

RELATÓRIO N° , DE 2014

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS

Avaliação de Políticas Públicas

(em cumprimento à Resolução nº 44, de 2013)

**POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À
SAÚDE DA MULHER**

**(O RASTREAMENTO E O DIAGNÓSTICO PRECOCE DOS
CÂNCERES DE MAMA E DE COLO DO ÚTERO)**

ÍNDICE

1. Introdução	3
2. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher	5
3. Sobre o câncer de mama e o de colo do útero	16
3.1 O câncer de mama.....	16
3.2 O câncer de colo do útero	18
4. Metodologia utilizada	23
5. Apresentação e análise de dados de morbimortalidade, equipamentos e estrutura dos serviços de saúde relacionados.....	26
5.1 Mortalidade por câncer de mama	26
5.2 Mortalidade por câncer de colo de útero	29
5.3 Programas de rastreamento.....	32
5.3.1 Mamografia.....	34
5.3.2 Exame de Papanicolaou.....	38
5.4 O tratamento tempestivo das neoplasias malignas	40
6. Conclusões	47
7. Recomendações.....	49

1. Introdução

A Resolução do Senado Federal nº 44, de 2013, modificou o Regimento Interno da Casa, acrescendo-lhe o art. 96-B, que determina que as comissões permanentes selecionem, na área de sua competência, políticas públicas de desenvolvidas no âmbito do Poder Executivo para serem avaliadas.

Essa importante medida, inovadora, veio para fortalecer, institucionalizar e aprofundar o poder de fiscalização concedido pelo inciso X do art. 49 da Constituição Federal ao Senado Federal, que deve atuar para que o interesse público e os princípios da economicidade e eficiência sejam perseguidos nas ações do Poder Executivo.

Ainda de acordo com o § 3º do art. 96-B do Regimento Interno do Senado Federal (RISF), ao final da sessão legislativa, as comissões devem apresentar relatório com as conclusões da avaliação realizada sobre a política pública selecionada.

Este relatório tem como objetivo, portanto, apresentar a avaliação de política pública realizada no âmbito da Comissão de Assuntos Sociais (CAS), conforme dispõe o aludido art. 96-B, combinado com o art. 90, inciso IX e art. 100 do RISF.

A sessão legislativa de 2014 foi a primeira em que passaram a vigorar as disposições da RSF nº 44, de 2013, de forma a que o presente esforço é pioneiro nessa nova atribuição dada à CAS, instância colegiada

do Senado Federal com petente para se pronunciar em relação às matérias que versem sobre proteção e defesa da saúde e também a respeito das competências do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do inciso II do art. 100 do RISF.

A aprovação do Requerimento da CAS (RAS) nº 16, de 2 de abril de 2014, definiu que fosse avaliada a atuação do Poder Executivo nas ações referentes à Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), estratégia governamental que abarca ações e serviços de saúde voltados ao público feminino e suas particularidades.

Como o escopo da PNAISM é muito grande, para viabilizar a avaliação no tempo e condições disponíveis, decidimos nos concentrar sobre as ações dessa política relativas ao combate ao câncer de mama e de colo do útero, duas importantes enfermidades que assolam de maneira assustadora as mulheres brasileiras.

Com efeito, as neoplasias malignas têm sido, há alguns anos, a segunda maior causa de morte entre as mulheres, responsável por 18,25% dos óbitos femininos em 2011 e ficando atrás apenas das mortes por doenças do aparelho circulatório – com participação de 33,97% –, segundo estimativas fornecidas pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Dentro da classe das mulheres que pereceram devido ao câncer em 2011, a causa de morte mais frequente, com 15,6% dos casos, é o câncer de mama; em seguida, vêm o câncer de pulmão, tráqueia e brônquios (10,3%) e o colorretal (8,5%), duas doenças muito frequentes entre os homens também. Finalmente, mas não menos importante, aparece

o câncer de colo do útero, representando 6,1% dos óbitos, a quarta neoplasia maligna mais incidente em mulheres.

Portanto, é grande o impacto dessas duas patologias na saúde das brasileiras, de forma que a fiscalização das providências que estão sendo tomadas para o seu combate é uma atividade importante para nós parlamentares.

2. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Durante muito tempo, as políticas públicas voltadas às mulheres se atinham apenas às ações de atenção ao ciclo gravídico-puerperal, algo que retrata o papel que foi atribuído às mulheres ao longo de vários anos: o de mãe e cuidadora do lar. Nesse sentido, pode-se dizer que não havia políticas direcionadas às mulheres, mas sim às gestantes e mães, as quais eram executadas concomitantemente com ações de assistência às crianças.

Na verdade, o objetivo principal almejado pelo Estado brasileiro era proteger a saúde na infância – daquelas pessoas que seriam a força produtiva no futuro próximo – e os meios para alcançar esse fim passavam pela assistência à mãe. Assim, o binômio “materno-infantil” era praticamente indissociável na terminologia usada nos programas.

Já no Estado Novo, a Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância do Departamento Nacional de Saúde, órgão integrante do então Ministério da Educação e Saúde (MENS), era responsável pela condução de um programa estatal de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.

O Decreto-Lei nº 2.024, de 17 de fevereiro de 1940, publicado pelo Presidente Getúlio Vargas, criou o Departamento Nacional da Criança (DNCr), que tinha competências para agir na proteção à maternidade, à infância e à adolescência.

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, a partir do desmembramento do MES, que incorporou e assumiu as responsabilidades do DNCr, extinto e substituído em suas atribuições pela Coordenação de Proteção Materno-Infantil, instituída pelo Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970. Em 1975, foi lançado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PSMI), com iniciativas voltadas a gestantes, parturientes, puérperas e mulheres em idade fértil.

No contexto da redemocratização do País, em 1984, foi criado, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em decorrência de reivindicações de movimentos sociais e do movimento de mulheres. O PAISM, construído já na lógica do Movimento Sanitário, foi inspirado e concebido com as características de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços e representou uma ruptura de paradigma na saúde pública brasileira.

Essa abordagem inovadora, que abordava os modelos anteriores que buscavam prover atenção tão somente à saúde reprodutiva da mulher, incluía no âmbito de sua atuação ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, almejando oferecer, dessa forma, assistência integral à saúde da mulher.

As ações do PAISM concentravam-se principalmente na assistência pré-natal, prevenção da mortalidade materna, no enfrentamento das doenças sexualmente transmissíveis (DST), na assistência ao parto e puerpério, no planejamento familiar, no controle do câncer ginecológico e mamário e na promoção ao parto normal. O programa continuou em operação durante os anos 1990, algumas ações foram aperfeiçoadas e outras incorporadas às rotinas do Programa Saúde da Família, mas não houve grandes mudanças em sua concepção.

Em 2003, com a finalidade de atender às especificidades de certos subgrupos de mulheres e incluir o enfoque de gênero nas discussões e ações de saúde, surge a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), além de suprir as demandas epidemiológicas, de minorias e, também, de movimentos sociais com militância no âmbito do SUS. Assim, foram desenhadas estratégias para mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas.

O PNAISM estipula como objetivos gerais:

(i) promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro;

(ii) contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade femininas no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos

de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie;

(iii) ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS.

Além disso, o PNAISM estabelece em seu texto quatorze objetivos específicos a serem perseguidos de 2004 a 2007, a saber:

- Objetivo específico 1: ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras de infecção pelo HIV e outras DST;
- Objetivo específico 2: estimular a implantação e implementação da assistência ao planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde;
- Objetivo específico 3: promover a atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições insecuras, para mulheres e adolescentes;
- Objetivo específico 4: promover a atenção às mulheres e às adolescentes em situação de violência doméstica e sexual;
- Objetivo específico 5: promover, conjuntamente com o PNDST/aids, a prevenção e o controle das doenças sexualmente

transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids na população feminina;

- **Objetivo específico 6: reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina;**
- Objetivo específico 7: implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero;
- Objetivo específico 8: implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério;
- Objetivo específico 9: promover a atenção à saúde da mulher na terceira idade;
- Objetivo específico 10: promover a atenção à saúde da mulher negra;
- Objetivo específico 11: promover a atenção à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade;
- Objetivo específico 12: promover a atenção à saúde da mulher indígena;
- Objetivo específico 13: promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão;

- Objetivo específico 14: fortalecer a participação e o controle social na definição e na implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres.

