



7º Encontro Internacional de Política Social
14º Encontro Nacional de Política Social
Tema: Contrarreformas ou Revolução: respostas ao
capitalismo em crise
Vitória (ES, Brasil), 3 a 6 de junho de 2019

Eixo: Análise, avaliação e financiamento das políticas públicas.

ANÁLISE DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO CÂNCER DE MAMA

Mônica de Castro Maia Senna¹
Thaislayne Nunes de Oliveira²

Resumo

Este trabalho tem como objetivo analisar a trajetória da atenção ao câncer de mama no Brasil. Para tanto, realizou-se pesquisa bibliográfica sobre a temática, associada à análise documental com base em documentos oficiais, como: portarias, normativas e legislações nacionais. Os resultados demonstram a modificação na forma de cuidado da doença, sobretudo com a implementação de políticas, programas e sistemas específicos. Tais avanços buscam a disseminação do cuidado preventivo, de modo a incidir nos riscos, agravos e elevado número de óbitos. Entretanto, apesar da existência de tais ferramentas, a realidade observada ainda permanece em certo descompasso, perceptível pelo elevado índice de mortalidade por uma doença de baixa letalidade.

Palavras-chave: Câncer de mama; Saúde Pública; Políticas Públicas.

Analysis of breast cancer care policies

Abstract

This work aims to analyze the trajectory of breast cancer care in Brazil. To this end, a bibliographic research was carried out on the theme, associated with documentary analysis based on official documents, such as: ordinances, norms and national legislations. The results demonstrate the change: in the form of disease care, especially with the implementation of specific policies, programs and systems. These advances seek the dissemination of preventive care, in order to focus on risks, injuries and a high number of deaths. However, despite the existence of such tools, the observed reality still remains in a certain mismatch, perceptible by the high mortality rate due to a low lethality disease.

Keywords: Breast cancer; Public health; Public Policies.

¹ Doutora em Ciências – Saúde Pública. Professora Associada ao Programa de Pós-graduação em Política Social da Universidade Federal Fluminense. E-mail: <monica.senna20@gmail.com>.

² Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Política Social da Universidade Federal Fluminense. Assistente Social do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Área Programática 3.2 do município do Rio de Janeiro. E-mail: <thaislayne@hotmail.com>.

I Introdução

Este trabalho busca examinar a trajetória da atenção ao câncer de mama no Brasil, de modo a identificar as principais mudanças no controle da doença em diferentes contextos históricos. Elaborado a partir da pesquisa bibliográfica, consoante a tese de doutoramento.

O câncer de mama é o mais incidente no mundo entre as mulheres, excluindo-se as neoplasias de pele não melanoma. No Brasil, ocupa o primeiro lugar entre os casos novos estimados para o biênio 2018-2019, sendo também a primeira causa de morte por câncer na população feminina, com uma taxa de 13,03 óbitos/100.000 mulheres em 2014. O aumento de casos nas últimas décadas tem gênese multifatorial e está associado ao envelhecimento populacional e a mudanças ambientais e de hábitos de vida, como obesidade, sedentarismo e consumo excessivo de álcool. (INCA, 2017).

Diferente de outras neoplasias frequentes na população feminina – como colo do útero, por exemplo – a neoplasia de mama não é passível de prevenção primária, por aspectos biológicos do corpo (THULER, 2003). Ainda assim, recomendam-se alimentação equilibrada, atividade física, gordura corporal adequada e evitar o consumo de bebidas alcoólicas. Esses indicadores podem reduzir até 28% o risco do desenvolvimento do câncer de mama. (INCA, 2009).

Conforme as estimativas disponibilizadas pelo INCA (2017) estimam-se para o Brasil no biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano. No caso do câncer de mama, estimam-se 59.700 casos novos, novamente para cada ano, com um risco estimado de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres. Este tipo de tumor tem boas evoluções se diagnosticado inicialmente, com chances reais de cura. Contudo, apesar da baixa letalidade, o câncer de mama apresenta-se como a maior causa de morte entre as mulheres, e as altas taxas de mortalidade indicam que o acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento é um aspecto ainda falho no país.

O modelo de saúde brasileiro perpassou por aspectos filantrópicos e medidas descontinuadas. De modo que a abordagem para tratamento e prevenção do câncer ocorreu somente nos séculos XX e XXI, perpassando aspectos curativo e preventivo inerentes ao próprio desenvolvimento da política de saúde, assim como o avanço tecnológico e científico, uma vez que a complexidade da doença requer

parâmetros e protocolos mundialmente convencionados. (BRAVO, 2001; OLIVEIRA 2017).

Neste trabalho busca-se identificar como a prevenção e o tratamento do câncer de mama têm sido incorporados na agenda pública da saúde no país em diferentes contextos. Assim, o estudo buscou compreender o desenvolvimento das medidas de atenção câncer de mama em perspectiva histórica.

II Desenvolvimento

Percurso metodológico

Foram empregados dois procedimentos metodológicos principais: a pesquisa bibliográfica e a análise documental. A pesquisa bibliográfica consiste no levantamento de referências teóricas já analisadas e publicadas por meios escritos e eletrônicos, com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (FONSECA, 2002).

A seleção do material consistiu em levantamento e análise de artigos científicos, teses e dissertações constantes nas plataformas SCIELO, RBC, CAPES no período correspondente à década de 1980 até 2016. Foram empregados os seguintes descritores: neoplasias mamárias, câncer de mama e saúde pública. Foram encontradas mais de 80.000 produções, exatos 80.460. Dessas foram selecionadas 06 obras, a partir dos critérios de inclusão trabalhos que analisaram a trajetória histórica da atenção e cuidado do câncer no Brasil, como por exemplo, as revisões integrativas e analíticas, sobre prevenção do câncer de mama e dificuldades para realização exames (mamografia, ultrassom, biópsia). Excluindo da utilização os textos que tratam sobre doenças benignas, experiências de outros países, métodos de cirurgia de retirada do tumor e/ou de reconstrução mamária, avaliações de métodos de tratamento, atuação profissional no cuidado da doença, obesidade e correlação com a doença, atividade física e reabilitação, análises sobre o desenvolvimento da doença e possibilidade de metástases, análise de fármacos e reações medicamentosas, sintomas físicos e mentais.

Posteriormente realizou-se análise documental, que se trata de um procedimento sistemático para revisão e avaliação de material documental, “que requer que os dados sejam examinados e interpretados de modo a elucidar os significados, ganhar maior compreensão e desenvolver conhecimento empírico” (BOWEN, 2009, s/p.). Entende-se que a análise documental permite obter informações sobre contextos

históricos e políticos analisados, identificando as transformações e mudanças ocorridas nos conceitos, seus perfis e trajetórias. No presente estudo, utilizaram-se documentos, legislações, e normativas relacionados ao câncer de mama disponível nas plataformas DATASUS, IBGE e INCA.

Esta investigação subsidiou o momento seguinte, que consistiu na análise do material coletado relacionando a trajetória histórica das medidas, bem como as alterações significativas no trato do câncer de mama no Brasil.

Elementos históricos da atenção ao câncer de mama no Brasil

O câncer é definido como um conjunto de mais de cem doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos, dividindo-se rapidamente, tendendo a ser muito agressivas e incontroláveis. Na atualidade, o câncer de mama é a principal neoplasia que acomete o sexo feminino no Brasil, apresentando-se como uma grave questão de saúde pública. Este tipo de neoplasia possui gênese multifatorial, contudo evidenciam-se alguns pontos propícios tais como: a idade (a incidência aumenta após os 50 anos; e observa-se que em mulheres mais jovens o tumor é mais agressivo), história reprodutiva (menarca precoce – antes dos 12 anos, ter o primeiro filho após os 30 anos, menopausa tardia – após 55 anos, uso de contraceptivos e reposição hormonal). Destacam-se também os fatores comportamentais (ingestão de bebidas alcoólicas, sobrepeso e obesidade pós-menopausa), e os fatores genéticos e hereditários. (INCA, 2017; OLIVEIRA, 2017).

As primeiras medidas sanitárias relacionadas ao câncer surgiram no início do século XX, atreladas unicamente ao tratamento, sobretudo por estarem vinculadas ao modelo de saúde curativo e campanhas sanitárias para combate de endemias. Além disso, o conhecimento restrito acerca da etiologia da doença provocou pouca ênfase na prevenção, focalizando tão somente tratamento individual (OLIVEIRA, 2017). Cabe salientar que, nesse período, os índices de mortalidade eram baixos, mas devido à complexidade da doença já se tinha uma tendência da elevação dos números de mortes. No decorrer do século XX, não se tinha uma estruturação de mecanismos de controle da doença, pois, neste período, era vista e tratada como casos pontuais e/ou individuais e, paulatinamente, constatou-se o crescimento de números em relação a casos novos e evoluções a óbito. (BARRETO, 2005).

O autor salienta que as primeiras medidas para cuidado do câncer iniciaram na década de 1920, eram prestações filantrópicas. O cuidado se intensificou a partir de 1940, período em que o médico cirurgião Mario Kroeff deu visibilidade a métodos cirúrgicos associados ao cuidado da doença. Além disso, Barreto (2005) refere que alguns médicos sanitaristas e cancerologistas precisaram ser enviados para o exterior em busca de conhecimento científico para o tratamento da neoplasia. O que se observa é que a implantação do Serviço Nacional do Câncer (SNC) e do Instituto do Câncer inseriu o debate sobre a neoplasia e ações vinculadas à saúde pública brasileira. (TEIXEIRA, 2010).

O governo do Presidente da República Juscelino Kubitschek realizou investimento na área da saúde pública, principalmente em relação às “doenças crônico-degenerativas”. Em 1957 a Fundação das Pioneiras Sociais implantou o Hospital de Cancerologia da cidade do Rio de Janeiro, que abarcava atendimento ambulatorial e simultânea realização de pesquisa clínica, principalmente buscando o desenvolvimento de medidas de prevenção. Vale ressaltar que a Fundação das Pioneiras Sociais foi criada em 1957, por iniciativa da primeira dama Sarah Kubitschek. Posteriormente, o estatuto da instituição foi assinado pelo então presidente Juscelino Kubitschek. (COSTA 2014).

A criação da unidade de cancerologia foi sucedida pelo falecimento da sogra do então Presidente Juscelino Kubitschek³, a Sra. Luiza Gomes de Lemos foi acometida de um câncer ginecológico. Posterior ao seu falecimento inaugurou-se a unidade Hospitalar de Cancerologia supracitada, que em época recebeu seu nome. