16</sup>; porém desproporcionalmente distribuído e com baixo nível de produtividade. Fatores locativos, econômicos e culturais permeiam a rede assistencial existente, constituindo entraves à plena oferta do exame. Complementa esta análise a falta de novas tecnologias já consagradas na rede privada, tanto para diagnóstico quanto para o tratamento, como sistemas digitais de mamografia, estereotaxia, medicina nuclear, medicamentos, entre outras.

Com retaguarda tecnológica apropriada, protocolos baseados em evidências científicas, equipes técnico-assistenciais treinadas e mulheres compromissadas com a sua saúde, é possível promover um elo de confiança entre usuário e médico, privilegiado o tão esperado diagnóstico precoce.

Todos estes fatores precisam ser levados em consideração quando se pretende elaborar um programa de controle do câncer, que permita determinar o grupo da população que deve ser priorizado, as estratégias de intervenção e os meios a serem utilizados para produzir as mudanças necessárias, assim como os mecanismos para avaliar a evolução dessas mudanças.

Existem, contudo, experiências pilotos com resultados promissores como o Programa Integrado de Controle do Câncer Mamário (PICCM) desenvolvido pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) e a Escola de Ginecologia e Mastologia José Aristodemo Pinotti (EGIMAJAP) em parceria com a Prefeitura da Cidade de São Paulo (Secretaria Municipal de Saúde) e o Ministério da Saúde. Os benefícios esperados deste modelo de gestão, que se iniciou em novembro de 2009, resultam no melhor conhecimento da doença por parte da comunidade de mulheres da região, no acesso fácil e simplificado das mesmas à realização da mamografia, na resolução rápida e eficiente dos casos suspeitos, no encaminhamento terapêutico sem demoras ou burocracia e no seguimento dos casos de forma contínua, com fácil acesso e bom acolhimento; além de fornecer registros adequados e confiáveis que podem ser usufruídos pelo governo para fins de avaliação, normatização, investigação clínica e ou experimental.

Os dados a seguir mostram alguns números em termos de atendimento, que exemplificam a viabilidade e reprodutibilidade de um modelo padrão de gestão multi-institucional, com participação municipal, federativa e da sociedade civil.

O PICCM vem desenvolvendo um Projeto de Educação Permanente (PEP) na comunidade para sustentabilidade do rastreamento mamográfico em mulheres com idade  $\geq 40$  anos, moradoras nos bairros da Mooca, Pari, Brás, Belenzinho, Água Rasa, Vila Bertioga e Vila Prudente, na região leste da cidade de São Paulo. Em parceria com o Centro de Integração

Empresa-Escola (CIEE) capacitaram-se 8 universitários para levar educação nas modalidades de palestras e oficinas, integrando diversos polos institucionais e sociais: 7 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 6 escolas municipais, além de 22 centros comunitários presentes na região (igrejas, albergues, creches, clubes, centros culturais, etc.). A equipe do PEP, junto aos gestores das UBS, supervisores de ensino das escolas e líderes comunitários atuam sinergicamente no processo de adesão da mulher ao rastreamento organizado. As ações educacionais responderam por 65% (n=10.226) dos 15.720 agendamentos mamográficos realizados até agosto de 2013, considerando-se apenas o primeiro exame para ingressar ao programa. Os 35% restantes procedem dos encaminhamentos das UBS, contemplados no protocolo regular de atendimento.

Fisicamente, o PICCM conta com duas unidades, uma fixa, localizada no Centro de Sustentabilidade Social do HAOC e outra móvel, ambas modernamente equipadas; esta última, especialmente destinada ao rastreamento de mulheres com antecedentes de mamografia normal.

Em 43 meses de atuação, cadastraram-se 15.711 mulheres (36% ≤40 anos), demandando a realização de 30.100 mamografias, 16.951 ecografias mamárias, 1.366 biópsias (aspirativas, de fragmentos, incisional e ou excisional), 557 cirurgias; sendo diagnosticados 269 cânceres (17,1/1.000). Destes, 38, 47 e 42% corresponderam respectivamente aos estádios clínicos 0-I, II-IIIa e IIb-IV.

No que diz respeito à satisfação das mulheres assistidas pelo programa registrou-se indicador de gestão ≥95%, em relação ao acompanhamento e acolhimento no centro (98%), atendimento da enfermagem (99%), atendimento médico (99%), atendimento nutricional, psicológico e social (100%) e limpeza/organização do local (99%).

Se bem a repercussão sobre a mortalidade só poderá ser medida transcorridos vários anos da aplicação do programa, é razoável esperar, que se reduza significativamente, desde que os indicadores de participação, estudos complementares, taxa de detecção, valor preditivo, etc., se mantenham dentro dos limites de aceitabilidade.

Para que este programa de prevenção em câncer funcione satisfatoriamente, as equipes técnicas que o integram dispõem de informação qualificada que as auxilia a atuar adequadamente e introduzir as melhoras necessárias. Os procedimentos diagnósticos e de tratamento são fundamentados e protocolizados em experiências clínicas controladas. Desta forma garante-se o aprimoramento da assistência na espera de “novas descobertas” que possam contribuir com a produção do conhecimento científico. Também é missão do programa que as mulheres da comunidade conheçam a sua existência, seus objetivos e se possível seus resultados, enquanto participa do processo. Por sua vez, para a gestão torna-se imprescindível dispor dos dados individuais das usuárias, assim como da atenção prestada a cada

uma, o que permite analisar as ações desenvolvidas e traçar os devidos acertos. Só assim poder-se-á comprovar se os objetivos globais do programa foram de fato alcançados.

Esta experiência constitui um recurso válido do fortalecimento institucional do sistema de saúde, enquanto provedor de serviços, mas fundamentalmente, resgata do indivíduo a condição cidadã, para o pleno exercício de seus anseios e potencialidades.

## Referências

1. World Health Organization. Palliative care. Cancer control knowledge into action who guide for effective programmes.2006. [Internet] [cited dez 2008] Available from: <<http://www.who.int/cancer/media/FINAL-Palliative%20Care%20Module.pdf>>
2. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2000: cancer incidence, mortality and prevalence worldwide, version 2.0. IARC Cancer Base N° 5. Lyon: IARC Press; 2001
3. Schwarztman G. Breast Cancer in South America: challenges to improve early detection and medical management of a public health problem. *J Clin Oncol.* 2001;19(18 Suppl):118S-124S.
4. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin.* 2005;55(2):74-108.
5. Vogel, VG. Breast Cancer prevention: a review of current evidence. *CA Cancer J Clin.* 2000;50(3):156-70.
6. Berry DA, Cronin KA, Plevritis SK, Fryback DG, Clarke L, Zelen M, et al. Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer. *N Eng J Med.* 2005;353(17):1784-92.
7. Aitken-Swan J, Paterson R. The cancer patient: delay in seeking advice. *Br Med J.* 1955;1(4914):623-7.
8. Greer S. Psychological aspects. Delayed in the treatment of breast cancer. *Proc R Soc Med.* 1974;67(6 Pt 1):470-3.
9. Worden JW, Weismann AD. Psychosocial components of lagtime in cancer diagnosis. *J Psychosom Res.* 1975;19(1):69-79.
10. Ramirez AJ, Westcombe AM, Burgess CC, Sutton S, Littlejohns P, Richards MA. Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. *Lancet.* 1999;353(9159):1127-31.
11. Burgess CC, Ramirez AJ, Richards MA, Love SB. Who and what influences delayed presentation in breast cancer? *Br J Cancer.* 1998;77(8):1343-8.
12. Lannin DR, Mathews HF, Miychell J, Swanson MS, Swanson FH, Edwards MS. Influence of socioeconomic and cultural factors on racial differences in late-stage presentation of breast cancer. *JAMA.* 1998;279(22):1801-7.
13. Thongsuksai P, Chongsuvivatwong V, Sriplung H. Delay in breast cancer care: a study in Thai women. *Med Care.* 2000;38(1):108-14.
14. Suarez L, Lloyd L, Weiss N, Rainbolt T, Pulley L. Effect of social networks on cancer screening behavior of older Mexican- American women. *J Natl Cancer Inst.* 1994;86(10):775-9.
15. Pan America Health Organization/WHO. Brazil health systems and services profile: monitoring and analysis of health systems change/reform, 2008. Brasília. Pan America Health Organization/ World Health Organization; 2011.
16. PortaldaSaúdeSUS–2011. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area=124&CO\\_NOTICIA=12810](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12810)>