A partir de 2005, as ações do PNAISM foram incorporados pelo capítulo 3 do I Plano Nacional de Política para as Mulheres (I PNPM), publicado, em dezembro de 2004, pela Secretaria de Políticas para as Mulheres, com o fruto das discussões da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, ocorrida em julho desse mesmo ano. O I PNPM define como objetivos:

I. Promover a melhoria da saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legitimamente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, em todo território brasileiro.

II. Garantir os direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres.

III. Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.

IV. Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

As metas elencadas no I PNPM relacionadas ao câncer são: (i) aumentar em 30% a cobertura de Pap anicolau na população de risco (35 a 49 anos); e (ii) aumentar em 30% o número de mamografias realizadas. A redução da morbimortalidade por câncer cérvico-uterino e de mamas na população feminina é listada como a prioridade 3.5 do Plano, cujo plano de ação se resume a “apoiar a organização da atenção ao câncer de colo uterino e de mamas, em todos os níveis de complexidade, contemplando a reconstrução mamária”.

O II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (II PNPM), com vigência estipulada para o período de 2008 a 2011, também trouxe capítulo específico para tratar das ações de saúde voltadas às mulheres. O seu conteúdo é bem próximo do I PNPM, com a colocação do objetivo geral de “promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, em todas as fases do seu ciclo vital, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde integral em todo o território brasileiro, sem discriminação de qualquer espécie, sendo resguardadas as identidades e especificidades de gênero, raça/etnia, geração e orientação sexual”.

Os objetivos específicos da política de saúde do II PNPM são:

I. garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres em todas as fases do seu ciclo de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie;

II. contribuir para a redução da morbidade e mortalidade e feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todas as fases do seu ciclo de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie;

III. ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

São definidas como metas de combate ao câncer de mama e de colo do útero: (i) aumentar em 60% o número de exames citopatológicos na população feminina de 25 a 59 anos entre 2008 e 2011; e (ii) aumentar em 15% o número de mamografias na população feminina entre 2008 e 2011. Ainda de acordo com o II PNPM, o plano de ação da Prioridade 3.6 – “reduzir a morbimortalidade por câncer cérvico-uterino e a mortalidade por câncer de mama na população feminina” – é integrado pelos seguintes componentes:

1. Definir e executar ações estratégicas de promoção e prevenção dos cânceres de colo do útero e de mama, incluindo a qualificação dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para seu controle.

2. Ampliar a organização de Unidades de Atenção de Alta Complexidade em Oncologia.

3. Sensibilizar gestores/as estaduais para a utilização do módulo-seguimento do Sistema de Informações de Controle

do Câncer do Colo do Útero (SISC-OLO) com o instrumento gerencial.

Em 2013, a Secretaria de Política para as Mulheres da Presidência da República reafirmou os propósitos do PNAISM no Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM 2013-2015), atualizando-os em seu Capítulo 3, intitulado “Saúde integral das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos”.

Nesse Capítulo, é definido com o objetivo geral *promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres em todas as fases do seu ciclo vital, garantindo os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, bem como os demais direitos legalmente constituídos; e ampliar o acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção e assistência da saúde integral da mulher em todo o território brasileiro, sem discriminação de qualquer espécie, resguardadas as identidades e especificidades de gênero, raça, etnia, geração, classe social, orientação sexual e mulheres com deficiência.*

Por sua vez, os objetivos específicos elencados no PNPM são:

I. fortalecer e implementar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), considerando as mulheres em sua diversidade;

II. garantir os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das mulheres em todas as fases do seu ciclo de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminações;

III. contribuir para a redução da morbidade e mortalidade das mulheres no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todas as fases do seu ciclo de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminações;

IV. promover a ampliação, qualificação e humanização das ações de atenção integral à saúde das mulheres na rede pública e privada;

V. contribuir para a redução da gravidez na adolescência.

Adicionalmente, o PNPM define 20 metas – da letra “A” até a “T” – a serem cumpridas até 2015, entre as quais, as seguintes se relacionam ao combate do câncer de mama e do colo do útero:

A. Fortalecer a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher como política pública em todo território nacional;

.....

I. Ampliar o acesso à confirmação diagnóstica e tratamento das mulheres com lesões precursoras do câncer do colo do útero, com estruturação de 20 serviços de referência, prioritariamente nas regiões Norte e Nordeste;

J. Ampliar o acesso à confirmação diagnóstica das mulheres com lesões suspeitas de câncer de mama, com estruturação de 50 serviços de Diagnóstico Mamário no país;

K. Ampliar o número de serviços de detecção e tratamento precoce para câncer de pulmão e outros principais cânceres prevalentes nas mulheres, além dos de colo do útero e mama;

.....
P. Implementar o Programa Nacional de Qualidade de mamografia;

Q. Implementar o Programa Nacional de Gestão da Qualidade do Exame Citopatológico do colo do útero.

Para o cumprimento das metas, o PNPM institui 13 linhas de ação, em que a oitava se refere à *redução da mortalidade por câncer na população feminina*, cujas intervenções desenvolvidas são:

1. implementar novos serviços de diagnóstico e tratamento dos cânceres mais prevalentes nas mulheres;
2. ampliar o acesso, com qualidade, à mamografia no SUS, em especial na faixa etária recomendada (50 a 69 anos), com garantia de detecção e tratamento em tempo adequado;
3. ampliar o acesso aos tratamentos de câncer de mama, com celeridade após o diagnóstico;
4. ampliar o acesso aos tratamentos de recuperação e reabilitação após tratamentos cirúrgicos de câncer de mama (mastectomias, quadrantectomias);
5. ampliar o acesso à reconstrução cirúrgica das mamas, nos casos clinicamente indicados, respeitando a decisão das mulheres;
6. garantir apoio psicossocial a mulheres com câncer de mama;

7. ampliar o acesso com qualidade ao exame citopatológico do colo do útero (Papanicolaou), especialmente nas regiões de maior incidência desse câncer;
8. ampliar o acesso ao diagnóstico e tratamento das mulheres com lesões precursoras do câncer de colo do útero;
9. realizar pesquisa sobre a incidência de câncer por exposição ao sol, aos agrotóxicos e outras substâncias em mulheres do campo, da floresta e de quilombos.

Postas essas informações, podemos observar que o objetivo específico 6 do PAISM – reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina – engloba o escopo das políticas públicas que avaliamos neste relatório, que são aquelas relacionadas ao câncer de mama e ao câncer de colo do útero. As mais recentes ações conduzidas e relacionadas ao combate e prevenção dessas doenças estão atualmente definidas pelo PNPM 2013-2015, conforme listamos.

3. Sobre o câncer de mama e o de colo do útero

3.1 O câncer de mama

Em todo o mundo, o câncer de mama é a neoplasia mais diagnosticada e a principal causa de morte por câncer em mulheres. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2012, o câncer de mama causou 524 mil mortes, enquanto 1,67 milhões de mulheres eram portadoras da doença.

No Brasil, dados publicados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) evidenciaram que, em 2014, são esperados cerca de 57 mil casos novos de câncer de mama, com risco correspondente de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres.

