

# política

CRIADAS COM BASE EM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS, DEVEM GARANTIR ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA TOTAL E RESISTIR ÀS PRESSÕES DE MERCADO

## Como nascem as políticas públicas em câncer?

**N**a gôndola do supermercado, uma famosa marca de molho de tomate dedica o verso de sua embalagem ao Outubro Rosa, movimento internacional de conscientização sobre o câncer de mama. Uma frase chama a atenção: “a importância do diagnóstico precoce pelo exame anual de mamografia, a partir dos 40 anos”. A questão é que, embora defendida pela Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), em conjunto com outras entidades médicas, a mamografia de rastreamento – ou seja, para mulheres assintomáticas – é recomendada pelo Ministério da Saúde (MS) para a faixa dos 50 aos 69 anos, a cada dois anos.

A Lei nº 12.401/2011 estabelece que documentos com caráter de protocolo clínico e diretriz terapêutica sejam elaborados a partir das melhores evidências científicas sobre a eficácia, a precisão e a segurança das tecnologias em questão. E é justamente em atendimento a essa lei que o INCA – órgão do MS responsável por coordenar a formulação da política nacional de preven-

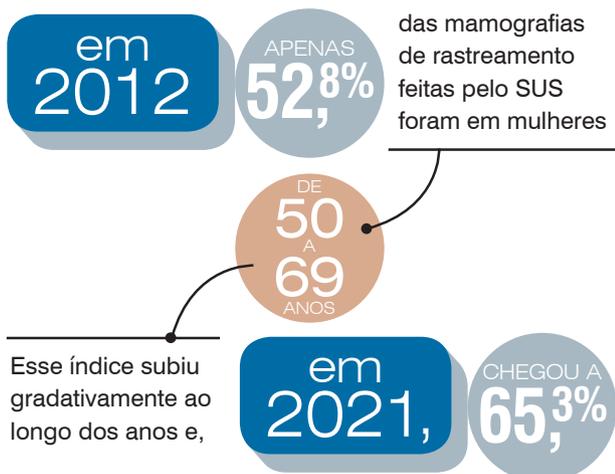


ção, diagnóstico e tratamento do câncer – lançou, em 2015, as *Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil*. Elas tiveram como base a revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados, que são o maior nível de evidência científica possível. Em 2018, foi publicado artigo com atualização das buscas, mas sem mudanças de recomendação.

Os estudos avaliados para a definição das diretrizes de mama não apontaram redução da mortalidade entre mulheres fora da população-alvo do rastreamento. “Não podemos oferecer mamografia só porque é Outubro Rosa. A política pública

tem o compromisso de garantir a integralidade da assistência, ou seja, que o sistema de saúde dê conta de todo o processo da investigação – biópsia, outros exames e demais cuidados – no caso de um resultado positivo. Esse é um dos princípios do SUS [Sistema Único de Saúde]”, salienta Arn Migowski, médico epidemiologista do Instituto e primeiro autor da publicação, ressaltando que as orientações das diretrizes de mama, escritas ao longo de dois anos, não envolveram aspectos financeiros.

“A publicação não restringe ou proíbe o acesso à mamografia. O governo poderia ter decidido não pagar pelo exame fora da recomendação de faixa etária e periodicidade, mas o SUS também faz essas mamografias, quando solicitadas pelos médicos. Do ponto de vista da política pública, nós precisamos assegurar que, em média, os benefícios vão sobrepujar os riscos. Fora da recomendação, não há como garantir isso minimamente”, afirma o médico.



## BALANÇO

A ginecologista Flávia de Miranda Corrêa, pesquisadora da Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede do INCA, é uma das autoras das *Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero*. Flávia reforça que o profissional de saúde tem autonomia para tomar decisões diferentes do que é preconizado nas diretrizes, que têm caráter orientador. Para ela, é preciso separar o tratamento individual do interesse comum. “A política pública é para todos, enquanto as recomendações das sociedades médicas visam a saúde individual, e não a coletiva”, esclarece.

Flávia defende uma mudança na visão da população a respeito do rastreamento. “Há um conceito errôneo e contraintuitivo de que ‘se existe um exame

que pode ajudar a prevenir a doença ou diagnosticá-la num estágio inicial, por que não fazer?’ Nenhum teste, porém, é 100% certo. Um exame pode ser ‘tudo de bom’, mas também pode ser ‘tudo de mau’. Esse equilíbrio entre benefícios e riscos é o que pesamos enquanto formuladores de políticas públicas”, observa.

Entre os principais riscos do rastreamento de qualquer tipo de câncer, segundo os especialistas do INCA, estão o sobrediagnóstico e o sobretratamento. O sobrediagnóstico ocorre quando o paciente tem detectado um câncer que não ameaçaria a vida (ou seja, a pessoa morreria de outra causa); ou recebe um resultado positivo no rastreamento que depois não se confirma como câncer (falso-positivo). Em ambas as situações, o paciente, além de sofrer ansiedade e estresse, pode ser submetido a outros procedimentos – biópsia invasiva, por exemplo, como acontece frequentemente no câncer de próstata – e mesmo a um tratamento, como cirurgia, desnecessariamente.

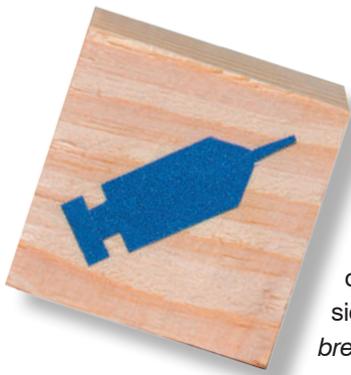
No outro extremo, o resultado negativo de um tumor maligno não detectado (falso-negativo) no rastreamento dá ao indivíduo uma enganosa sensação de segurança. Outro risco, especialmente na mamografia, é a exposição aos raios-X. Embora raramente cause câncer, há um discreto aumento do perigo, sobretudo se o exame é repetido por vários anos seguidos.

## CONSCIENTIZAÇÃO

A mesma falta de evidência científica que não apoia o rastreamento mamográfico fora da faixa de 50 a 69 anos pôs em xeque uma prática antiga: o autoexame das mamas (AEM). Estima-se que o método – que demandava uma série de “regras” de execução por parte da mulher – tenha surgido nos anos 1930, nos Estados Unidos, e se popularizado na década de 1950, a partir de campanhas da American Cancer Society e do National Cancer Institute. No Brasil, tornou-se popular no final dos anos 1980, com materiais de divulgação protagonizados pela atriz Cássia Kis.

Para a elaboração das diretrizes, o INCA analisou seis revisões sistemáticas, que buscaram reunir todos os ensaios clínicos sobre o tema e identificaram ausência de evidências acerca da redução da mortalidade por câncer de mama. Ao mesmo tempo, encontraram evidências sobre excesso de intervenções desnecessárias para investigação diagnóstica em função de achados falso-positivos. Seguindo esse entendimento, o INCA, na publicação,





recomenda contra o ensino do AEM como método de rastreamento do câncer de mama.

Hoje, mundialmente, no lugar de autoexame, instituições e profissionais de saúde preferem o termo *breast awareness* (conhecimento ou conscientização das mamas, em tradução livre). “Fazer o exame só em um determinado momento do mês não era eficaz, e a técnica em si, como era indicada, não apresentava resultados significativos. As mulheres não estavam percebendo mais cedo algum tipo de alteração”, detalha Flávia.

“Então, passou-se a recomendar que a mulher conheça as suas mamas, porque elas mudam ao longo do ciclo menstrual e da vida. A mulher vai apalpar a mama do jeito e no período que quiser e observar se há alguma diferença em relação ao habitual. É como se fosse uma rotina de atenção à saúde, o que não é exclusivo para as mamas ou para as mulheres. Todos precisam estar atentos ao próprio organismo”, acrescenta.

