

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E TEMÁTICA  
COORDENAÇÃO-GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

**""Avanços no enfrentamento ao Câncer de Mama no  
Brasil: promoção à saúde, prevenção, detecção e  
disponibilidade de tratamento ""**

ALINE LEAL GONÇALVES CREDER LOPES

10 DE AGOSTO DE 2017

# A magnitude do Câncer do colo do útero e de Mama no Brasil

## Tipos de câncer mais incidentes, por sexo

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2016 por sexo, exceto pele não melanoma\*

Localização Primária	Casos	%			Localização Primária	Casos	%
Próstata	61.200	28,6%	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>	Mama feminina	57.960	28,1%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.330	8,1%			Cólon e Reto	17.620	8,6%
Cólon e Reto	16.660	7,8%			Colo do útero	16.340	7,9%
Estômago	12.920	6,0%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.890	5,3%
Cavidade Oral	11.140	5,2%			Estômago	7.600	3,7%
Esôfago	7.950	3,7%			Corpo do útero	6.950	3,4%
Bexiga	7.200	3,4%			Ovário	6.150	3,0%
Laringe	6.360	3,0%			Glândula Tireoide	5.870	2,9%
Leucemias	5.540	2,6%			Linfoma não Hodgkin	5.030	2,4%
Sistema Nervoso Central	5.440	2,5%			Sistema Nervoso Central	4.830	2,3%

\*Números arredondados para múltiplos de 10.

Fonte: Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil / INCA/SAS/MS, 2015

# Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 [1]

- Desenvolver estratégias para difusão de informação e mobilização social relativas à prevenção e à detecção precoce do câncer do colo do útero e de mama.
- Ampliar e/ou manter a cobertura de exame citopatológico do câncer do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos, em todas as regiões do país.
- Garantir tratamento de mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer do colo do útero.
- Consolidar um sistema nacional, padronizado e integrado de informação sobre o câncer.

## Referência

[1] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

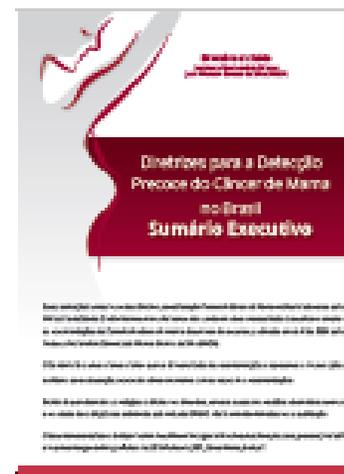
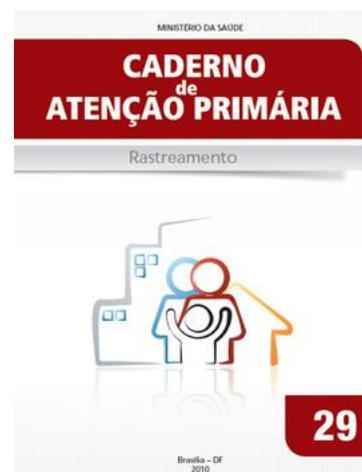
# Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 [1]



Difusão da informação e Mobilização Social

- Ampliar o acesso à mamografia de rastreamento para mulheres de 50 a 69 anos.
- Consolidar um sistema nacional, padronizado e integrado de informação sobre o câncer.

# Materiais para Educação Continuada Elaborados



# PREVENÇÃO PRIMÁRIA

- Como evitar o câncer de mama? Quais são os fatores de risco para essa doença?
- Idade
- Idade da menarca
- Número de gravidezes
- Idade na primeira gravidez
- História na família de câncer
  - de mama
- História prévia de câncer de mama
- Obesidade
- Alimentos industrializados
- Uso de álcool

[PORTARIA GM/MS Nº 4.279/2010](#)

[PORTARIA GM/MS Nº 483/2014](#)

## REDES DE ATENÇÃO

SUPERAÇÃO DA FRAGMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE



### INTEGRALIDADE DO CUIDADO

PROMOÇÃO, PREVENÇÃO, DETECÇÃO PRECOCE, TRATAMENTO E CUIDADOS PALIATIVOS

### INTEGRAÇÃO SISTÊMICA DE AÇÕES E SERVIÇOS

INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS PREVENTIVOS, DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS  
ORGANIZAÇÃO DE FLUXOS ASSISTENCIAIS EM TODOS OS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

**PREVENÇÃO E  
DETECÇÃO PRECOCE**

**ACESSO À  
CONFIRMAÇÃO  
DIAGNÓSTICA**

**TRATAMENTO  
ADEQUADO E EM  
TEMPO OPORTUNO**

# ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA



## PLANO DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM CÂNCER

INSTRUMENTO DE GESTÃO QUE VISA **ORGANIZAR AS AÇÕES E OS SERVIÇOS** DE SAÚDE OFERTADOS, BEM COMO OS **FLUXOS ASSISTENCIAIS**, EM TODOS OS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA A PREVENÇÃO, O DIAGNÓSTICO E O TRATAMENTO DO CÂNCER

- **ANÁLISE CRÍTICA DA SITUAÇÃO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO**
  - **MAPEAMENTO DOS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE**
  - **PROPOSIÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO**

O SUS GARANTE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A PACIENTES COM  
NEOPLASIA MALIGNA, POR MEIO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS  
PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS - CUJO PLANEJAMENTO,  
ORGANIZAÇÃO E CONTROLE SÃO DE RESPONSABILIDADE DAS  
SECRETARIAS DE SAÚDE

# Rastreamento

## RASTREAMENTO

- Assintomático;
- Populacional;
- População sem risco adicional .

Gera queda da mortalidade

X

## DIAGNÓSTICO PRECOCE

Sinais e sintomas

MELHORES EVIDÊNCIAS: o rastreamento enquanto programa deve ser oferecido à população somente quando comprovado que seus benefícios superam amplamente os riscos e danos, dessa forma, permitindo detecção precoce e tratamento de certas doenças. Entretanto, a adesão ao programa deve ser voluntária e entendida como direito dos cidadãos.

