

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS PARA O CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA NO BRASIL

Juliana Garcia Gonçalves* ;
Alessandra de Sá Earp Siqueira** ;
Isabel Garcia de Almeida Rocha*** ;
Eduardo Fernandes Felix de Lima*** ;
Letícia da Silva Alves*** ;
Beatriz Oliveira da Silva*** ;
Paulo Eduardo Xavier de Mendonça**** ;
Emerson Elias Merhy**** ;
Marcelo Gerardin Poirot Land*****

RESUMO

Este artigo faz parte da Tese de Doutorado “*A Lei nº. 12.732/12 e seu Efeito no Cuidado aos Pacientes Oncológicos*” e apresenta o resultado de estudo descritivo, a partir de uma perspectiva evolutiva, das políticas brasileiras relacionadas ao controle do câncer de mama.

O câncer de mama é uma das doenças crônicas mais incidentes no contexto de transição demográfica, epidemiológica, e intensificação bio e micropolítica. Três momentos marcam as políticas voltadas para o controle do câncer de mama no Brasil: no primeiro, anterior a 1997, não são identificadas estratégias para detecção precoce. O segundo, compreendido entre 1997 e 2004, é marcado pelo investimento em conscientização e incentivo ao

* Doutoranda em Ciências pela Faculdade de Medicina da UFRJ, Pesquisadora do Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde, Analista de Ciência e Tecnologia do Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes da Silva

** Doutoranda em Ciências pela Faculdade de Medicina da UFRJ, Pesquisadora do Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde, Analista de Ciência e Tecnologia do Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes da Silva

*** Graduandos em Saúde Coletiva da UFRJ, Estagiários do Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde e do Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes da Silva

**** Professor Adjunto de Saúde Coletiva -IESC – UFRJ, Diretor Adjunto de Graduação. Pesquisador do Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde e da Rede de Avaliação Compartilhada

***** Professor titular de Saúde Coletiva, UFRJ-MACAÉ. Coordenador do Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde e da Rede de Avaliação Compartilhada, na UFRJ. Membro do grupo de Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

***** Professor Associado da Faculdade de Medicina da UFRJ. Pesquisador do Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde e da Rede de Avaliação Compartilhada

autoexame. O terceiro se inicia em 2005 com o emprego do *screening* baseado na mamografia e programas de gestão com incentivos financeiros e propostas normativas para o aumento da oferta de acesso.

PALAVRAS CHAVE: Políticas Públicas, Câncer de Mama, Saúde Pública, Mulher

ABSTRACT

This article is part of the Doctoral Thesis "The Law.12.732 /2012 and its Effect on Care for Oncology Patients "and presents the results of descriptive study, from an evolutionary perspective, about the Brazilian policies related to the control of breast cancer.

Breast cancer is one of the most incident chronic diseases in a context of demographic and epidemiological transition and bio and micropolitics changes. Three moments mark these policies for the control of breast cancer in Brazil: in the first, prior to 1997, no strategies for early detection are clearly identified. The second, between 1997 and 2004, is marked by investment in awareness and encouragement to self-examination. The third begins in 2005 with the use of mammography based screening and management programs with financial incentives and regulatory proposals for increasing the supply of access.

KEY WORDS: Public Policy, Breast Cancer, Public Health, Woman

Introdução

Este artigo é um recorte da Tese de Doutorado “*A Lei nº. 12.732/12 e seu Efeito no Cuidado aos Pacientes Oncológicos*”, vinculada à Pós-graduação em Clínica Médica da UFRJ e compõe uma série de estudos realizados pelos pesquisadores do Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde,¹ e da Rede de Atenção Compartilhada.

O Observatório foi criado a partir de pesquisa financiada pelo CNPq, Chamada MCTI/CNPq/CT- Saúde/MS/SCTIE/Decit No 41/2013 - Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para Efetivação do Direito Universal à Saúde. Já a Rede de Avaliação Compartilhada desenvolve a pesquisa Avaliação da Produção do Cuidado nas Redes Temáticas e possui financiamento do Ministério da Saúde (MS). Ambas são coordenadas pelo grupo Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer 876.415, CAAE 38804614.8.1001.5291.

O Observatório de Políticas Públicas e Cuidado em Saúde e a Rede de Avaliação Compartilhada são integrados por uma rede de pesquisadores de diversas instituições de ensino superior do Brasil, que desenvolvem estudos voltados para o acompanhamento e avaliação dos impactos da implementação e da institucionalização de políticas públicas em saúde em diversos níveis (federal, estadual e municipal).

Os trabalhos são desenvolvidos a partir de um modelo de análise das políticas e ações de governo em múltiplos níveis, utilizando-se de ferramentas quantitativas e qualitativas.

Este artigo apresenta o resultado do estudo descritivo a partir de uma perspectiva histórica e evolutiva das políticas relacionadas ao controle do câncer de mama desenvolvidas no Brasil desde a década de 80. A análise aqui obtida deverá, posteriormente, ser avaliada a luz de indicadores de acesso e resultado na busca de compreender o impacto das normativas e ações no enfrentamento da doença.

A Atenção Oncológica no Brasil

Nas últimas décadas, verifica-se uma importante mudança do perfil epidemiológico com expressivo aumento das doenças neoplásicas e outras doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), dentre elas, o câncer. As DCNT já representam atualmente 63%

das mortes no mundo, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS)². Seguindo essa tendência mundial, no Brasil as DCNT são a causa de aproximadamente 74% das mortes (dados de 2012)³.

O câncer é a principal causa de morte por doença no mundo, tendo sido responsável por 8,2 milhões de mortes em 2012². Houve um aumento no número de casos de câncer com 14 milhões de novos casos no ano de 2012 e uma expectativa de 22 milhões de novos casos anualmente nas próximas duas décadas.²

As estimativas de câncer no Brasil indicam que 596.070 novos casos ocorrerão em 2016, incluindo os casos de pele não-melanoma. O câncer de pele do tipo não-melanoma (175.760 mil casos novos, 29% do total estimado) será o mais incidente na população brasileira. No sexo masculino, são mais incidentes os cânceres de próstata, traqueia, brônquio e pulmão, cólon e reto. Na população feminina, as maiores incidências são de mama, cólon e reto, colo do útero, traqueia, brônquio e pulmão.⁴

Nas informações apresentadas pelo INCA em novembro de 2015, estima-se que, no biênio 2016-2017, 57.960 mulheres serão acometidas por câncer de mama.^{4,5}

A Agência Internacional para Pesquisa do Câncer (IARC), da OMS, alerta que, para o efetivo controle do câncer de mama, é preciso que sejam desenvolvidas ações inter-setoriais capazes de promover e organizar uma ampla cadeia de atenção à mulher, que vai desde a informação em saúde, passando pela promoção de uma vida saudável (com identificação e combate aos riscos evitáveis), até o acesso a detecção precoce e tratamento oportuno e adequado para a doença em todas as suas fases evolutivas⁶.

Porto et al (2013)⁷ analisam no projeto História do Câncer a implantação de ações, atividades, programas e políticas de controle do câncer de mama no Brasil. No estudo, os autores identificam “quatro fases históricas distintas”. Uma primeira fase, anterior ao SUS, compreendida entre 1971 a 1989, marcada pela chegada ao Brasil dos primeiros mamógrafos e a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984. Na segunda fase, a partir de 1990, período inicial da estruturação do SUS, ocorre o lançamento de um projeto-piloto do programa “Viva Mulher”, com importantes agendas relacionadas ao controle do câncer de mama. A terceira inicia-se em 2004, com a implantação das ações preconizadas pela Conferência de Consenso. Destacam-se o esforço para priorização política do câncer de mama pelo MS e Governo Federal e o desenvolvimento do SISMAMA – sistema de informação destinado à coleta, registro e

análise de dados de câncer de mama no Brasil. A última fase, iniciada 2013 e ainda vigente, denominada “Era da Qualidade”, é marcada pela preocupação científica com a indicação precisa e zelosa da mamografia, visto que há um comprovado aumento do risco de câncer de mama relacionado ao excesso de exposição à radiação ionizante. Surge daí a necessidade do controle extremo da qualidade do processo evitando que a mulher seja exposta ao exame desnecessariamente. Em 2012, tendo em vista o aperfeiçoamento, foi instituído o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM).

O presente trabalho pretende ampliar a análise histórica realizada por Porto et al. Para tanto, apresentaremos um histórico da evolução das políticas de câncer de mama no Brasil desde a década de 80 até o momento atual, considerando as categorias: contextualização histórica e epidemiológica, princípios dos programas e políticas, diretrizes e estratégias de implementação.

Uma análise histórica da evolução das políticas de câncer de mama no Brasil

Para análise das políticas voltadas para o câncer de mama, delimitamos três momentos significativos, considerando as estratégias utilizadas para detecção precoce do câncer de mama (*screening*).

No período anterior a 1997, notamos que não houve estratégias sistemáticas para sua detecção precoce. De 1997 a 2004, investiu-se prioritariamente no conhecimento da população sobre o problema do câncer de mama, em vistas das crescentes taxas de mortalidade, dando-se ênfase ao autoexame. A partir de 2005, a mamografia torna-se o principal método para a detecção precoce dos casos. A partir daí observa-se um crescente investimento em ampliação do acesso com inclusão de novas estratégias para garantia de cobertura para exames e tratamentos.

1º. Momento

Programa de Saúde Materno Infantil

A atenção à saúde da mulher no Brasil já se constituía como pauta política nas primeiras décadas do século XX. Porém, a abordagem da época limitava-se a estabelecer

programas (em geral instituídos pelo governo federal de forma vertical e pouco integrados a outros programas) que preconizavam ações focadas na saúde materno-infantil “como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes”.⁸

Até o início dos anos 80, a política governamental para a assistência à saúde das mulheres restringia-se ao ciclo gravídico-puerperal - o atendimento ao pré-natal, parto e puerpério - preconizado pelo Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), inspirado nas recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), pautado pela estratégia da intervenção priorizada a grupos de risco ou situações de vulnerabilidade. Dessa forma, o PSMI foi criado no final dos anos 60 pela Divisão de Saúde Materno-Infantil da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde do Ministério da Saúde - (DINSAMI/ SNPES) e implementado pelas secretarias estaduais de Saúde.⁹

O resultado do modelo vertical, com definições de metas formuladas a nível central, foi a segmentação da assistência à saúde da mulher com “privilégio da realização de determinadas intervenções”, pouco vinculadas à epidemiologia e reais necessidades de saúde local, produzindo assim baixo impacto nos indicadores de saúde. O PSMI – Programa de Saúde Materno Infantil - da década de 70 é um exemplo de iniciativa restrita e segmentada implantada pelo MS na época. Foi a partir da década de 80, contudo, que as políticas de saúde começaram a ser pensadas considerando as especificidades e necessidades das mulheres no Brasil.

Os dados referentes ao câncer de mama no Brasil, porém, mostravam a necessidade de se pensar estratégias específicas para controle e combate à doença. Nas décadas de 70 e 80, a taxa bruta de mortalidade por câncer de mama apresentou uma elevação de 68%, passando de 5,77 em 1979, para 9,70 mortes por 100.000 mulheres em 1998.¹⁰

Programa “Assistência Integral à Saúde da Mulher”

O Programa “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática” (PAISM),¹¹ formulado pelo MS em 1983, foi o primeiro marco histórico que trouxe para a pauta a saúde da mulher do ponto de vista das necessidades específicas desta população e não mais sob o binômio mulher-criança, avançando assim para além do modelo de atenção materno-infantil.

O PAISM já se configura dentro de outros paradigmas de saúde, estando inserido no processo de discussão do movimento sanitário, com vistas à reestruturação do sistema para que fossem articuladas ações voltadas à saúde da mulher em todas as suas necessidades: assistência a adolescente, anticoncepção, período gestacional e puerpério, prevenção ao câncer e das doenças sexualmente transmissíveis e menopausa.¹²

A implantação do PAISM marca assim uma ruptura conceitual “com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo”.¹⁰

Na descrição diagnóstica, que subsidia o desenvolvimento do programa, são relatados dados epidemiológicos. À época (dados do Censo Demográfico de 1980) a população total do país era de 119.070.865 habitantes, sendo 31,86% população feminina acima de 15 anos (63,3% do total da população feminina). Dos óbitos registrados no país, 7% correspondiam a mulheres na faixa etária entre 15 e 49 anos, sendo a terceira causa de morte dessas mulheres (15,7% das mortes) as neoplasias.¹¹

Ainda em relação aos problemas identificados na saúde da população feminina relatam:

O câncer do colo uterino e da mama tem apresentado altas taxas de morbimortalidade, devido às baixas coberturas dos serviços, em termos de identificação precoce da patologia, e das dificuldades de acesso aos serviços de maior complexidade por parte das pessoas com diagnóstico positivo. No caso do câncer de mama a técnica de diagnóstico ... se resume na palpação sistemática das mamas e no ensino de técnicas de auto-exame.¹¹

Na definição de diretrizes do programa são estabelecidas: (1) Orientação e capacitação do sistema de saúde para o atendimento das necessidades da população feminina, com ênfase a ações de controle das doenças mais prevalentes nesse grupo. (2) Adoção do conceito de integralidade da assistência em todas as ações desenvolvidas, tanto aquelas de formação de recursos humanos como a “apropriação pela clientela dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde”. (3) O planejamento familiar como uma ação que atende ao princípio de equidade - oportunidade de acesso às informações - e de ordem médica, traduzido no risco gravídico. Por fim, são apresentados os objetivos programáticos da proposta. Dentre eles, “implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle de outras doenças de maior prevalência no grupo”, em especial “ampliar as atividades de identificação e controle do câncer cérvico uterino e de mama”.¹¹

Como procedimentos para garantir a assistência integral à saúde da mulher no que diz respeito à assistência clínico-ginecológico, prevê-se o diagnóstico de doenças da mama por exame ginecológico simplificado e referenciamento e tratamento no caso de diagnóstico de doenças.

São descritas ainda como estratégias de implantação: ampliação da capacidade resolutive da “rede básica”; apoio ao desenvolvimento das secretarias de saúde para que desenvolvam planos ajustados às realidades locais; adequação, integração, regionalização e hierarquização da rede de unidades de saúde definida a partir da complexidade (em especial os mecanismos de referência e contra referência); implementação da proposta de forma integrada; fortalecimento da capacitação de pessoal e toda a política de desenvolvimento de recursos humanos; investimento no desenvolvimento de pesquisas e estudos epidemiológicos sobre a saúde da mulher de forma a oferecer subsídios técnico-científicos para a implementação do programa.

Este é o primeiro programa desenvolvido com a nova concepção das estratégias necessárias para a atenção à saúde da mulher.

2º. Momento

Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama

À época do surgimento desse Programa, no Brasil o câncer de mama ocupava, o primeiro lugar em incidência (31.590 casos) e mortalidade (8.670 mortes),¹⁰ segundo

estimativa INCA para 2001. Mais de 50% dos casos eram diagnosticados em estágios avançados (III e IV), apontando para a necessidade de identificar os principais fatores de risco, evitando assim o diagnóstico tardio. A principal pauta relacionada ao combate das neoplasias mamárias passaram a ser a necessidade de criação de novos programas voltados para a detecção precoce.

O programa Viva Mulher foi criado com o objetivo de reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais causadas pelos cânceres de colo de útero e de mama.

Em 18 de agosto de 1998, em um feito inédito no país, o Ministério da Saúde iniciou uma grande ação de mobilização social, por meio da qual mulheres de 35 à 49 anos de idade foram convidadas para comparecer à unidade de saúde mais próxima de suas residências, para serem submetidas ao exame citopatológico. Esta atividade, que se estendeu até 30 de setembro do mesmo ano, expandiu para todo o território nacional estratégias definidas à partir de um Projeto Piloto, ocorrido entre janeiro de 1997 e junho de 1998, do qual participaram 124.440 mulheres, residentes em seis localidades selecionadas.¹³

Focado inicialmente nas ações de controle do câncer de colo de útero, o Viva Mulher teve suas ações ampliadas em novembro de 2000. Lançou-se aí a primeira fase do “Projeto de Capacitação de Recursos Humanos na Área da Saúde” voltado para o treinamento de recursos humanos para o cuidado e exame das mamas e alocação de mamógrafos e pistolas para biópsia por agulha grossa (*core biopsy*) em pólos de diagnósticos estaduais.¹⁰

Com o Programa, as mulheres que compareciam à Unidade de Saúde para realizar o exame preventivo do câncer do colo do útero (Papanicolau), a partir de 25 anos de idade, eram, na consulta com o profissional de saúde, médico (a) ou enfermeiro(a), submetidas a anamnese e realizavam o Exame Clínico das Mamas (ECM). Na oportunidade ainda, os profissionais ensinavam o Autoexame das Mamas (EAM). Após o ECM, as mulheres com exame anormal seriam encaminhadas a uma consulta médica especializada, onde se

avaliaria a necessidade de mamografia, exame citopatológico ou histopatológico, bem como a indicação de tratamento especializado ou retorno para uma nova avaliação. Para mulheres com situação de alto risco, recomendava-se a mamografia anual.

As diretrizes do programa incluíam: articulação e integração de uma rede nacional de atenção à saúde da mulher; motivação da mulher para auto-cuidado; redução da desigualdade de acesso da mulher à rede de saúde; melhoria da qualidade do atendimento à mulher; aumento da eficiência da rede de controle do câncer.¹⁰

Como estratégias, definiu-se a consolidação de uma base geopolítica gerencial do programa, sediado nos municípios, com articulação de uma rede de comunicação com a mulher e redimensionamento da oferta de tecnologia para diagnóstico e tratamento, buscando assim ampliar o acesso aos serviços e formar uma rede nacional integrada. A informação, capacitação e atualização dos recursos humanos e a criação de um plano de vigilância e avaliação também foram estratégias do Programa.

O Viva Mulher deve ser considerado um marco histórico para as ações e políticas voltadas ao câncer de mama. Verifica-se a partir daí as primeiras ações organizadas e estruturadas para a criação de uma rede assistencial na detecção precoce das neoplasias mamárias.

Documento de Consenso

Já em 2004, é lançado o “Controle do Câncer de Mama -Documento de Consenso”¹⁴, que objetivava definir estratégias prioritárias e aprovar recomendações para o controle do câncer de mama.

Naquele contexto, a OMS estimava a ocorrência de cerca de 1.050.000 casos novos de câncer de mama por ano no mundo, o tipo mais frequente na população feminina. Dados da década de 90 do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) demonstram que no Brasil a situação não se diferenciava. O câncer de mama era também o câncer mais frequente nesta população. Quanto a mortalidade, a taxa padronizada por idade por 100 mil mulheres, passou de 5,77 em 1979, para 9,74 em 2000, registrando uma variação percentual de mais de 80%.¹⁴

No mesmo período, dados de países desenvolvidos como os Estados Unidos, o Canadá, o Reino Unido, a Holanda, a Dinamarca e a Noruega apontavam para um aumento

na incidência de câncer de mama, porém com redução da mortalidade. Estes dados foram associados ao investimento em técnicas de rastreamento adequadas, como a mamografia.

No Brasil, contudo, o aumento do número de casos ainda era aliado com o aumento da mortalidade. Estes dados mostravam que o cenário aqui era de detecção tardia com definição terapêutica em tempo inadequado. Seria assim adequado pensar estratégias com foco na detecção precoce e tratamento oportuno.

Nesta perspectiva, em novembro de 2003, foi realizada pelo MS, em parceria com o INCA e a área técnica da saúde da mulher, com apoio da Sociedade Brasileira de Mastologia, uma oficina de trabalho para discussão e aprovação de recomendações referentes ao controle do câncer de mama.

O Documento de Consenso elaborado apresenta as recomendações para a prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento, seguimento, e cuidados paliativos, abordando também as intervenções interdisciplinares e a participação da sociedade civil organizada e por fim uma série de recomendações para o SUS.¹⁴

Dentre as recomendações para o SUS merecem destaque a implantação ampla do rastreamento mamográfico no país, com garantia do diagnóstico, tratamento em tempo hábil e seguimento das mulheres com alterações mamárias; a elaboração e implantação de normas técnico-operacionais para a estruturação da rede de saúde e a definição dos fluxos assistenciais visando subsidiar os gestores municipais e estaduais; a implantação do sistema de informação nos serviços de mamografia credenciados pelo SUS e a criação dos indicadores e parâmetros assistenciais para cálculo da necessidade de oferta de serviços em todos os níveis de atenção ao câncer de mama; a revisão das normas técnicas para o credenciamento, o controle e a avaliação dos serviços de mamografia no SUS, com criação de mecanismos de garantia de qualidade, como parte dos critérios para o credenciamento e monitoramento de serviços de mamografia no SUS. Ainda recomendou-se a revisão de portarias com vistas a reestruturar os cuidados paliativos, o investimento em uma política de formação de quadros preparados para atenção ao câncer de mama e a realização de estudos de avaliação econômica, visando a incorporação racional, pelo SUS, de novas tecnologias na área de tratamento de câncer

O Documento de Consenso constitui-se como um marco técnico no histórico de ações de combate ao câncer de mama.

3º. Momento

Política Nacional de Atenção Oncológica e Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo de Útero e Mama.

O ano de 2005 foi marcado por dois acontecimentos importantes na atenção oncológica: o lançamento da Política Nacional da Atenção Oncológica e do Plano de Ação para o Controle do Câncer Útero e de Mama 2005-2007.

A primeira, instituída pela Portaria MS/GM N° 2.439 em dezembro de 2005 (revogada em 2013)¹⁵ definia a articulação das ações nos três níveis, respeitadas as competências dos entes de governo; a organização da assistência em oncologia a partir dos componentes: Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia.^{15,16}

No mesmo ano foi lançado o Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo de Útero e Mama.¹⁷ No Brasil, a ocorrência do câncer da mama continuava a apresentar uma tendência de crescimento. De acordo com o INCA, para 2005, a estimativa de incidência de neoplasia maligna da mama era de 49.470 casos novos, com um risco estimado de 53 casos por 100 mil mulheres. As taxas de incidência e mortalidade mantinham-se praticamente inalteradas ao longo dos anos.¹⁸

Em relação à justificativa para a elaboração de um plano de ações, ressalta-se a necessidade de instituir meios mais eficazes de detecção precoce. A redução da mortalidade por câncer de mama é atribuída, considerando dados internacionais, ao incremento diagnóstico através do rastreamento por mamografia.

As estratégias elencadas no Plano de Ação eram voltadas para a prevenção, a ampliação de oferta de serviços para detecção em estágios iniciais e para o tratamento e reabilitação. Os objetivos eram a redução da ocorrência (incidência e mortalidade) de câncer de colo de útero, a redução da mortalidade por câncer de mama e as repercussões físicas, psíquicas e sociais.¹⁸

As Diretrizes Estratégicas eram: (1) Aumento da Cobertura da População-Alvo; (2) Garantia da Qualidade; (3) Fortalecimento do Sistema de Informação; (4) Desenvolvimento de Capacitações; (5) Desenvolvimento de Pesquisas; (6) Mobilização Social.

Com o plano, esperava-se a diminuição da mortalidade em 30% após oito anos de ofertado o rastreamento populacional dentro das Recomendações do Consenso para o Controle do Câncer de Mama.¹⁹

Um dos principais avanços propostos pelo Plano diz respeito ao desenvolvimento do Sistema de Informações do Câncer da Mama (SISMAMA) com o objetivo de monitorar o processo de rastreamento, diagnóstico, tratamento e a qualidade dos exames realizados na rede SUS.^{18,19}

O Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo do Útero e de Mama constitui-se como um importante momento de revisão estratégica das políticas e ações para o câncer de mama, com revisão da estrutura organizativa intensificação do rastreamento por mamografia.

Pacto pela Saúde

O Pacto pela Saúde foi lançado como um compromisso entre federação, estados e municípios para consolidação do SUS, através da Portaria MS/GM nº 399 de fevereiro de 2006.²⁰

Fazem parte do Pacto pela Saúde os componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Pacto em defesa do SUS.

Dentre as prioridades do Pacto pela Vida consta a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama. O câncer de mama foi considerado uma das 11 prioridades do Pacto pela Saúde. Como meta apresentou-se para estados e municípios a ampliação de 60% a cobertura de mamografia, além da realização da punção em 100% dos casos necessários, conforme protocolo estabelecido pelo INCA/MS.

Os objetivos pretendidos pelo Pacto são pensados através de estratégias de corresponsabilização dos gestores federal, estadual e municipal. Ou seja, as ações de combate devem passar a integrar, mais intensamente, os Planos Estaduais e Municipais de Saúde.

Programa Mais Saúde: Direito de Todos

Em 2008, é lançado o Programa Mais Saúde que compôs uma política de desenvolvimento do governo, pensado na perspectiva de aliar o crescimento econômico com o desenvolvimento e a equidade social. Para tanto era necessário um plano de enfrentamento das lacunas identificadas no sistema de saúde, que dificultavam sua consolidação, a saber: a reduzida articulação com demais políticas públicas; a presença de uma significativa iniquidade de acesso; a oferta de bens e serviços fortemente desigual na sua distribuição territorial; o descompasso entre a evolução da assistência e a base produtiva e de inovação em saúde; a fragmentação do movimento de descentralização e de municipalização das ações de saúde; o predomínio de um modelo burocratizado de gestão; o subfinanciamento do SUS; a precarização do trabalho e o baixo investimento na qualificação de recursos humanos.²¹

Em relação ao combate ao câncer, o Programa prevê a elaboração de mecanismos regulatórios para os medicamentos de alto custo em oncologia, aquisição de equipamentos de radioterapia, a implantação de CACON's e UNACON's e a criação de Centros Técnico-Científicos Macrorregionais do INCA. No Programa ainda são reforçados os objetivos e as metas do Pacto pela Saúde, na dimensão do Pacto pela Vida, destacando assim o controle do câncer de mama como área prioritária a qual se deve fundamental atenção. A meta de cobertura para 60% em mamografias é reafirmada, devendo ser atingida a marca de 7,0 milhões de exames de mamografias em mulheres entre 50 e 69 anos de idade, até 2011.²¹

SISMAMA

Em 2008, através da Portaria MS/SAS Nº 779, de dezembro,²² o Ministério da Saúde institui oficialmente o SISMAMA como sistema de informação a ser utilizado para o fornecimento dos dados informatizados dos procedimentos relacionados ao rastreamento e a confirmação diagnóstica do câncer de mama. O SISMAMA é disponibilizado três anos após a proposta de seu desenvolvimento ocorrida em 2005 no Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo de Útero e Mama.

A primeira versão do Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA) foi desenvolvida pelo DATASUS, em parceria com o INCA na busca de criar um instrumento de otimização do gerenciamento local direcionada às Coordenações Estaduais e Municipais de Saúde e aos laboratórios e serviços de mamografia.

O SISMAMA permite a geração de dados que subsidiam o monitoramento e a avaliação por meio dos relatórios. Ainda, para além da emissão eletrônica de laudo padronizado, o sistema permite ao gerente dos serviços de radiologia e patologia avaliar o desempenho dos profissionais (produção e adequação técnica), o perfil da população atendida e acompanhar outros indicadores por meio dos relatórios gerenciais, a fim de monitorar as ações de detecção precoce.

Encontro Internacional sobre Rastreamento do Câncer de Mama

O Encontro Internacional sobre Rastreamento do Câncer de Mama, realizado em 2009 sob a coordenação do INCA, reuniu especialistas nacionais e internacionais, autoridades governamentais, profissionais de saúde, sociedades científicas e representantes da sociedade civil organizada, com o objetivo de promover a troca de experiências sobre a implantação de programas de rastreamento de câncer de mama, baseado em evidências científicas. A partir dos debates e apresentações do Encontro, buscou-se subsídios para fortalecer e embasar o debate sobre o processo em curso de expansão da oferta e qualificação das ações do SUS para o controle do câncer de mama.²⁴

Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama

Em 2009, com o objetivo de subsidiar o planejamento e a regulação das ações no rastreamento de câncer de mama e, sobretudo, servir de referência para a previsão e estimativa de gastos do conjunto mínimo de procedimentos a serem ofertados à população alvo, foram apresentados os Parâmetros Técnicos para o Rastreamento do Câncer de Mama.²⁵

Baseado nas recomendações do Consenso para Controle do Câncer de Mama, o documento apresenta aos gestores estaduais e municipais uma metodologia simplificada de cálculo da necessidade de oferta de procedimentos diagnósticos, objetivando subsidiar a programação das ações de rastreamento.

Plano Nacional de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do câncer

O Plano Nacional de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, de 2011, teve como principal objetivo intensificar as ações de controle nos estados e municípios, através de investimentos técnicos e financeiros. Em relação aos investimentos para controle do câncer de mama, as perspectivas apontadas

foram a garantia de confirmação diagnóstica das lesões palpáveis e das identificadas no rastreamento; a implantação da gestão da qualidade da mamografia; a ampliação da oferta de mamografia de rastreamento na população alvo; a comunicação e mobilização social; e o fortalecimento da gestão do programa. Na atenção terciária, foi apontada a necessidade de dar continuidade às ações de ampliação do acesso ao tratamento do câncer com qualidade, conforme objetivos da Política Nacional de Atenção Oncológica.²⁶

As estratégias traçadas foram o fortalecimento da gestão bipartite, o desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde, implementação do Programa Nacional de Qualidade das Mamografias e composição de imediato de uma força tarefa para fazer um diagnóstico da situação operacional dos mamógrafos do SUS; estruturação de 50 unidades de diagnóstico mamário (UDM) no Brasil.

Como metas a partir do Plano foram elencadas: acesso de 100% das mulheres com lesão palpáveis ao imediato esclarecimento diagnóstico e tratamento, garantia do acesso a mamografia com rastreamento de qualidade a 100% das mulheres com idade entre 50 a 69 anos e qualificação da rede de atenção para o controle do câncer de mama.

No Plano, sugere-se ainda que todas as mulheres com suspeitas clínicas ou mamográficas de câncer de mama tenham acesso ao diagnóstico e início do tratamento no período de até 60 dias.

Programa de Mamografia Móvel

Instituído pela Portaria MS/SAS Nº 1.228, de 30 de outubro de 2012,²⁷ foi pensado para facilitar o acesso à mamografia das residentes em municípios com baixa densidade demográfica e situação econômica desfavorecida, garantindo assim o aumento da cobertura de realização de exames de mamografia para rastreamento do câncer de mama.

As estratégias de implantação do Programa compreendiam a identificação e a convocação de mulheres elegíveis para o Programa; a realização de agendamento regulado e organizado; provimento do atendimento nos serviços da atenção especializada de média e alta complexidade, para os casos que necessitem de intervenções e cuidados por alterações no exame mamográfico.

Para tanto, propôs-se o desenvolvimento de ações coordenadas para garantia do fornecimento regular do exame mamográfico às mulheres na faixa etária elegível para o

rastreamento do câncer de mama, bianualmente; o fortalecimento de ações de prevenção secundária para o câncer de mama, com favorecimento para o seu diagnóstico precoce e o encaminhamento em tempo adequado para a confirmação diagnóstica e o tratamento especializado; o fortalecimento do desenvolvimento regional da rede de atendimento à população nos três níveis de atenção à saúde e a articulação de ações para aumento da cobertura mamográfica em todo território nacional, prioritariamente em favor daquelas entre 50 e 69 anos de idade.

Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

Em 2013, a Portaria MS/GM Nº 874, de 16 de maio de 2013,²⁸ instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, revogando a Portaria GM/MS Nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005.

A Política, instituída em 2013, tem como principal “objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos”²⁸

A Política foi organizada para possibilitar o provimento de ações de atenção da população acometida por neoplasias mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, devidamente estruturados por sistemas de apoio, com vistas a qualificação do cuidado; a ampliação do acesso, por medicação, exames e tratamento; integração e compartilhamento do cuidado.

Sistema de Informação de Câncer (SISCAN)

Em 2013, o Ministério da Saúde lança o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) no âmbito do SUS, através da Portaria MS/GM Nº 3.394, de 30 de dezembro.²⁹

O SISCAN tinha por finalidade permitir o monitoramento das ações relacionadas à detecção precoce, à confirmação diagnóstica e ao início do tratamento de neoplasias malignas, devendo ser implantado na rede de estabelecimentos públicos e privados como laboratórios de citopatologia e anatomia patológica; unidades fixas e móveis de radiologia com serviço de mamografia; nos serviços que realizam tratamento para câncer nas modalidades de cirurgia, quimioterapia e radioterapia; e nas coordenações Estaduais, do Distrito Federal e Municipais que acompanham as ações de controle do câncer

Algumas adaptações e melhorias foram feitas no SISCAN, para além do que já se via nos dois sistemas anteriores (Sismama e Siscolo). Uma delas foi a mudança em que se permite identificar a usuária, e não só seus exames. Mais ainda, foi desenvolvido em plataforma web, permitindo que unidades de saúde utilizem o sistema para solicitação de exames, visualização de resultados e acompanhamento de mulheres com exames alterados.

Seu principal objetivo foi integrar os sistemas de informação do câncer do colo do útero e do câncer de mama, permitindo o gerenciamento das ações de detecção precoce, quais sejam rastreamento e diagnóstico precoce do câncer. A implantação do SISCAN traz para a pauta das discussões do câncer a preocupação com melhoria da qualidade do atendimento prestado.²⁹

. De modo geral, o SISCAN, “permite coletar informações, emitir laudos, gerenciar recursos e auditar resultados”.³⁰

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

A Portaria MS/GM Nº 189, de 31 de janeiro de 2014,³¹ institui o SDM, além do Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), estabelecendo incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação em estados e municípios.

O Serviço de Referência foi criado para compor o Componente Atenção Especializada da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas com o

objetivo de fortalecer as ações voltadas para o diagnóstico precoce, a confirmação diagnóstica e ao tratamento especializado dos cânceres de mama.

Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama

A ação mais recente são as Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama, aprovadas pelo MS em 2015.³²

Na ocasião do seu lançamento, a estimativa de incidência de câncer no previa 57.120 casos novos, com risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres em 2014 e 2015. Segundo dados do *Globocan 2012*, da IARC, o risco de uma mulher ter e morrer de câncer de mama no Brasil é de 6,3% e 1,6% respectivamente.⁴

Segundo o INCA, no Brasil, as maiores taxas de incidência e mortalidade ocorrem no Sul e Sudeste e as menores no Norte e Nordeste.⁴

As diretrizes para a detecção precoce, nesse contexto, são estabelecidas com o foco na avaliação da efetividade das intervenções e tecnologias e os riscos associados a elas.³²

Para definir as diretrizes, foram realizadas revisões sistemáticas da literatura a fim de dar respostas a perguntas sobre segurança e eficácia das seguintes tecnologias de rastreamento: mamografia; autoexame das mamas; exame clínico das mamas; ressonância nuclear magnética; ultrassonografia; termografia; e tomossíntese; além das estratégias de diagnóstico precoce relacionadas à conscientização, à identificação de sinais e sintomas e à confirmação diagnóstica em um único serviço.

A expectativa é que as diretrizes possam gerar maior eficiência na alocação de recursos e garantir maior benefício no impacto das ações de saúde e menores danos, auxiliando na ampliação e qualificação a detecção precoce do câncer de mama, contribuindo para a diminuição da mortalidade por essa doença.

A escolha dos métodos de implantação das diretrizes para a detecção precoce segue uma tendência de governos e agências internacionais quanto a utilização de evidências científicas consistentes no processo da tomada de decisão no âmbito da saúde.

Considerações Finais

A evolução das políticas voltadas à saúde da mulher nos últimos 50 anos demonstra uma crescente preocupação com as especificidades das necessidades femininas, sugerindo

que resultaram do reconhecimento da dimensão cidadã da mulher brasileira neste período. A superação da obrigação de situar às políticas públicas no eixo materno-infantil evidencia também a mudança do paradigma epidemiológico das décadas anteriores, cujos desafios (diminuir a taxa de mortalidade infantil e morte materna), embora ainda não completamente superados, parecem ter perdido a exclusividade na agenda governamental.

O câncer de mama é um dos maiores representantes de doenças crônicas para as mulheres em uma época de transição demográfica, epidemiológica, e intensificação bio e micropolítica. Do ponto de vista da mudança de paradigma na no controle do câncer de mama podemos delimitar pelo menos três pontos de inflexão. O primeiro anterior a 1997 ainda sem estratégias estruturadas para detecção precoce da doença. O segundo que se inicia em 1997, onde as tecnologias empregadas para a abordagem do problema crescente das mortes causadas pelo câncer de mama e seu diagnóstico tardio era a conscientização e o incentivo ao autoexame. O terceiro, a partir de 2005 e que se estende até os dias atuais, se caracteriza pelo emprego do *screening* baseado na mamografia e intensos programas de gestão (bastante preocupados com a gerência da informação das ações e resultados mais imediatos), que incluem incentivos financeiros e propostas normativas muitas vezes focadas ao nível municipal para o aumento da oferta de acesso a exame e tratamento. Muitas destas estratégias são baseadas em programas semelhantes implantados em países da OCDE.

Outros estudos são necessários agora para avaliar a efetividade das iniciativas propostas aqui delimitadas e o efeito direto sobre os usuários finais do sistema.

Referências Bibliográficas

1. MERHY, E. et al. Criação de Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde. Projeto de Pesquisa aprovado pelo CNPq. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil: UFRJ, 2014.
2. WHO. Global Health Observatory data repository - Health Expenditure per Capita, all countries, selected years. Fonte: World Health Organization: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.78?lang=en>, 2013
3. WHO. World Cancer Report 2014. Word Health Organizacion, 2014.
4. INCA. Estimativas 2016 - Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, Fonte: www.inca.gov.br, 2015
5. WHO. Prevention. Geneva, 2007. (Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes). Disponível em: <http://www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>. Acesso em: 02/06/2016.
6. IARC, European Commission - European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis — Fourth Edition, Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L, Puthaar E (eds), Luxembourg, 2006
7. PORTO et al. Aspectos Históricos do Controle do Câncer de Mama no Brasil Projeto História do Câncer, Revista Brasileira de Cancerologia, INCA, Rio de Janeiro, 2013
8. BRASIL. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
9. GIFFIN, K., and COSTA, SH., orgs. Questões da saúde reprodutiva [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Conhecendo o Viva Mulher; Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. Rio de Janeiro:INCA, 2001
11. BRASIL, Assistência Integral a Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática. / Ministério da Saúde, Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

12. SANTOS NETO, E.T et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. Saúde soc. [online]. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000200011>, 2008. Acesso em : 04/03/2016.
13. BRASIL. Viva Mulher. Câncer de Colo de Útero: Informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro. INCA, 2002.
14. BRASIL. Controle do Câncer de Mama – Documento de Consenso. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro. INCA, 2004.
15. CONASS, Nota Técnica 26 - Política Nacional De Atenção Oncológica. Brasília, 2005.
16. BRASIL, Portaria MS/GM Nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005. Ministério da Saúde / Brasília, 2005.
17. BRASIL, Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / (Cadernos de Atenção Básica; n. 13) (Série A. Normas e Manuais Técnicos) - Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Ministério da Saúde, Brasília, 2006
18. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de Ação para o Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama / 2005 – 2007 - Diretrizes estratégicas. Ministério da Saúde, Brasília, 2005.
19. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Recomendações para o Controle do Câncer de Mama. Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, 2004.
20. BRASIL. Portaria MS/GM Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Ministério da Saúde / Brasília, 2006.
21. BRASIL. Mais Saúde: direito de todos: 2008 – 2011 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
22. BRASIL. Portaria MS/SAS Nº 779, de dezembro. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, 2008.
23. INCA. Estimativa da Incidência de Câncer para 2008 no Brasil e nas cinco Regiões (online) Rio de Janeiro, 2008. http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=1793
Acesso em 12/05/2016

24. INCA. Encontro internacional sobre rastreamento do câncer de mama: resumo das apresentações. – Coordenação Geral de Ações Estratégicas, INCA, Rio de Janeiro: 2009.
25. BRASIL. Parâmetros para o rastreamento do câncer de mama: recomendações para gestores estaduais e municipais. / Instituto Nacional de Câncer Ministério da Saúde. – Rio de Janeiro, 2009.
26. INCA, Controle do Câncer de Mama - Histórico das Ações. Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 2011.
http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/historico_acoes. Acesso em 03/05/2016.
27. BRASIL, Portaria MS/SAS N° 1.228, de 30 de outubro de 2012, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, 2012.
28. BRASIL, Portaria MS/GM N° 874, de 16 de maio de 2013. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília, 2013.
29. BRASIL, Portaria MS/GM N° 3.394, de 30 de dezembro. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília, 2013.
30. INCA, Sistema de Informação do Câncer: Manual Preliminar para Apoio à Implantação, INCA, Rio de Janeiro, 2013.
31. BRASIL, Portaria MS/GM N° 189, de 31 de janeiro de 2014, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília, 2014.
32. INCA. Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil, INCA, Rio de Janeiro, 2015.