Na cartilha *O que você precisa saber sobre o câncer de mama*, voltada a pacientes, a SBM mantém a palavra “autoexame” – que não é usada em uma publicação semelhante do INCA – e o indica apenas como “uma busca para conhecer o próprio corpo e manter a saúde mamária”. No entanto, mesmo sem toda a metodologia antiga, a entidade ainda propaga regras para a ação: fazê-la sete dias após a menstruação ou, após a menopausa, sempre no mesmo dia do mês.

Embora nem o INCA nem a SBM recomendem o autoexame ou o autoconhecimento das mamas como método de rastreamento, ainda é comum, sobretudo na época do Outubro Rosa, campanhas estimularem sua prática.

## DIVERGÊNCIAS

Problema semelhante acontece com o câncer de próstata. No Novembro Azul, movimento de conscientização sobre a doença, é bastante frequente ver campanhas incentivarem o rastreamento por meio da dosagem do antígeno prostático específico (PSA, na sigla em inglês), no sangue, e do toque retal. Este último foi tema de um vídeo que viralizou nas redes sociais em 2023, no qual o ator Antônio Fagundes, em tom de piada, tenta diminuir o preconceito masculino contra o procedimento, citado na peça como método de detecção precoce do câncer.

Acontece que, atualmente, nem a própria Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) – que, até me-

ados da década passada, era favorável ao rastreamento para homens acima de 50 anos com baixo risco de câncer de próstata e a partir de 45 para os com maior risco – defende a triagem populacional, pelo menos num primeiro momento. A mudança foi motivada pela publicação de estudos que não apontaram benefícios do rastreamento na redução da mortalidade pela neoplasia, ao mesmo tempo em que foram constatados muitos casos de sobrediagnóstico e sobretratamento.

Em 2015, a SBU publicou posicionamento no qual recomenda que homens acima de 50 anos – ou 45, no caso de negros ou com parentes de primeiro grau com câncer de próstata – procurem um profissional especializado para avaliação individualizada. “O rastreamento deverá ser feito após ampla discussão de riscos e potenciais benefícios”, dizia o texto, que em 2018 foi atualizado com o complemento: “Em decisão compartilhada com o paciente”.

A decisão compartilhada também é defendida pelo INCA na Nota Técnica nº 9/2023, em que reafirma posicionamento de 2013 contrário ao rastreamento desse câncer, independentemente da idade. A diferença para a SBU é que o Instituto não estimula o homem a procurar o profissional de saúde para debater o assunto. “O INCA defende que, se o paciente for ao médico e quiser saber sobre o rastreamento, é obrigação do profissional citar benefícios e riscos e os dois tomarem, juntos, duas decisões: rastrear ou não e, no primeiro caso, se o câncer se confirmar, fazer vigilância ativa ou tratar, a partir das características de cada caso e de valores e preferências do paciente”, esclarece Renata Maciel, chefe da Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede do Instituto. Profissionais da Divisão, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) criaram um infográfico para auxiliar na comunicação médico-paciente.

## JUVENTUDE

No câncer do colo do útero, a divergência se dá na prática clínica. O INCA, nas diretrizes, cuja primeira edição data de 2011, recomenda que o rastreamento, por meio do exame citopatológico (Papanicolaou), comece aos 25 anos para as mulheres que já iniciaram a atividade sexual. No primeiro momento, a intervenção deve ser anual; após dois exames normais, passa a ser trienal até o encerramento da triagem, aos 64 anos. Muitos médicos, no entanto, ainda estimulam o exame anual. Também é frequente mulheres abaixo de 25 anos se submeterem ao procedimento.

# A VOZ DAS SOCIEDADES MÉDICAS

A SBM apoia “fortemente” o rastreamento mamográfico anual a partir dos 40 anos, conforme nota divulgada no final de outubro de 2023 e assinada em conjunto com o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica e a Federação Brasileira de Associações de Ginecologistas e Obstetras. As entidades alegam que, no Brasil, 40% das mulheres diagnosticadas com câncer de mama têm menos de 50 anos. Além disso, citam o estudo britânico Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality (UK Age trial): final results of a randomised, controlled trial, publicado em 2020 na revista The Lancet. A pesquisa estima em 25% a redução na mortalidade entre mulheres de 40 a 50 anos que fizeram a triagem.

Para a médica Rosemar Macedo Sousa Rahal, membro da diretoria da SBM, deixar de fora do rastreamento mulheres entre 40 e 50 anos é negligenciar um contingente de pacientes jovens. “Quando você pega os países desenvolvidos que têm um rastreamento mamográfico mais efetivo, no qual a paciente tem acesso ao diagnóstico precoce de forma mais ágil, as curvas de mortalidade são descendentes, ou seja, perdem-se menos pacientes

para o câncer de mama. Isso se contrapõe ao que acontece no Brasil, onde, há uma década, só de 20% a 25% da população feminina está sendo rastreada. Para termos redução de mortalidade pela doença, temos de chegar a 70%”, argumenta.

O posicionamento da SBM recebe críticas no meio científico. Uma delas é um possível conflito de interesses, já que a redução da idade no rastreamento aumentaria o número de consultas e procedimentos, favorecendo os médicos e as clínicas. A diretora da sociedade refuta a ideia. “Eu não consigo acreditar que o médico vá expor o paciente a um tratamento desnecessário, porque nós juramos fazer o melhor para ele, sem levar nenhum malefício”, afirma Rosemar, que defende a revisão do conceito de sobrediagnóstico. “Hoje, não temos nenhum teste capaz de avaliar se uma lesão maligna descoberta na mama vai ou não evoluir. É pagar para ver, e isso não é justo com a saúde da mulher.”

Questionada sobre a metodologia para o autotexto e o uso da palavra na cartilha da SBM, a diretora apenas respondeu que é importante a mulher conhecer seu corpo e que o procedimento, sozinho, não é recomendado pela sociedade,

“Entre a adolescência e o início da atividade sexual até os 25 anos, há um pico de prevalência de infecção por HPV [papilomavírus humano], causadora do câncer do colo do útero. Mas a infecção regride espontaneamente em mais de 90% dos casos. O resultado é o tratamento de lesões que iriam envolver espontaneamente, podendo prejudicar a vida reprodutiva dessa mulher jovem, fértil, que ainda poderia ter filhos. São riscos adicionais sem um benefício adicional comprovado”, esclarece Flávia Miranda, coautora das diretrizes do colo do útero, cuja revisão [publicada em 2016] foi produzida em um ano.

As duas publicações do INCA são exemplos de políticas públicas que integram um plano maior: a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), criada em 2013 e atualizada em dezembro último. No início de 2023, a PNPCC ganhou um setor dentro do MS para geri-la. A Coordenação-Geral da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (CGCAN) busca reduzir a incidência da doença e a mortalidade e a incapacidade causadas por ela, bem como melhorar a qualidade de vida do paciente oncológico. Isso se dá por meio de ações de detecção

precoce, como são as diretrizes do Instituto, e também de promoção da saúde, prevenção, tratamento oportuno e cuidados paliativos.

À frente da CGCAN está o médico sanitário Fernando Maia. Ele explica que, além de integralidade e efetividade, as políticas públicas em câncer no Brasil devem levar em consideração a capacidade instalada de um país em desenvolvimento, com recursos, equipamentos e profissionais, muitas vezes, escassos. Outro aspecto a ser considerado é a garantia da equidade. “Precisamos sempre pensar em como atuar de maneira mais prioritária ou com foco maior nas populações com piores indicadores de saúde”, diz.

## COOPERAÇÃO

Mais um ponto em comum entre as políticas públicas em câncer é a participação de múltiplos segmentos da sociedade. As diretrizes do INCA, por exemplo, têm a contribuição de profissionais de associações médicas e centros de ensino, pesquisa e assistência de diferentes partes do País. Do Ministério da Saúde, participam departamentos e coordenações das secre-

pois, sem a mamografia, não reduz a mortalidade por câncer de mama.

A REDE CÂNCER também entrou em contato com a SBU para tratar do tema. A entidade optou por enviar nota técnica, produzida por ocasião do Dia Mundial de Combate ao Câncer de Próstata (17 de novembro), na qual expõe os resultados opostos dos dois estudos mais robustos acerca do rastreamento do câncer de próstata. Ainda assim, a SBU defende a realização do procedimento, argumentando que, apesar dos riscos explicitados, revisões sistemáticas demonstraram redução relevante no número de homens diagnosticados com doença metastática.

O texto defende que gestores estaduais e municipais “organizem a rede de Atenção Primária à Saúde como porta de entrada e lócus [local] de avaliação prioritária, no sentido de encaminhar ao urologista para orientação os homens com idades entre 45 e 74 anos, mesmo que assintomáticos, interessados na detecção precoce do câncer da próstata”.

Sugere também, entre outras medidas, “implementar, em larga escala, estratégias de disseminação de informações para a população sobre os sinais de alerta do câncer de próstata, sua prevalência e a importância de discutir individualmente o rastreamento, considerando que a doença é completamente assintomática em seus estádios curáveis”.

A chefe da Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede do INCA, Renata Maciel, reforça que nenhum país recomenda o rastreamento populacional do câncer de próstata, pois os estudos demonstram balanço desfavorável entre riscos e benefícios. Renata orienta que os homens estejam atentos à sua saúde e façam acompanhamento periódico de possíveis doenças crônicas em uma unidade de Atenção Primária à Saúde, onde eles também são orientados sobre prevenção e demais aspectos relacionados à saúde. E frisa: “Não existe uma faixa etária específica na qual o homem tenha que passar por um ou outro tipo de especialista. Na APS, se for identificada a necessidade, ele será encaminhado para um especialista”.



tarias de Atenção Especializada à Saúde (Saes), à qual o INCA e a CGCAN estão subordinados; de Atenção Primária à Saúde (Saps); e de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde (Sectics).

De modo geral, as políticas públicas em câncer envolvem, além do MS, pacientes, por meio de representações nos conselhos de Saúde das três esferas de governo; parlamentares; indústrias farmacêutica e de equipamentos; e sociedades médicas. Maia reconhece que, às vezes, os interesses podem ser conflitantes: “Não tem como a política pública ser consensual. Hoje, há uma série de questões que causam divergências e com as quais os vários atores não necessariamente concordarão. Mas o Ministério da Saúde está sempre disposto a dialogar.”

O coordenador da CGCAN destaca também a participação de estados e municípios, por meio das secretarias de Saúde e dos conselhos nacionais dos secretários de Saúde (Conass e Conasems, respectivamente). “Apesar de caber ao ministério a função de definir diretrizes, recomendações e portarias, as decisões são sempre compartilhadas com estados e municípios, considerando a gestão tripartite do SUS”, comenta.

Uma peça fundamental nessa engrenagem é a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), uma das últimas etapas antes de uma política pública ver a luz do dia. Com base em evidências científicas e em fatores clínicos, econômicos, sociais e éticos, entre outros, a Conitec avalia a possibilidade de incorporação da proposta no SUS. Se a recomendação for favorável, o projeto vira uma portaria assinada pelo secretário da Sectics.

Foi o que aconteceu com as diretrizes de mama, aprovadas por unanimidade pela comissão em 2015. No mesmo ano, a Conitec emitiu parecer contrário à proposta “Mamografia para o rastreamento do câncer de mama em mulheres assintomáticas com risco habitual fora da faixa etária atualmente recomendada (50 a 69 anos)”. O Relatório de Recomendação, documento final sobre o tema, justifica a decisão, também unânime, “diante da incerteza sobre os benefícios aliada à confirmação de sobrediagnóstico e, conseqüentemente, os danos relacionados, advindos do rastreamento do câncer de mama por mamografia”. Palavra da ciência.■