# Rastreamento do câncer de mama

## Objetivo

Detecção da doença na sua fase pré-clínica com o menor número possível de casos falso-positivos e a consequente diminuição da mortalidade pela doença.

## Diretrizes

O Ministério da Saúde recomenda a realização da mamografia de rastreamento para as mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos.

## Diagnóstico Precoce

As mulheres que tiverem alto risco devem ter acesso ao diagnóstico precoce em tempo oportuno.



Diretrizes para a  
Detecção Precoce do  
**Câncer de Mama**  
no Brasil

# Câncer de Mama

## Mamografia

### Questão norteadora

Qual a eficácia do rastreamento com mamografia na redução da mortalidade global e por câncer de mama, comparada à ausência de rastreamento?

### Recomendação

< de 50 anos

O Ministério da Saúde recomenda **contra** o rastreamento com mamografia em mulheres com menos de 50 anos (recomendação contrária forte: os possíveis danos claramente superam os possíveis benefícios)

De 50 a 59 anos

**O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 50 e 59 anos** (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios e danos provavelmente são semelhantes)

De 60 a 69 anos

**O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 60 e 69 anos** (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos)

De 70 a 74 anos

O Ministério da Saúde recomenda **contra** o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 70 e 74 anos. (recomendação contrária fraca: o balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto)

75 anos ou mais

O Ministério da Saúde recomenda **contra** o rastreamento com mamografia em mulheres com 75 anos ou mais. (recomendação contrária forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios)

Periodicidade

O Ministério da Saúde recomenda que a **periodicidade do rastreamento com mamografia nas faixas etárias recomendadas seja a bienal** (recomendação favorável forte: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos quando comparada às periodicidades menores do que a bienal).

# Exame de rastreamento do câncer de mama – Mamografia

---

- A Organização Mundial de Saúde (OMS) e também países como Reino Unido, França e Alemanha, não recomendam o rastreamento mamográfico antes dos 50 anos uma vez que há limitada evidência de redução da mortalidade e mais riscos e danos do que benefícios para estas mulheres mais jovens.
- Uma das razões é a menor sensibilidade da mamografia em mulheres na pré-menopausa devido a maior densidade mamária.

# Riscos e Benefícios considerados para o rastreamento

---

## Riscos do rastreamento

- Resultados falso positivos (mamografias alteradas que não confirmam câncer no exame histopatológico): em mulheres com idade inferior a 50 anos, a mamografia apresenta mais resultados falso positivos.
- Sobrediagnóstico e sobretratamento: mulheres com idade inferior a 50 anos têm maior chance de apresentar tumor in situ que mulheres acima desta idade, os quais não evoluiriam e serão tratados desnecessariamente.
- Exposição à radiação: maior exposição na população de 40-49 anos em comparação com a faixa de 50-69 anos.

Fonte: Norman AH, Tesser CD. Rastreamento: in Lopes JMC, Gusso GDF, editores, Tratado de Medicina de Família e Comunidade, Porto Alegre: Artmed, 2012.

# Riscos e Benefícios considerados para o rastreamento

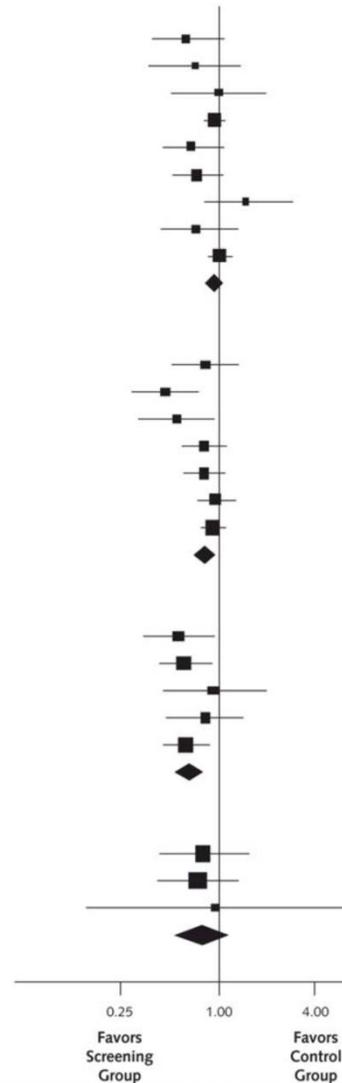
---

## *Benefícios do rastreamento*

- Impacto na mortalidade: os resultados de ensaios clínicos randomizados sugerem que, quando a mamografia é ofertada às mulheres entre 50 e 69 anos, a cada dois anos, é possível reduzir a mortalidade por câncer de mama.
- A mamografia bilateral para rastreamento do câncer de mama é assim indicada por ser nessa faixa etária que esse exame apresenta o maior benefício na queda de mortalidade e maior chance de sobrevida das mulheres, com muito menos eventos adversos.

# Desempenho da Mamografia (Meta-análise dos estudos clínicos)

Author, Year (Reference)	Trial Name	Mean Follow-up, y	Relative Risk (95% CI)
<b>Women aged 39–49 y</b>			
Nyström et al, 2002 (30)*	MMST II	11.2	0.64 (0.39–1.06)
Tabár et al, 1995 (26)	Kopparberg	12.5	0.73 (0.37–1.41)
Tabár et al, 1995 (26)	Östergötland	12.5	1.02 (0.52–1.99)
Moss et al, 2015 (27)	Age	17.5	0.93 (0.80–1.09)
Bjurstam et al, 2003 (25)	Gothenburg	13.8	0.69 (0.45–1.05)
Habbema et al, 1986 (29)	HIP	14.0	0.75 (0.53–1.05)
Nyström et al, 2002 (30)*	Stockholm	14.3	1.52 (0.80–2.88)
Nyström et al, 2002 (30)*	MMST I	18.2	0.74 (0.42–1.29)
Miller et al, 2014 (15)	CNBSS-1	21.9	1.04 (0.87–1.24)
Overall ( $I^2 = 25\%$ ; $P = 0.230$ )			0.92 (0.75–1.02)
<b>Women aged 50–59 y</b>			
Tabár et al, 1995 (26)	Östergötland	12.5	0.85 (0.52–1.38)
Tabár et al, 1995 (26)	Kopparberg	12.5	0.48 (0.29–0.77)
Nyström et al, 2002 (30)*	Stockholm	13.7	0.56 (0.32–0.97)
Bjurstam et al, 2003 (25)	Gothenburg	13.8	0.83 (0.60–1.15)
Habbema et al, 1986 (29)	HIP	14.0	0.83 (0.61–1.13)
Nyström et al, 2002 (30)*	MMST I	18.1	0.98 (0.75–1.29)
Miller et al, 2014 (15)	CNBSS-2	21.9	0.94 (0.78–1.13)
Overall ( $I^2 = 38.0\%$ ; $P = 0.139$ )			0.86 (0.68–0.97)
<b>Women aged 60–69 y</b>			
Tabár et al, 1995 (26)	Kopparberg	12.5	0.58 (0.35–0.96)
Tabár et al, 1995 (26)	Östergötland	12.5	0.62 (0.43–0.91)
Nyström et al, 2002 (30)*	Stockholm	13.1	0.94 (0.46–2.02)
Habbema et al, 1986 (29)	HIP	14.0	0.85 (0.48–1.47)
Nyström et al, 2002 (30)*	MMST I	15.5	0.64 (0.45–0.92)
Overall ( $I^2 = 0.0\%$ ; $P = 0.739$ )			0.67 (0.54–0.83)
<b>Women aged 70–74 y</b>			
Tabár et al, 1995 (26)	Östergötland	12.5	0.82 (0.43–1.58)
Tabár et al, 1995 (26)	Kopparberg	12.5	0.76 (0.42–1.36)
Nyström et al, 2002 (30)*	MMST I	13.6	0.98 (0.15–6.60)
Overall ( $I^2 = 0.0\%$ ; $P = 0.962$ )			0.80 (0.51–1.28)



## Risco de Morte por Câncer de Mama com Rastreamento

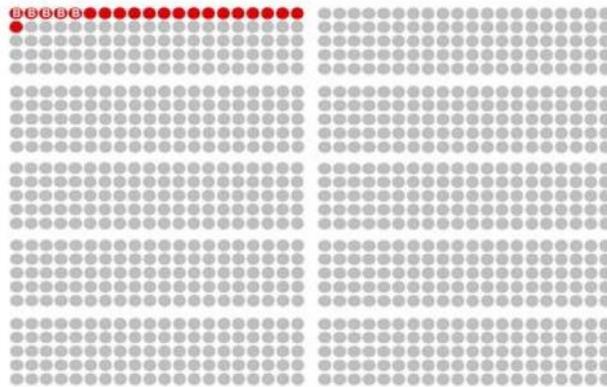
- 39-49 anos: Sem redução
- 50-59 anos: Redução de 14%
- 60-69 anos: Redução de 33%
- 70-74 anos: Sem redução

# Breast Cancer Early Detection

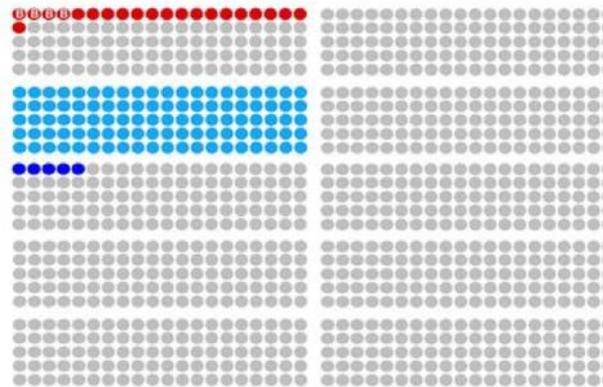
by mammography screening

Numbers for women aged 50 years or older who participated in screening for 10 years or more

1000 women without screening:



1000 women with screening:

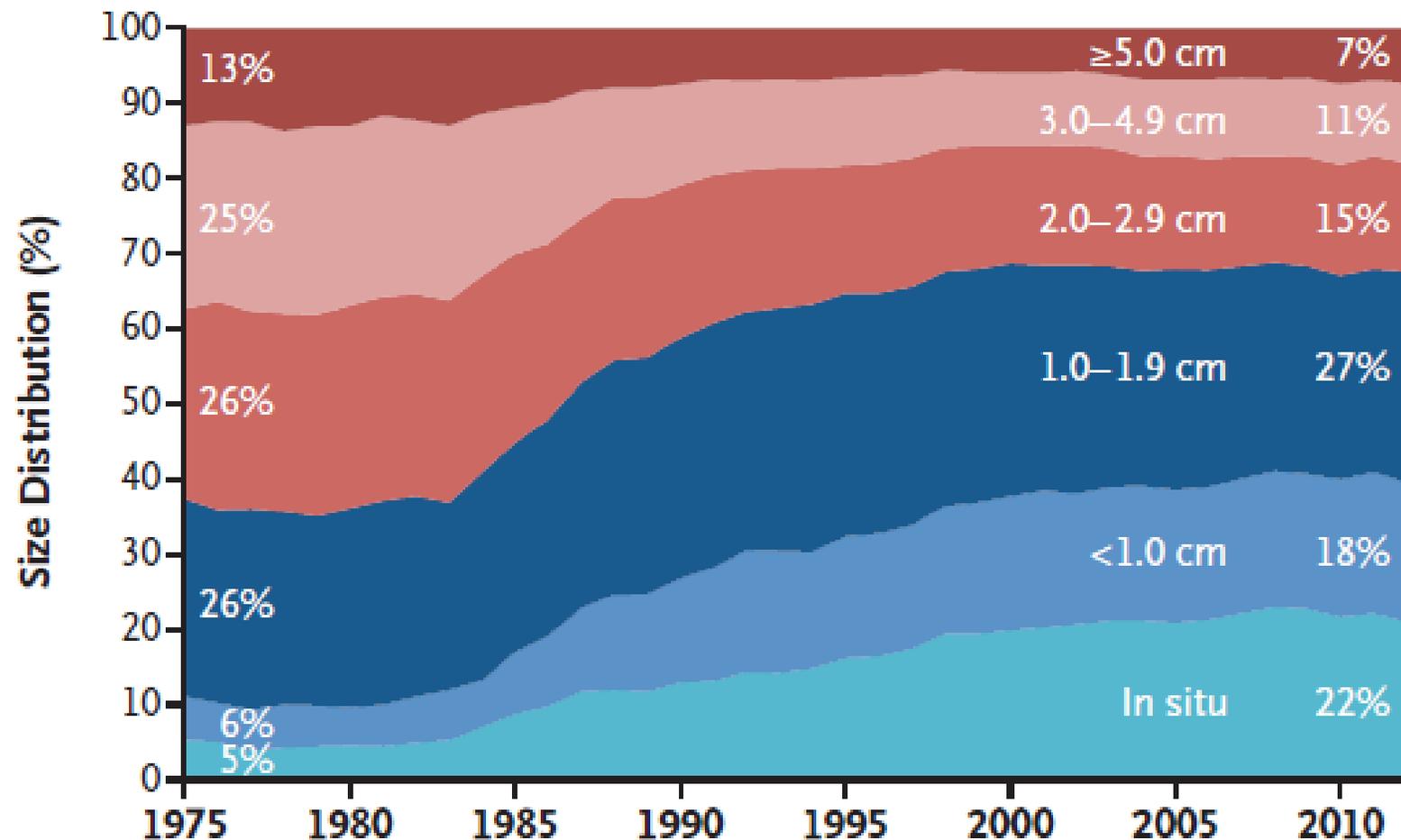


ⓑ Women who died from breast cancer:	5	4
● Women who died from all types of cancer:	21	21
● Women who learned after a biopsy that their diagnosis was a false-positive:	–	100
● Women who were diagnosed and treated for breast cancer unnecessarily:	–	5
● Remaining women:	979	874

Source:  
Gøtzsche, PC, Jørgensen, KJ (2013). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (6): CD001877  
Numbers in the facts box are rounded. Where no data for women above 50 years of age are available, numbers refer to women above 40 years of age.  
[www.harding-center.mpg.de](http://www.harding-center.mpg.de)

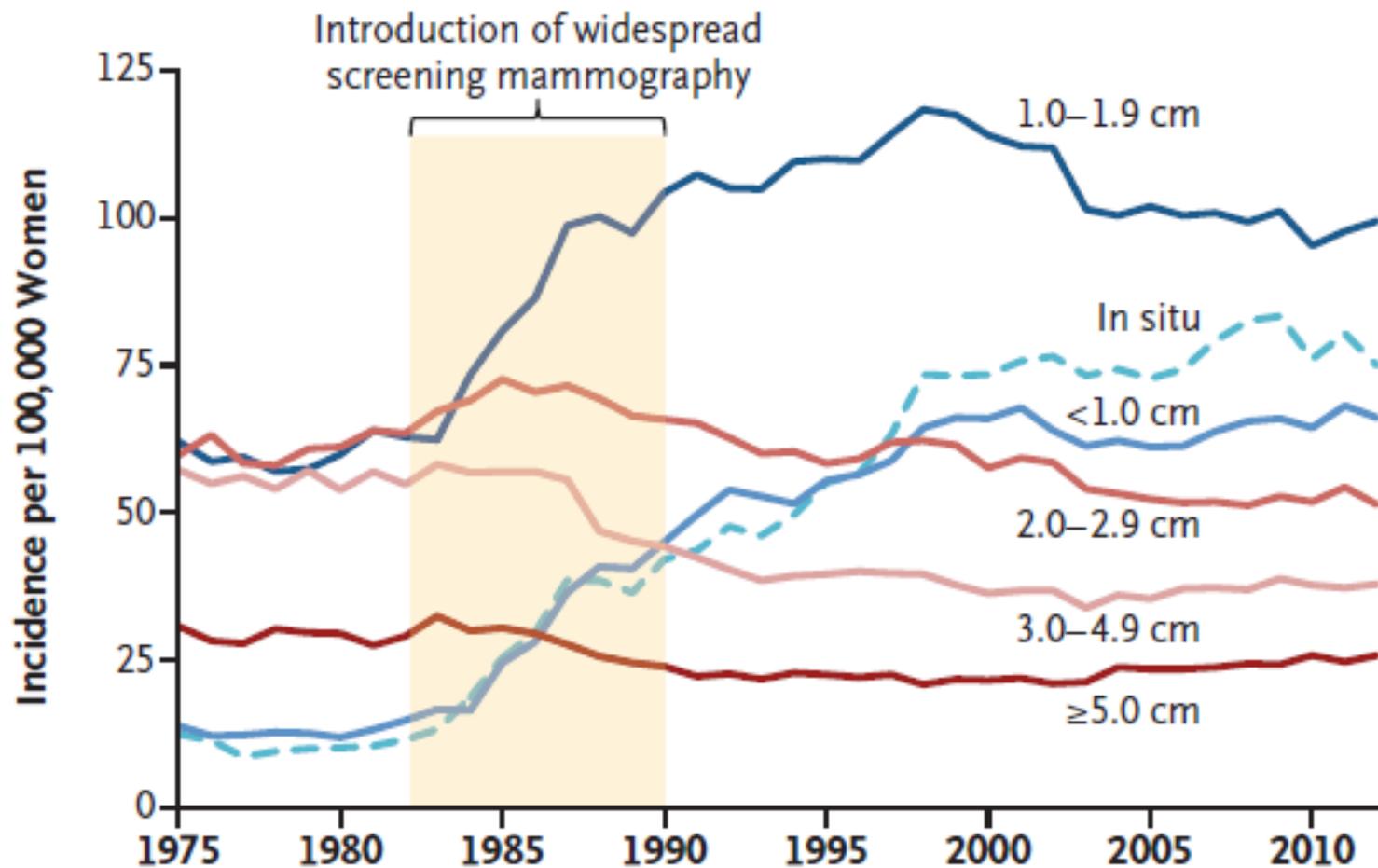
# Rastreamento por Mamografia **umenta** **a proporção** de Câncer Inicial ao Diagnóstico

## A Tumor Size Distribution

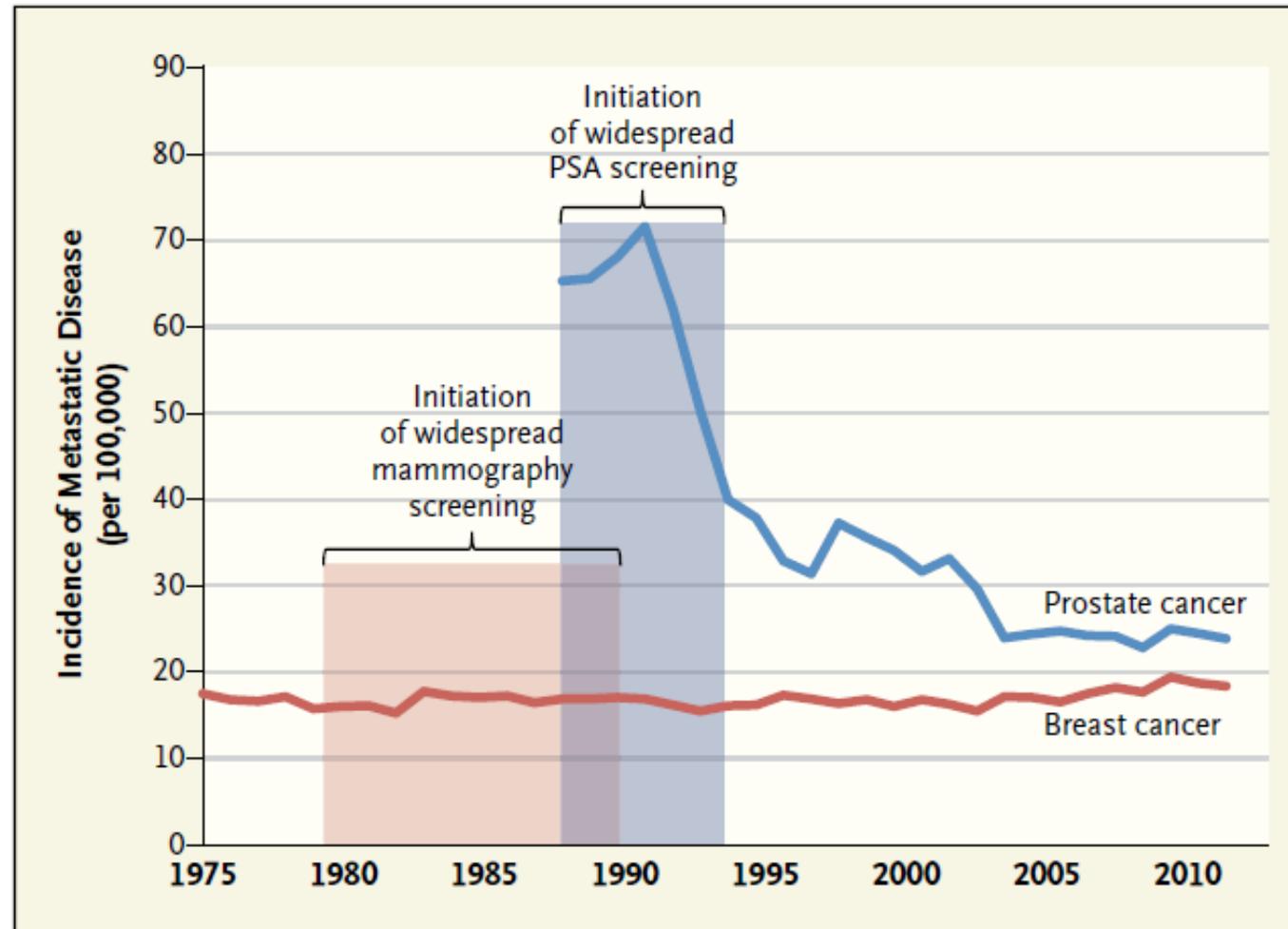


# Rastreamento por Mamografia **não diminui** a Incidência de Câncer Avançado ao Diagnóstico

## B Size-Specific Incidence



# Rastreamento por Mamografia **não diminui** a Incidência de Câncer Metastático ao Diagnóstico



Estado	Existente	Existente SUS	Uso SUS	População SUS dependente 50-69 anos
AC	0	0	0	28.035
AL	70	46	42	171.852
AM	87	77	67	153.480
AP	0	0	0	24.739
BA	361	193	183	894.164
CE	187	84	80	503.867
DF	97	14	13	101.392
ES	120	56	53	196.378
GO	200	94	92	382.217
MA	99	43	41	374.977
MG	651	325	314	1.222.200
MS	86	37	37	133.277
MT	112	54	53	182.759
PA	139	59	54	379.921
PB	175	120	113	245.337
PE	203	123	117	523.167
PI	73	44	44	209.283
PR	304	151	150	691.215
RJ	542	187	178	825.184
RN	69	40	38	177.450
RO	41	18	17	92.891
RR	0	0	0	20.149
RS	383	209	205	3.733.697
SC	199	130	127	471.013
SE	45	32	29	114.264
SP	1386	537	511	2.127.875
TO	31	22	22	90.778
<b>TOTAL</b>	<b>5660</b>	<b>2695</b>	<b>2580</b>	<b>14.071.561</b>



Não há restrição de idade para realização do exame de mamografia, sendo que o mesmo será realizado para fins de rastreamento prioritariamente para as mulheres entre 50 e 69 anos. Todas as demais mulheres que tiverem indicação médica para realização de mamografia tem acesso garantido aos procedimentos disponíveis pelo SUS.

## **Programa de Mamografia Móvel**

- Exame mamográfico realizado por unidade móvel de saúde com o objetivo de identificar e rastrear alterações relacionadas ao câncer de mama, em todo território nacional.
- Aumentar a cobertura mamográfica em todo território nacional, prioritariamente nas mulheres de 50 aos 69 anos.
- Garantir o fornecimento regular do exame mamográfico às mulheres na faixa etária prioritária, elegíveis para o rastreamento do câncer de mama, bienalmente.
- Prevê valor diferenciado de R\$65,20, para as análises feitas em mamógrafos móveis, além de fixar a porcentagem desses exames para cada região.

# Marco Legal SDM e SRC

Portaria GM/MS nº 189, de 31 de janeiro de 2014

Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação



# O que é o Serviço de Referência para o Diagnóstico e Tratamento do Câncer do Colo de Útero (SRC) e de Mama (SDM)?

- São serviços de saúde com **habilitação específica**, que possuem **estrutura mínima**, tanto de **equipamentos** quanto de **profissionais**, necessária para realizar **procedimentos com finalidade diagnóstica e terapêutica dos cânceres do colo do útero e de mama**.
- Estes serviços atuarão como pontos de atenção imprescindíveis na linha de cuidado do câncer do colo do útero e de mama, de maneira integrada à Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, visando à **integralidade do cuidado dos usuários do Sistema Único de Saúde**.



# O que é o Serviço de Referência para o Diagnóstico e Tratamento do Câncer do Colo de Útero (SRC) e de Mama (SDM)?

- Esses serviços deverão realizar, **minimamente**, um **rol específico de procedimentos**, de acordo com o tipo de habilitação. Dessa forma o usuário que acessar esse serviço poderá realizar todos os procedimentos mínimos, em um só local.
- **Não se trata, necessariamente, de um novo serviço.** Estabelecimentos de saúde que, atualmente, realizem alguns dos procedimentos mínimos, podem se adequar para atender às exigências e, com

# Exigências para habilitação

---

- Segundo a Portaria nº189 de 31 de janeiro de 2014;
  - **Rol e quantitativo mínimo de procedimentos.**
  - **Equipe mínima e necessidade de oferta de consultas especializadas;**
  - **Identificação serviços de referência – laboratórios e alta complexidade;**
  - **Declaração de oferta de apoio matricial.**

# Procedimentos Mínimos para a Habilitação SDM/SRC

SRC	SDM
Coleta de material p/ exame citopatológico de colo uterino	Biópsia/exérese de nódulo de mama*
Colposcopia*	Mamografia bilateral para rastreamento
Biópsia do colo uterino*	Mamografia unilateral
Exérese da zona de transformação do colo uterino*	Punção aspirativa de mama por agulha fina*
Ultrassonografia pélvica (ginecológica)*	Punção de mama por agulha grossa*
Ultrassonografia transvaginal	Ultrassonografia mamária bilateral*

\* Incremento de 60% no valor do procedimento

# Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM)

- A Habilitação conta com um incentivo de custeio de 60% para os procedimentos

Biópsia/exerese de nódulo de mama; Punção aspirativa de mama por agulha fina e Punção de mama por agulha grossa

- Incentivo financeiro de investimento com natureza de despesa de capital, em parcela única, para adequação dos estabelecimentos, correspondente para aquisição de equipamentos e materiais permanentes e/ou para a ampliação dos estabelecimentos públicos

– Parcela única no valor até R\$ 80.000,00



# Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM)

Componente	(Tudo)
UF	(Tudo)

Contagem de Proposta SAIPS	
Situação	Total
Aprovada	5
Em diligência	18
Rejeitada	4
Habilitado	11
<b>Total Geral</b>	<b>38</b>

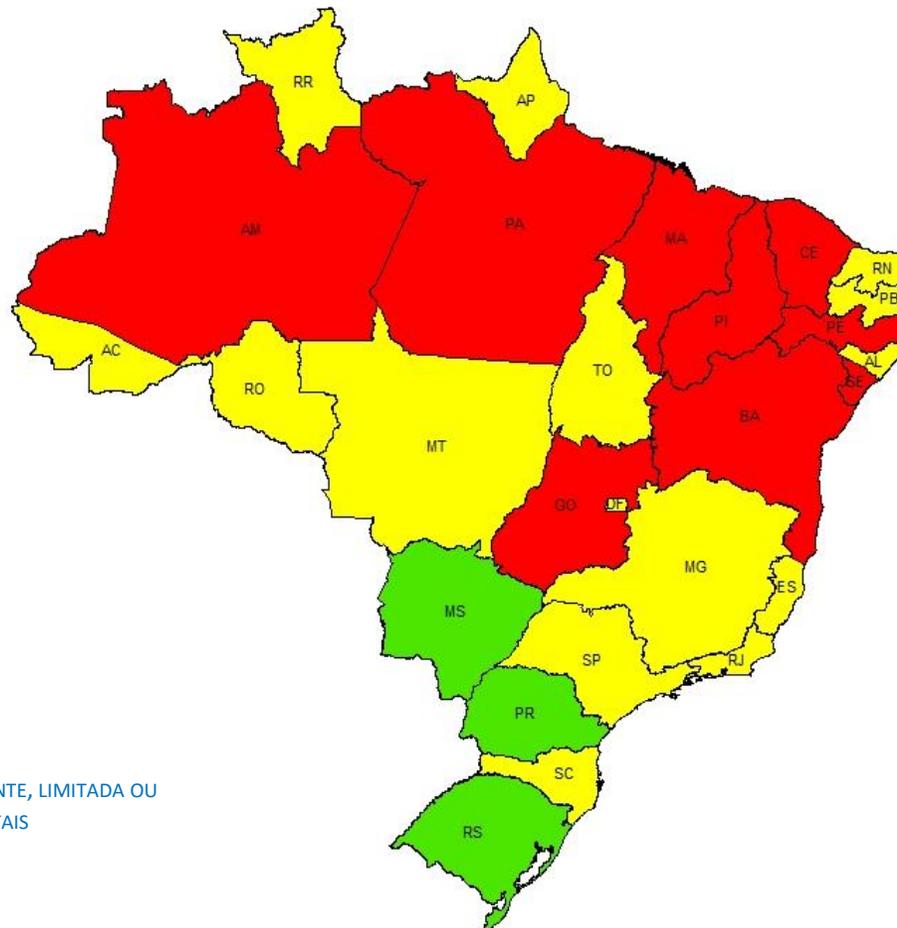
Contagem de Proposta SAIPS	UF	Situação	Componente				Total Geral
			SDM INCENTIVO	SDM PORTE I	SDM PORTE II	SDM PORTE III	
CE		Aprovada				1	1
		Em diligência	1	1	1		3
		Habilitado		1		1	2
		Rejeitada	1				1
<b>CE Total</b>			<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>7</b>
ES		Em diligência	1		1		2
<b>ES Total</b>			<b>1</b>		<b>1</b>		<b>2</b>
GO		Em diligência	1		1		2
<b>GO Total</b>			<b>1</b>		<b>1</b>		<b>2</b>
MA		Em diligência	1			1	2
		Habilitado		2			2
<b>MA Total</b>			<b>1</b>	<b>2</b>		<b>1</b>	<b>4</b>
MG		Em diligência				1	1
<b>MG Total</b>						<b>1</b>	<b>1</b>
MS		Em diligência		1			1
<b>MS Total</b>				<b>1</b>			<b>1</b>
RR		Em diligência	1			1	2
<b>RR Total</b>			<b>1</b>			<b>1</b>	<b>2</b>
SP		Aprovada	3		1		4
		Em diligência	2	2	1		5
		Habilitado		3	2	2	7
		Rejeitada	2	1			3
<b>SP Total</b>			<b>7</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>19</b>
<b>Total Geral</b>			<b>13</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>38</b>

# COBERTURA ASSISTENCIAL: QUIMIOTERAPIA E CIRURGIA

1 UNACON/CACON  
500.000 HABITANTES

- COBERTURA INSUFICIENTE
- COBERTURA LIMITADA\*
- COBERTURA SUFICIENTE\*

\* EM UM MESMO ESTADO PODE HAVER REGIÕES COM COBERTURA SUFICIENTE, LIMITADA OU INSUFICIENTE, PELA CONCENTRAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NAS CAPITAIS

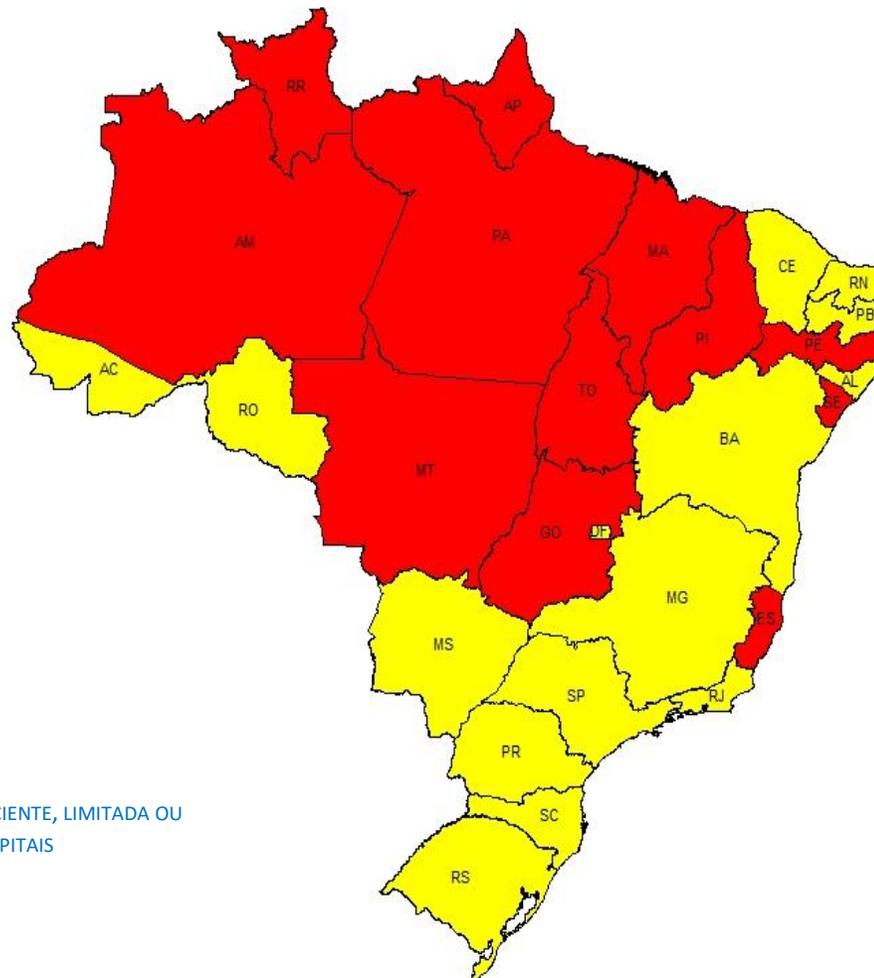


# COBERTURA ASSISTENCIAL: RADIOTERAPIA

**EQUIPAMENTO  
(AC. LINEAR/COBALTO)  
500.000 HABITANTES**

- COBERTURA INSUFICIENTE**
- COBERTURA LIMITADA\***
- COBERTURA SUFICIENTE\***

\* EM UM MESMO ESTADO PODE HAVER REGIÕES COM COBERTURA SUFICIENTE, LIMITADA OU INSUFICIENTE, PELA CONCENTRAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NAS CAPITAIS



# TRATAMENTO NO SUS

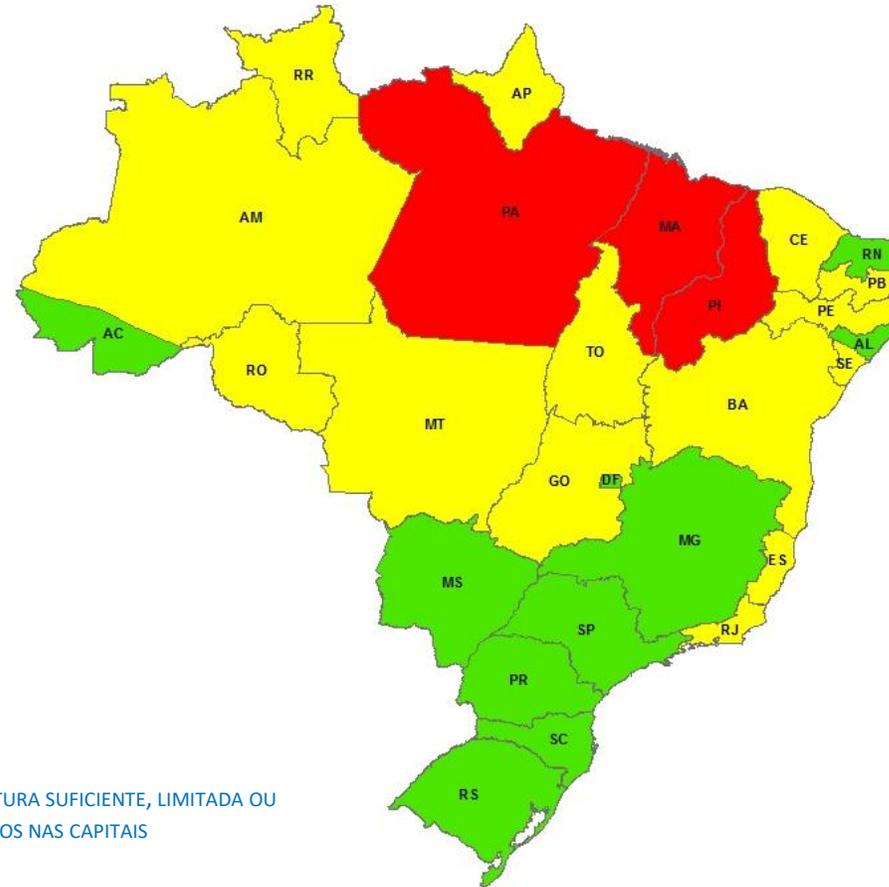
TIPO DE TRATAMENTO	NECESSIDADE	OFERTA
<b>CIRURGIA</b> (60% DOS CASOS; 1,2 PROCEDIMENTOS/PACIENTE)	302.400	294.258
<b>QUIMIOTERAPIA</b> (70% DOS CASOS; 8,5 PROCEDIMENTOS/PACIENTE)	2.499.000	2.962.878
<b>RADIOTERAPIA</b> (60% DOS CASOS; 80 PROCEDIMENTOS/PACIENTE)	20.160.000	10.368.457

FONTE: CGAE/DAET/SAS/MS

# COBERTURA ASSISTENCIAL: RADIOTERAPIA PÓS PLANO DE EXPANSÃO E CONVÊNIOS

-  COBERTURA INSUFICIENTE
-  COBERTURA LIMITADA\*
-  COBERTURA SUFICIENTE\*

\* EM UM MESMO ESTADO PODE HAVER REGIÕES COM COBERTURA SUFICIENTE, LIMITADA OU INSUFICIENTE, PELA CONCENTRAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NAS CAPITAIS



# PLANO DE EXPANSÃO DA RADIOTERAPIA

[Portaria nº 931, de 10 de maio de 2012](#)

INSTITUI O PLANO DE EXPANSÃO DA RADIOTERAPIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

- **CRIAÇÃO OU AMPLIAÇÃO** DE SERVIÇOS DE RADIOTERAPIA OFERTADOS AO SUS
- OFERTA DE MANEIRA INTEGRADA **80 NOVAS SOLUÇÕES** DE RADIOTERAPIA (CONSTRUÇÃO DE *BUNKERS*, AQUISIÇÃO E INSTALAÇÃO DOS ACELERADORES LINEARES)
- MAIS INFORMAÇÕES: [DEPARTAMENTO DO COMPLEXO INDUSTRIAL E INOVAÇÃO EM SAÚDE \(DECIIS/SCTIE\)](#)

# CONVÊNIOS

---

- QUALQUER SOLICITAÇÃO DE VERBA PARA AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS OU CONTRATO DE REPASSE (OBRA) AO MINISTÉRIO DA SAÚDE DEVE SER REGISTRADA POR MEIO DE PROPOSTA DE CONVÊNIO NO SÍTIO ELETRÔNICO DO **FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (FNS)**
- PROPOSTAS SÃO TRIADAS E REPASSADAS ÀS ÁREAS TÉCNICAS PARA EMISSÃO DE PARECER DE MÉRITO E TÉCNICO-ECONÔMICO
- [CARTILHA PARA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS NO MINISTÉRIO DA SAÚDE](#)