Os principais fatores de risco para a doença são: idade avançada; obesidade em mulheres no climatério; uso de estrogênio artificial (terapia de reposição hormonal); fatores reprodutivos (nuliparidade, menarca precoce e menopausa tardia); história familiar de câncer de mama; mutações genéticas (genes BRCA1 e BRCA 2); alcoolismo; tabagismo; e exposição à radiação ionizante.¹

Com a implementação dos programas de rastreamento para a doença, a maioria das pacientes tem o seu diagnóstico a partir de alterações no exame de mamografia. Todavia, 15% das mulheres ainda são diagnosticadas a partir da palpação de nódulo mamário, em mulheres que não realizaram a mamografia. A lesão maligna mais clássica consiste em nódulo endurecido, imóvel, único, com margens irregulares.

Uma vez feito o diagnóstico, procede-se ao estadiamento da doença, que são procedimentos – geralmente exames – que têm o objetivo de estabelecer a gravidade do caso, uma vez que se pesquisa a eventual presença de doença local invasiva, acometimento de linfonodos axilares e metástases distantes.

¹ Disponível em http://www.uptodate.com/contents/factors-that-modify-breast-cancer-risk-in-women?source=see_link#H2354326496. Acesso em 10 de novembro de 2014.

A definição do estágio do câncer é fundamental para se definir o prognóstico e o tratamento a ser instituído. A terapêutica será escolhida a partir da combinação, conforme cada caso, de cirurgia (conservadora ou mastectomia), medicamentos (quimioterápicos, hormônios, medicamentos biológicos) e radioterapia².

O prognóstico dependerá do estágio do câncer no momento do diagnóstico e a maior parte das recidivas ocorre nos primeiros cinco anos. Pessoas com doença em fase inicial têm melhor prognóstico que nos casos de doença localmente invasiva.

Constata-se, assim, a importância de se instituir programas de rastreamento eficazes, além de se organizar rede de assistência oncológica que possa acolher rapidamente as pacientes recém diagnosticadas, de forma a garantir tempestivamente o início do tratamento.

3.2 O câncer de colo do útero

O câncer de colo do útero ainda é um importante problema de saúde pública, por se tratar de tumor com grande potencial de prevenção e cura, desde que seja diagnosticado precocemente.

De acordo com estimativas feitas pela OMS em âmbito mundial, em 2012, a doença representava a quarta neoplasia maligna mais comum entre as mulheres. Naquele ano, foram diagnosticados 527 mil

² Ellen W.N. Breast-Cancer Screening. *N Engl J Med*, v. 365, p. 1025-1032, 2011.

casos novos e a doença foi responsável pelo óbito de 265 mil mulheres, das quais 87% eram habitantes de países em desenvolvimento.³

A incidência da doença geralmente é maior em países menos desenvolvidos e costuma aumentar em mulheres a partir dos 30 anos de idade, atingindo pico na faixa etária entre 50 e 60 anos.

Em 2014, o Inca estimou o diagnóstico de 15.590 casos novos desse câncer no Brasil, com risco de 15,33 casos a cada 100 mil mulheres.

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer da cérvix uterina é o de maior incidência na Região Norte, ao passo que é a segunda neoplasia maligna mais frequente nas Regiões Centro-Oeste e Nordeste. Nas Regiões Sudeste e Sul, ocupa os respectivos quarto e quinto lugar.⁴

O tipo histológico mais comum do câncer de colo do útero é o carcinoma de células escamosas, representando cerca de 85% a 90% dos casos, seguido pelo adenocarcinoma.

O principal fator de risco é a infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV). Até o momento, foram identificados 13 sorotipos de HPV com ação carcinogênica. Os mais comuns, responsáveis por cerca de 70% dos casos, são o 16 e o 18.

³ Projeto Globocan 2012. *International Agency for Research on Cancer*. Organização Mundial da Saúde. Disponível em <http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx>. Acesso em 4 de novembro de 2014.

⁴ Estimativa 2014 - Incidência de Câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer (INCA), 2014.

Além de aspectos relacionados ao HPV (sorotipo e carga viral), fatores ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual têm participação nos mecanismos fisiopatológicos.

Desse modo, os principais fatores de risco para a doença são múltiplos parceiros sexuais; parceiro que tenha múltiplas parceiras sexuais; início da atividade sexual antes dos 18 anos; portar displasia na cérvix uterina, na vulva ou na vagina; história familiar da doença; tabagismo; e imunodeficiência.⁵

O rastreamento para o câncer de colo do útero é feito por meio do estudo citológico do material retirado da cérvix uterina (exame de Papanicolaou). De acordo com diretriz do MS e do Inca, o rastreamento no Brasil está indicado para mulheres entre 25 e 64 anos que já tiveram atividade sexual.⁶

Os sintomas mais frequentemente relatados pelas mulheres acometidas pelo câncer de colo do útero são sangramento ou corrimento vaginal, dor na região pélvica e dispneunia. A confirmação do diagnóstico é feita por meio da biópsia e o estadiamento da doença é realizado por exame físico, cistoscopia e colonoscopia.

Analogamente ao que se procede em outros tipos de câncer, o tratamento será definido conforme a extensão do câncer. Assim, de acordo

⁵ American College of Obstetricians and Gynecologists, 2014. Disponível em <<http://www.acog.org/~/media/For%20Patients/faq163.pdf?dmc=1&ts=20130530T0759412450>>. Acesso em 4 de novembro de 2014.

⁶ Caderno de Atenção Primária - rastreamento. Ministério da Saúde, 2010.

com o estágio da doença, opta-se por esquema que pode incluir cirurgia (histerectomia), quimioterapia ou radioterapia.⁷

O tema da prevenção ao câncer de colo do útero ganhou recente destaque, uma vez que se comprovou que a vacina contra o HPV é uma promissora ferramenta para o combate à doença. Em 2014, o Ministério da Saúde iniciou o programa de vacinação gratuita para meninas de 9 a 13 anos. A vacina utilizada, aetravalente, protege contra os dois principais sorotipos carcinogênicos de HPV (16 e 18).

Deve-se ressaltar, no entanto, que a vacina não exclui as demais ações de prevenção e de rastreamento por meio do exame de Papanicolaou.

3.3 Os cânceres de mama e de colo do útero no contexto da PNAISM

Em 2004, o “Objetivo Específico 6” da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) era “reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina”.

Naquele ano, dados do Datasus evidenciaram que a taxa nacional de mortalidade por câncer de mama era de 10,6 óbitos por 100 mil habitantes. Em 2011, essa taxa aumentou para 13,5 óbitos por 100 mil habitantes.

⁷American College of Obstetricians and Gynecologists, 2014. Disponível em <<http://www.acog.org/~/media/For%20Patients/faq163.pdf?dmc=1&ts=20130530T0759412450>>. Acesso em 4 de novembro de 2014.

Uma das hipóteses aventadas para esse aumento é o fato de a doença ainda ser diagnosticada em estádios avançados. Nesse sentido, enfatiza-se o papel do rastreamento para o diagnóstico precoce e a literatura médica reconhece que a mamografia é o melhor método de rastreamento e de diagnóstico precoce do câncer de mama.

Em 2009, o Congresso Nacional solicitou ao Tribunal de Contas da União (TCU) a realização de auditoria nos serviços de prevenção ao câncer de mama ofertados pelo SUS. Nessa ocasião, detectaram-se graves problemas relacionados à manutenção dos mamógrafos e à falta de profissionais nos serviços de radiologia.

Como forma de melhorar essa situação, instituiu-se o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia. De acordo com o MS, o número de mamógrafos disponíveis no SUS aumentou 29,6%. Isso permitiu elevar a quantidade de exames em 43,6%. Houve maior oferta de exames em todas as regiões do País, exceto nos estados de Roraima e Bahia e no Distrito Federal.

No caso do câncer de colo de útero, existe consenso na literatura médica de que o rastreamento (teste de Papanicolau) pode detectar lesões precursoras, que são tratadas antes da formação do tumor, o que torna possível prevenir efetivamente a doença. De acordo com protocolo preconizado pelo MS, o exame deve ser feito preferencialmente em mulheres entre 25 e 64 anos.

De acordo com o Datasus, entre 2004 e 2011, a taxa de mortalidade por câncer de colo de útero variou entre 4,8 e 5,3 óbitos por 100 mil habitantes.

Depreende-se, assim, que, mesmo com um protocolo que utiliza exame de rastreamento de eficácia cientificamente reconhecida, a taxa de mortalidade permaneceu estável no Brasil. Desse modo, essa neoplasia persiste como o importante causa de morbidade e mortalidade das mulheres brasileiras.

Essas constatações demonstram que o SUS persiste com dificuldades em acolher adequadamente as mulheres de forma a permitir o diagnóstico precoce e o tratamento tempestivo do câncer de mama e de colo do útero.

4. Metodologia utilizada

Uma política pública pode ser avaliada em relação a vários aspectos e a partir de diversos pontos de vista. Por isso, é necessário fixar uma metodologia, critérios e também delimitar o alcance da análise, que sofre com restrições na disponibilização de informações e dados.

A análise concentrou-se na avaliação dos resultados do PNAISM e do seu impacto, mas não se buscou examinar tópicos relacionados aos custos ou à eficiência da aplicação dos recursos públicos nessa política.

O foco da presente avaliação centrou-se, inicialmente, nos aspectos relacionados ao rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de mama e de colo do útero – procedimentos que permitem melhor oportunidade de cura e redução das taxas de morbidade e de mortalidade.

Em seguida, foram abordados aspectos relativos à tempestividade do acesso ao atendimento médico em serviços de oncologia credenciados pelo SUS e, nesse sentido, a conformidade com a Lei nº 12.732, de 2012, para o início dos procedimentos terapêuticos.

Para isso, foram feitas análises de dados obtidos por meio dos seguintes procedimentos:

1. consulta aos dados disponíveis nos seguintes sítios eletrônicos:
 - a) Departamento de Informática do SUS (DATASUS);
 - b) Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) do Ministério da Saúde (MS);
 - c) Sistema de Informações do Câncer (SISCAN);
 - d) Sistema de Informações de Controle do Câncer de Mama (SISMAMA);

- e) Sistema de Informações de Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO);
 - f) Registro Hospitalar do Câncer (Integrador RHC) do Instituto Nacional do Câncer;
2. informações do Tribunal de Contas da União (TCU) a respeito de fiscalização dos recursos federais destinados à aquisição, controle e manutenção dos mamógrafos na rede pública de saúde e na rede conveniada (TC-033.176/2008-4);
 3. informações contidas em relatório da auditoria operacional do TCU a respeito das carências estruturais na rede atenção oncológica e da falta de tempestividade no acesso à terapêutica (TC 031.944/2010-8);
 4. informações contidas em relatório da auditoria operacional do TCU sobre Política Nacional de Atenção Oncológica – PNAO (TC 016.913/2013-2);
 5. informações do Projeto Globocan 2012, da *International Agency for Research on Cancer*, da Organização Mundial da Saúde (OMS);
 6. entrevista com membros da Secretaria de Controle Externo da Saúde (Secexsáude) do TCU;

7. entrevista com analistas-técnicas da Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas do MS.

5. Apresentação e análise de dados a respeito da morbimortalidade, equipamentos e estrutura dos serviços de saúde relacionados.

5.1 Mortalidade por câncer de mama

O câncer de mama, segunda neoplasia maligna mais frequente no mundo, detém incontestável primeiro lugar na prevalência em mulheres. A OMS estimava que, em 2012, 1,67 milhões de casos seriam diagnosticados, o que corresponderia a 25% de todos os tipos de câncer. A doença é o principal tipo de câncer que acomete mulheres, tanto em regiões desenvolvidas quanto subdesenvolvidas.⁸

Todavia, pode-se perceber maior prevalência nas regiões mais pobres (883 mil casos) em relação aos locais mais desenvolvidos (794 mil casos). A incidência varia muito, conforme o território analisado. Por exemplo, em 2012, a incidência da doença na África Central e na Europa Ocidental foram, respectivamente, 27 e 96 casos por 100 mil habitantes.

Segundo projeções do Inca, espera-se que no Brasil, em 2014, ocorra o diagnóstico de 57.120 casos novos de câncer de mama, com risco estimado de 56,09 casos para cada 100 mil mulheres⁹.

⁸ Projeto Globocan 2012. *International Agency for Research on Cancer*. Organização Mundial da Saúde (OMS). Disponível em <http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx>. Acesso em 08 de novembro de 2014.

⁹ Estimativa 2014 - Incidência de Câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer (INCA), 2014.

No que tange à mortalidade e, a doença em questão é responsável pelo quinto lugar entre todos os tipos de neoplasias malignas – 522 mil mortes em 2012, segundo a OMS. Contudo, é a afecção neoplásica de maior mortalidade em mulheres habitantes de regiões subdesenvolvidas – 324 mil óbitos em 2012 – e a segunda maior causa de morte por câncer em mulheres em regiões desenvolvidas – 198 mil mortes em 2012.¹⁰

O câncer de mama é, portanto, a principal causa de morte por câncer em mulheres em todo o mundo. Trata-se, da neoplasia maligna de maior incidência, responsável pelo aparecimento de mais de um milhão de casos a cada ano no mundo.

No Brasil, o Datasus registrou, em 1990, 5.760 mortes por câncer de mama no Brasil. Naquele ano, a taxa de mortalidade foi de 7,9 óbitos por 100 mil habitantes.

Os dados mais recentes disponíveis são os de 2011. Nesse ano, foram notificados 13.225 óbitos pela doença, ao passo que a taxa de mortalidade foi de 13,5 óbitos por 100 mil habitantes¹¹. A taxa de mortalidade calculada para o período de 1990 a 2011 encontra-se na Tabela 1:

Tabela 1 – Taxa de mortalidade (TM), por 100 mil habitantes, por câncer de mama – Brasil, 1990-2011.

Ano	TM	Ano	TM
-----	----	-----	----

¹⁰ Idem 8.

¹¹ Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/>>. Acesso em 11 de novembro de 2014.

1990	7,9	2001	9,9
1991	7,8	2002	10,2
1992	8,3	2003	10,4
1993	8,4	2004	10,6
1994	8,9	2005	10,9
1995	8,7	2006	11,4
1996	8,9	2007	11,5
1997	9,4	2008	12,2
1998	9,7	2009	12,3
1999	9,8	2010	13,1
2000	9,6	2011	13,5

Fonte: Datasus

Ao analisar essas informações, percebe-se que, durante os últimos 20 anos, houve aumento aproximado de 71% na mortalidade. Obviamente, deve-se considerar, também, que esse aumento, em parte, ocorreu em virtude da melhora do diagnóstico da causa do óbito, da maior adesão dos profissionais em notificar em os eventos perante os órgãos sanitários e do maior acesso a informação sobre saúde a partir da informatização dos dados.

Entretanto, dados da OMS, entre 1975 e 2010, confirmam que as taxas de mortalidade por câncer de mama caíram em países como Reino Unido, Dinamarca, Finlândia, França, Israel, Estados Unidos, Canadá, Austrália, Nova Zelândia; permaneciam estavam estáveis na Costa Rica e elevaram-se na Colômbia, Coréia do Sul, Japão e Singapura.

Ressalte-se que, entre os países que apresentaram aumento, a taxa mais alta foi a de Singapura, que registrou aproximadamente 14 óbitos por 100 habitantes. Ademais, ao final da primeira década dos anos 2000, os

países latino-americanos Costa Rica e Colômbia apresentaram taxas de mortalidade de 12,5 e de 10 óbitos por 100 habitantes, respectivamente.¹²

Estudo publicado pela prestigiada revista médica *The Lancet* evidenciou que a razão entre mortalidade e incidência para o câncer de mama no Brasil é de 0,27. Trata-se de indicador melhor do que o de países como Jamaica, Cuba, Honduras, Guatemala, Peru e Bolívia. Entretanto o País encontra-se em posição de inferioridade em relação à Costa Rica, Chile Argentina, Uruguai, Suriname e Porto Rico¹³.

Mesmo considerando as peculiaridades dos diversos países, depreende-se que as políticas brasileiras para o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama não parecem evoluir de maneira satisfatória, ou seja, não se tem observado sinal de reversão da ascendente curva da taxa de mortalidade por câncer de mama.

5.2 Mortalidade por câncer de colo do útero

O câncer de colo do útero configura-se como um importante problema de saúde pública. De acordo com dados da OMS, a doença é a quarta causa mais comum de neoplasia maligna em mulheres e, em 2012, foi diagnosticada em 528 mil pessoas em todo o mundo.

Chama a atenção o fato de o câncer de colo do útero ser mais prevalente em regiões de menor desenvolvimento socioeconômico (85%

¹² Projeto Globocan 2012. *International Agency for Research on Cancer*. Organização Mundial da Saúde (OMS). Disponível em

<http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx>. Acesso em 12 de novembro de 2014.

¹³ Gross P.E.; Brittany L.L.; Badovinac-Crnjevic T; et al. Planejamento do controle do câncer na América Latina e no Caribe. *Lancet Oncol*, v. 14, p. 391-436, 2013.

dos casos). Países da África Subsaariana são locais de alta prevalência, ao passo que as menores taxas desse indicador são observadas na Austrália e na Nova Zelândia¹⁴.

De acordo com o Inca, para o ano de 2014, são esperados, no Brasil, 15.590 casos novos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 15,33 casos a cada 100 mil mulheres¹⁵.

Quanto à mortalidade, a OMS estimou que, em 2012, houve 266 mil óbitos em todo o mundo. Nove em cada dez casos (87% das mortes) ocorreram em regiões menos desenvolvidas do planeta. Houve ampla variação da taxa de mortalidade entre as várias partes do mundo: enquanto Austrália, Nova Zelândia e países da Europa Ocidental tiveram menos de 2 óbitos por 100 mil habitantes, países da África Subsaariana registraram taxas superiores a 20 mortes por 100 mil habitantes.¹⁶

No Brasil, o Datasus registrou, em 1990, 2.787 mortes pela doença. Naquele ano, a taxa de mortalidade foi de 3,8 óbitos por 100 mil habitantes. Os dados mais recentes (Tabela 2) também estão disponíveis até o ano de 2011. Nesse ano, foram notificados 5.160 óbitos, a passo que a sua taxa de mortalidade foi de 5,3 óbitos por 100 mil habitantes¹⁷.

¹⁴Projeto Globocan 2012. International Agency for Research on Cancer. Organização Mundial da Saúde (OMS). Disponível em <http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx>. Acesso em 13 de novembro de 2014.

¹⁵Estimativa 2014 - Incidência de Câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer (INCA), 2014.

¹⁶Idem 14.

¹⁷Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?edb2012/c10.def>>. Acesso em 13 de novembro de 2014.

Tabela 2 – Taxa de mortalidade (TM), por 100 mil habitantes, por câncer de colo do útero – Brasil, 1990-2011.

Ano	TM	Ano	TM
1990	3,8	2001	4,8
1991	3,9	2002	4,6
1992	4	2003	4,7
1993	4	2004	4,8
1994	3,9	2005	4,8
1995	4,1	2006	4,8
1996	4,1	2007	4,9
1997	4,3	2008	5,1
1998	4,4	2009	5,2
1999	4,7	2010	5,1
2000	4,6	2011	5,3

Fonte: Datasus

Ao analisar as informações contidas na Tabela 2, percebe-se que houve certa estabilidade na taxa de mortalidade da doença ao longo dos últimos 20 anos. O pequeno aumento observado pode ser justificado pela melhora do diagnóstico da causa do óbito, da maior adesão dos profissionais em notificarem os eventos perante os órgãos sanitários e do desenvolvimento do processamento informatizado de dados sobre a saúde.

Embora não seja um recordista em mortalidade, o câncer da cérvix uterina é causador de alta de morbidade em mulheres e se trata de um interessante indicador sobre a qualidade dos serviços de saúde pública.

Isso se deve ao fato de ser uma doença cuja incidência, prevalência e mortalidade dependem intimamente da qualidade dos programas de vacinação contra o vírus do papiloma humano (HPV) e de

rastreamento (exame de Papanicolaou) em busca de lesões pré-malignas ou de doença em fase inicial¹⁸.

Nos últimos 50 anos, países que implementaram essas intervenções de forma ostensiva conseguiram reduzir a incidência e a mortalidade em 75%¹⁹.

5.3 Programas de rastreamento

O diagnóstico precoce dos cânceres de mama e de colo do útero consiste na detecção de lesões ainda em fase pré-maligna ou em estágio inicial. Tal procedimento permite que, uma vez instituído tratamento tempestivo, atinja-se o controle ou, preferencialmente, a cura da doença.

As estratégias para o diagnóstico precoce são o exame clínico (logo que surjam sinais e sintomas da doença) e o rastreamento.

O rastreamento consiste em exame realizado em **pessoa assintomática**, com objetivo de **identificar lesões sugestivas de câncer** e, caso positivo, encaminhá-la para o prosseguimento da investigação e o tratamento.

O teste utilizado em rastreamento deve ser seguro, relativamente barato e de fácil aceitação pela população, ter sensibilidade e

¹⁸Quinn M.; Babb P.; Jones J.; Allen E. Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. *BMJ*, v. 318, p. 904-908, 1999.

¹⁹Willoughby B.J.; Faulkner K.; Stamp E.C.; Whitaker C.J. A descriptive study of the decline in cervical screening coverage rates in the North East and Yorkshire and the Humber regions of the UK from 1995 to 2005. *J Public Health (Oxf)*, v. 28 (4), p. 355-360, 2006.

especificidade comprovadas, além de relação custo-efetividade favorável²⁰. A ênfase nos programas de rastreamento para detecção precoce das neoplasias malignas, além de ser consenso na literatura médica, é referendada pela OMS.

O método principal e mais amplamente utilizado para rastreamento do câncer de colo do útero é o **teste de Papanicolaou** (exame citopatológico do colo do útero). Segundo as diretrizes brasileiras, esse exame deve ser realizado em mulheres com vida sexual ativa, sobretudo naquelas da faixa etária de 25 a 59 anos²¹.

Segundo a OMS, com uma cobertura da população-alvo de, no mínimo, 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo.

A experiência de alguns países desenvolvidos mostra que a incidência do câncer do colo do útero foi reduzida em torno de 80%. Isso ocorreu devido ao amplo acesso da população feminina aos exames de rastreamento citológico²².

²⁰ Instituto Nacional do Câncer (INCA). Disponível em http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterico/detecao_precoce. Acesso em 22 de novembro de 2014.

²¹ Cadernos de Atenção Primária. Ministério da Saúde, 2010. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf>. Acesso em 22 de novembro de 2014.

²² World Health Organization (WHO). National cancer control programmes : policies and managerial guidelines. – 2nd ed. Disponível em <<http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>>. Acesso em 22 de novembro de 2014.

No caso do câncer de mama, o rastreamento é feito por meio do exame de **mamografia**, realizado a cada dois anos, em mulheres assintomáticas e sem fatores de risco, com idade entre 50 a 69 anos²³.

A partir dessas considerações, depreende-se que deve ser avaliada a oferta dos exames para rastreamento das neoplasias malignas de mama e de colo do útero, ou seja, a mamografia e o exame colpocitológico.

5.3.1 Mamografia

A Portaria do MS nº 1.101, de 12 de junho de 2002, define parâmetros para o cálculo da necessidade, da produtividade ou da cobertura de equipamentos de diagnose e terapia. Essa norma determina, como ideal, a existência de um mamógrafo para cada 240 mil habitantes.

Para analisar o cumprimento dessa determinação, verificamos os dados disponíveis no portal eletrônico da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) do Datasus. Ao analisarmos em conjunto com a população de 2014 estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), obtivemos os resultados apresentados na tabela abaixo:

Tabela 3 – Número de mamógrafos disponíveis na rede do SUS, por unidade federativa. Brasil, 2014.

Estado	Nº de mamógrafos no SUS ²⁴	População ²⁵	Relação mamógrafo por habitantes	Atende a recomendação da Portaria MS nº
--------	---------------------------------------	-------------------------	----------------------------------	---

²³Idem 14.

				1.101, de 2002?
Minas Gerais	293	20.734.097	70.764	Sim
Espírito Santo	48	3.885.049	80.938	Sim
Rio de Janeiro	159	16.461.173	103.529	Sim
São Paulo	508	44.035.304	86.683	Sim
Paraná	137	11.081.692	80.888	Sim
Santa Catarina	108	6.727.148	62.288	Sim
Rio Grande do Sul	209	11.207.274	53.623	Sim
Mato Grosso do Sul	37	2.619.657	70.801	Sim
Mato Grosso	43	3.224.357	74.985	Sim
Goiás	92	6.523.222	70.904	Sim
Distrito Federal	9	2.852.372	316.930	Não
Maranhão	55	6.850.884	124.561	Sim
Piauí	44	3.194.718	72.607	Sim
Ceará	78	8.842.791	113.369	Sim
Rio Grande do Norte	34	3.408.510	100.250	Sim
Paraíba	144	3.943.885	27.388	Sim
Pernambuco	143	9.277.727	64.879	Sim
Alagoas	43	3.321.730	77.249	Sim
Sergipe	28	2.219.574	79.270	Sim
Bahia	188	15.126.371	80.459	Sim
Rondônia	17	1.748.531	102.854	Sim
Acre	5	790.101	158.020	Sim
Amazonas	41	3.873.743	94.481	Sim
Roraima	4	496.936	124.234	Sim
Pará	46	8.073.924	175.520	Sim
Amapá	3	750.912	250.304	Não
Tocantins	23	1.496.880	65.081	Sim

Fonte: Datasus

²⁴ Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) – Datasus. Disponível em <<http://189.28.128.178/sage>>. Acesso em 23 de novembro de 2014.

²⁵ Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) – Datasus. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/estadosat>>. Acesso em 23 de novembro de 2014.

Ao observar os dados acima, percebemos que, à exceção do Distrito Federal e do Amapá, os demais estados da Federação têm, à sua disposição, equipamentos suficientes, de acordo com a Portaria do MS nº 1.101, de 2002.

Segundo o MS, 4.089.877 mamografias seriam necessárias para o rastreamento de 70% das mulheres usuárias do SUS e com indicação para o exame, ou seja, com idade entre 50 e 69 anos (população-alvo). No entanto, entre 2010 a 2012, embora tenha havido crescimento do número, foram feitos apenas 2,1 milhões de exames.

Nesse ano, o custo dessas mamografias foi de R\$ 96 milhões, representando aumento de 37% em relação ao valor gasto em 2010, que foi de R\$69 milhões.

De acordo com dados disponíveis no Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA), realizaram-se, em 2013, 2.354.533 mamografias (Tabela 4). Todavia, apenas 1.246.004 rastreamentos foram feitos em mulheres pertencentes à população-alvo (Tabela 5):

Tabela 4 – Número de mamografias realizadas em 2013 no Brasil.

Região	Mamografias
Região Norte	100.499
Região Nordeste	604.361
Região Sudeste	1.214.351
Região Sul	268.860
Região Centro-Oeste	166.462
Total	2.354.533

Fonte: SISMAMA

Tabela 5 – Número de mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 anos de idade. Brasil, 2013.

Região	Mamografias
Região Norte	48.693
Região Nordeste	317.855
Região Sudeste	651.978
Região Sul	142.041
Região Centro-Oeste	85.437
Total	1.246.004

Fonte: SISMAMA

Desse modo, no que tangue ao rastreamento, apenas 53% dos exames foram bem indicados. Se considerarmos a população feminina na faixa etária entre 50 e 69 anos (15.763.322, de acordo com o censo de 2010 do IBGE), descontando-se as usuárias de planos privados de assistência à saúde (4.634.770, em 2013),²⁶ temos aproximadamente 11 milhões de mulheres dependentes do SUS e com indicação para o rastreamento. Como o exame deve ser realizado bianualmente, poderíamos inferir que cerca de 5,5 milhões de exames deveriam ser realizados anualmente no SUS, nesse grupo de mulheres.

Assim, concluímos ter havido, em 2013, baixa cobertura da população feminina com indicação de rastreamento, ou seja,

²⁶ Caderno de Informação da Saúde Suplementar - Beneficiários, Operadoras e Planos. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), junho de 2014. Disponível em <Caderno de Informação da Saúde Suplementar Beneficiários, Operadoras e Planos>. Acesso em 24 de novembro de 2014.

aproximadamente, apenas 21% das mulheres com indicação submeteram-se à mamografia para rastreamento do câncer de mama.

Portanto, no Brasil, o problema do rastreamento para o câncer de mama parece não ser devido somente à indisponibilidade de equipamentos em determinadas regiões. Persistem, todavia, dificuldades de acesso da população-alvo aos exames. Tal realidade interfere negativamente na saúde pública, uma vez que a mamografia, nesse caso, deixa de ser efetivo instrumento de redução da morbidade e da mortalidade das mulheres no País.

5.3.2 Exame de Papanicolaou

O rastreamento para o câncer de colo do útero é feito por meio do estudo citológico do material retirado da cérvix uterina (exame de Papanicolaou). O MS, em baseado por diretriz da OMS, determina que, no Brasil, o rastreamento deve ser realizado em mulheres entre 25 e 64 anos que já tiveram atividade sexual, a população-alvo.

Recomenda-se, ainda, que a realização do exame seja da seguinte forma: após 2 citologias normais consecutivas, realizadas com intervalo de 1 ano, passa-se a fazer o exame a cada 3 anos²⁷.

²⁷ Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Titulos/Nomenclatura_colonico_utero.pdf>. Acesso em 06 de novembro de 2014.

No Brasil, em 2013, foram realizados 8.034.326 exames em mulheres pertencentes à população-alvo, número pouco inferior aos dos anos de 2011 (8,89 milhões) e de 2012 (8,56 milhões).

Dados do Siscolo evidenciaram que, em 2013, foram enviadas à análise, para exame de Papanicolaou, 7.040.533 amostras colhidas em mulheres pertencentes à população-alvo.

Tabela 6 – Número de exames citopatológico cérvico-vaginal realizados em mulheres de 25 a 64 anos de idade. Brasil, 2013.

Região	Quantidade
Norte	358.156
Nordeste	1.860.440
Sudeste	3.180.814
Sul	1.119.151
Centro-Oeste	521.972
Total	7.040.533

Fonte: SISCOLO

No que tange à qualidade da amostra (adequabilidade do material colhido da cérvix uterina), percebe-se que somente 1% foi insatisfatória, indicando a boa qualidade e da coleta de células do colo uterino.

Tabela 7 – Número de amostras insatisfatórias enviadas para exame citopatológico Cérvico-Vaginal em mulheres de 25 a 64 anos de idade. Brasil, 2013.

Região	Amostras
Norte	7.993
Nordeste	32.413
Sudeste	21.070
Sul	4.481
Centro-Oeste	4.589
Total	70.546

Fonte: SISCOLO

5.4 O tratamento tempestivo das neoplasias malignas

Não há como conceber um programa de rastreamento para determinada neoplasia maligna sem ter a perspectiva de um tratamento tempestivo para os casos de diagnóstico positivo.

Assim, a demora em se instituir o tratamento do câncer implica aumento da morbidade e da mortalidade, redução da chance de cura e aumento do custo do sistema de saúde com tratamento mais complexo (destinado a combater afecção em estágio avançado).

A tempestividade em se iniciar o tratamento é tema que recebe muita atenção das autoridades que trabalham na área da saúde pública em todo o mundo.

No Reino Unido, por exemplo, dados de 2007 do *Department of Health* revelaram que mais de 99% dos pacientes receberam o seu primeiro tratamento para câncer **dentro de um mês após o diagnóstico**. Também com objetivo de avaliar a qualidade assistencial, auditoria realizada pelo *Royal College of Radiologists* constatou que 92% dos casos com indicação de radioterapia atingiram essa meta naquele ano.

Por sua vez, autoridades sanitárias do Canadá propõem que 75% dos tratamentos radioterápicos devem se iniciar em até 28 dias da data em que o paciente receba a indicação.

Para analisar o cumprimento dessa determinação, estudo realizado pela *Canadian Institute for Health Information* comparou o atendimento prestado nas 10 províncias daquele país. Observou-se que, em oito províncias, 88% dos pacientes iniciaram radioterapia dentro do prazo de 28 dias, superando o padrão estabelecido nacionalmente.

O Brasil destoa dos exemplos acima, uma vez que auditoria realizada pelo TCU (publicada em 2010) concluiu que os bancos de dados que armazenam informações sobre os casos de câncer são pouco utilizados como instrumento para o monitoramento e para a melhora da tempestividade dos tratamentos para portadores de câncer recentemente diagnosticados.

Apesar das dificuldades nesse acesso à informação, a utilização dos dados disponíveis no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e nos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) – organizados pelo Inca e pela Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP) – permitiu aos analistas do TCU concluírem **que os tratamentos oncológicos provados pelo SUS não têm sido tempestivos²⁸**.

²⁸ Tribunal de Contas da União (TCU). Relatório de Auditoria Operacional (TC 031.944/2010-8)

No que tange à quimioterapia, análise dos dados disponíveis nas Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (APACS) indicou que o tempo médio de espera entre o diagnóstico e o início da terapêutica foi de 76,3 dias. De mostrou-se, ainda, que, em 2010, **apenas 35,6% dos pacientes conseguiram iniciar seus tratamentos nos primeiros 30 dias após receberem o diagnóstico.**

Indicadores referentes à tempestividade da radioterapia mostraram-se ainda mais alarmantes. O tempo médio entre o diagnóstico e o início dos tratamentos foi de 113,4 dias. Apenas 15,9% dos pacientes de radioterapia conseguiram iniciar seus tratamentos dentro de 30 dias após o diagnóstico.

A análise dos dados dos Registros Hospitalares de Câncer da Fosp foi realizada com os casos diagnosticados em 2009. Os resultados obtidos demonstram que o tempo médio de espera para o início dos tratamentos foi de 46,6 dias.

Nos casos de pacientes que se submeteram exclusivamente à quimioterapia, a espera média foi de 49,9 dias; pacientes com indicação de radioterapia esperaram, em média, 91,3 dias; e pacientes com indicação de tratamento cirúrgico tiveram de esperar, em média, 35 dias. Somente 52,4% dos tratamentos documentados na RHC da Fosp começaram em até 30 dias após o diagnóstico.

No caso do RHC organizado pelo Inca, os dados deveriam trazer informações provenientes de todos os estados do Brasil. Todavia, a

auditoria do TCU evidenciou que, em 2009, as informações provinham de menos de 50% dos estabelecimentos habilitados. Ademais, somente cinco estados da Federação (Minas Gerais, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul) foram responsáveis por 82,1% das informações.

Os resultados obtidos com os dados do RHC do Inca são semelhantes aos dados de tempestividade e dos demais bancos de dados. De uma forma geral, o tempo médio de espera para o início dos tratamentos foi de 70,3 dias e somente 38,4% dos pacientes iniciaram seus tratamentos dentro dos primeiros 30 dias após o diagnóstico.

Considerando-se somente os pacientes cujo primeiro tratamento foi quimioterapia, o tempo médio de espera foi de 58,2 dias; pacientes cujo primeiro tratamento foi de radioterapia, o prazo médio apurado foi de 100,6 dias; e pacientes que inicialmente foram submetidos à cirurgia, o prazo de espera foi de 54,4 dias.

A auditoria do TCU apontou possíveis fatores que contribuem para as dificuldades de acesso da população à atenção oncológica. Um dos mais contundentes problemas é a incipiente do sistema de regulação de acesso de pacientes.

Os trabalhos de campo realizados pelo TCU evidenciaram que os sistemas de regulação de acesso nos estados visitados apresentam configurações variadas e encontram-se em processo de implantação ou consolidação, com diferentes estágios de desenvolvimento.

Em auditoria realizada em 2009 sobre a regulação assistencial do SUS, o TCU já havia constatado que, “na maioria parte dos estados, a operacionalização da regulação não é instrumentalizada plenamente por protocolos operacionais”. Constatou-se, ainda, que “a informatização dos complexos reguladores ainda é incipiente na maioria dos estados”.

Outros problemas detectados foram carência de profissionais (sobretudo de anatomo-patologistas); insuficiência de indicadores confiáveis a respeito da tempestividade para início do tratamento (o que deixa gestores sem informações objetivas para adotar ações corretivas); e estrutura deficiente da rede de saúde de média complexidade (responsável pela realização de procedimentos de diagnóstico oncológico).

Uma importante deficiência detectada pelo TCU consiste no despreparo da atenção primária para rastrear precocemente os casos de câncer e encaminhá-los para a atenção especializada, o que se reflete no diagnóstico tardio da doença.

Dados colhidos a partir das Apacs evidenciaram que, em 2010, no Brasil, 12,5% dos casos de câncer de mama foram diagnosticados em fase avançada (estágio 4).

Como comparação, verificou-se, no Reino Unido, que apenas 3,1% das pacientes foram diagnosticadas no estágio 4, entre 1998 e 2006. Nos Estados Unidos, apenas 2,18% das mulheres foram diagnosticadas com câncer de mama no estágio 4, no ano de 2004.

Para tentar melhorar o acesso de pacientes com câncer recém-diagnosticado à terapêutica, foi aprovada a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que *dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início*. Para conferir credibilidade ao início do tratamento ofertado pelo SUS, o dispositivo legal assim determina:

Art. 1º O paciente com neoplasia maligna receberá, gratuitamente, no Sistema Único de Saúde (SUS), todos os tratamentos necessários, na forma desta Lei.

Art. 2º O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), **no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico** em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único. [grifou-se]

Para nos atermos ao cumprimento desse diploma legal, avaliamos as informações disponíveis, desde 2012 (ano de publicação da lei mencionada), no portal eletrônico do RHC do Inca. O tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento para as neoplasias malignas, entre 2012 e 2014, encontra-se na Tabela 8, abaixo:

Tabela 8 - Tempo entre diagnóstico e tratamento de tumores. Brasil, 2012-2014.

Faixa de tempo	Casos notificados
Menos que 30 dias	6.834 (19,2%)
Entre 31 e 60 dias	8.207 (23,1%)
Mais que 60 dias	20.482 (57,7%)
Total	35.523 (100%)

Fonte: RHC, Inca

Entretanto, considerando apenas os pacientes com diagnóstico de **doença em fase inicial** (muitos dos quais com rastreamento positivo) e ainda sem tratamento, obtivemos as informações contidas na tabela abaixo:

Tabela 9 - Tempo entre diagnóstico e tratamento de tumores em fase inicial. Brasil, 2012-2014.

Faixa de tempo	Casos notificados
Menos que 30 dias	1.157 (12,1%)
Entre 31 e 60 dias	2.048 (21,4%)
Mais que 60 dias	6.363 (66,5%)
Total	9.558 (100%)

Fonte: RHC, Inca

Ao analisarmos esses dados, observamos que, de acordo com o RHC/Inca, a maioria das pessoas ainda inicia o tratamento após decorridos mais de 60 dias após o diagnóstico.

O problema ocorreu em 57,7% dos casos de câncer notificados no RHC/Inca. Mais especificamente, 66,5% dos pacientes com doença em fase inicial iniciaram seus tratamentos somente após decorridos mais de 60 dias do diagnóstico.

Cabe-nos ressaltar que, em relação ao mencionado estudo realizado pelo TCU em 2009, o banco de dados RHC/Inca parece estar mais bem alimentado, com informações provenientes de hospitais de todos os estados brasileiros.

Concluímos que, a despeito das disposições da Lei nº 12.732, de 2012, persiste, no Brasil, longa espera para se conseguir iniciar o

tratamento para o câncer. Essa realidade produz consequências graves para os pacientes, como menores chances de cura e redução do tempo de sobrevida.

É importante considerar, ainda, as graves consequências para o País, como o aumento de gastos com tratamentos mais complexos para doenças em fases avançadas e os gastos previdenciários decorrentes do prolongado afastamento desses pacientes do seu local trabalho.

6. Conclusões

Desde a sua inauguração em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que foi substituído pelo PNAISM, tem contribuído bastante para a melhoria dos indicadores de saúde das mulheres. Entretanto, no que tange ao controle das neoplasias malignas de mama e de colo do útero, percebemos que grandes desafios ainda persistem.

De um lado, nos últimos anos, o País vem testemunhando aumento na taxa de mortalidade do câncer de mama, a despeito da tecnologia disponível para o diagnóstico e para o tratamento. Ademais, os dados epidemiológicos brasileiros estão em desvantagem em relação aos de países da América Latina, tais como Uruguai, Chile, Argentina, Uruguai, Suriname e Porto Rico.

Os possíveis problemas que afetam as mulheres brasileiras são a falta de acesso da população-alvo ao exame biannual de mamografia e a

dificuldade do SUS em acolher as mulheres com diagnóstico de câncer de mama e de oferecer tratamento tempestivo e de qualidade.

Por outro lado, as taxas de mortalidade para o câncer de colo do útero têm se mantido estáveis nos últimos 20 anos. Dados do Siscolo evidenciaram boa qualidade das amostras enviadas aos laboratórios de patologia do SUS para exame de Papanicolaou.

Ainda assim, a estabilidade na taxa de mortalidade por essa doença também pode ser consequência da dificuldade de acesso rápido ao tratamento após o diagnóstico.

No que tange à prevenção do câncer de colo do útero, em 2014, o MS iniciou o programa de vacinação gratuita contra o HPV, que é indicada para meninas com idade entre 11 e 13 anos. Espera-se, assim que o programa produza efetiva queda na incidência, prevalência, morbidade e mortalidade da doença nos próximos anos.

Quanto à tempestividade do tratamento oferecido ao paciente portador de câncer, o SUS persiste com a dificuldade de garantir acesso rápido a essas pessoas. Conforme anteriormente mencionado, o atraso no tratamento é causa de aumento da mortalidade..

Apesar da edição da Lei nº 12.732, de 2012, ainda não se detectou melhora no problema da tempestividade do tratamento do câncer, já que os dados disponíveis ainda apontam tempos de espera para o início do tratamento mais longos que aquele que a lei determina. Isso indica

a persistência de problemas estruturais do SUS, com manutenção da dificuldade de acesso aos serviços oncológicos.

7. Recomendações

Indicamos a seguir algumas recomendações ao Tribunal de Contas da União (TCU), que derivam, em grande medida, dos problemas e gargalos operacionais identificados:

- analisar a qualidade do exame de mamografia realizado no SUS;
- avaliar os motivos da baixa cobertura do exame de mamografia na população-alvo;
- inquirir o Ministério de Saúde quanto a os motivos do aumento da taxa de mortalidade do câncer de mama;
- realizar auditorias nos serviços de anatomia patológica credenciados pelo SUS, para avaliar se existem condições estruturais para atender adequadamente a demanda de exames de Panicolau realizados no SUS;
- avaliar se a rede de atendimento credenciada pelo SUS tem condições de acatar plenamente as determinações da Lei nº 12.732, de 2012;

- analisar se estão sendo cumpridas as disposições da Lei nº 12.732, de 2012;
- verificar se estão em curso medidas para melhorar a alimentação dos bancos de dados sobre tratamento oncológico;
- verificar as medidas em curso para melhorar a rede de assistência oncológica e aumentar o número de especialistas disponíveis no SUS.

Indicamos, também, algumas recomendações ao MS:

- adotar medidas para tornar efetivo o RHC em âmbito nacional;
- criar incentivos para os estabelecimentos que apresentarem boa adesão ao preenchimento de dados no RHC;
- manutenção de um RHC completo e atualizado para bem informar os gestores que atuam na Política Nacional de Atenção Oncológica com indicadores de tempestividade e efetividade do tratamento;
- divulgação atualizada de indicadores de sobrevida, de forma que possibilite o efetivo acompanhamento da qualidade da atenção oncológica;

- instituir medidas para que dados das Apacs de quimioterapia e de radioterapia sejam registrados de maneira consistente;
- promover a formação e a capacitação de profissionais para atuarem na assistência oncológica;
- promover cursos de capacitação em prevenção e diagnóstico precoce do câncer para profissionais que atuam na atenção primária de saúde.

Sala da Comissão, 10 de dezembro de 2014.

Senadora ANA AMÉLIA

Relatora



SENADO FEDERAL
Comissão de Assuntos Sociais - CAS
REQUERIMENTO DA COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS Nº 16, de 2014

ASSINAM O PARECER, NA 43^a REUNIÃO, DE 10/12/2014, OS(AS) SENHORES(AS) SENADORES(AS)

PRESIDENTE:

RELATOR:

Senador Waldemir Moka
Senadora Ana Amélia

Bloco de Apoio ao Governo(PSOL, PT, PDT, PCdoB, PRB)	
Paulo Paim (PT)	<i>J. Paim</i>
Angela Portela (PT)	
Humberto Costa (PT)	
Ana Rita (PT)	<i>Ana Rita</i>
João Durval (PDT)	
Rodrigo Rollemberg (PSB)	
Vanessa Grazziotin (PCdoB)	
1. Eduardo Suplicy (PT)	<i>Eduardo Suplicy</i>
2. VAGO	
3. José Pimentel (PT)	
4. Marta Suplicy (PT)	
5. Lindbergh Farias (PT)	
6. Cristovam Buarque (PDT)	
7. Lídice da Mata (PSB)	

Bloco Parlamentar da Maioria(PV, PSD, PMDB, PP)

Waldemir Moka (PMDB)	<i>Presidente</i>	1. VAGO
Roberto Requião (PMDB)		2. VAGO
Casildo Maldaner (PMDB)	<i>Casildo Maldaner</i>	3. Eduardo Braga (PMDB)
Vital do Rêgo (PMDB)		4. Eunício Oliveira (PMDB)
João Alberto Souza (PMDB)		5. Romero Jucá (PMDB)
Ana Amélia (PP)	<i>Relatora</i>	6. Benedito de Lira (PP)
Paulo Davim (PV)	<i>RDR</i>	7. Sérgio Petecão (PSD)

Bloco Parlamentar da Minoria(PSDB, DEM)

Cícero Lucena (PSDB)	1. Aécio Neves (PSDB)
Lúcia Vânia (PSDB)	2. Cyro Miranda (PSDB)
VAGO	3. Paulo Bauer (PSDB)
Jayme Campos (DEM)	4. Maria do Carmo Alves (DEM)

Bloco Parlamentar União e Força(PTB, SD, PSC, PR)

Mozarildo Cavalcanti (PTB)	1. Armando Monteiro (PTB)
Eduardo Amorim (PSC)	2. João Vicente Claudino (PTB)
Gim (PTB)	3. Vicentinho Alves (SD)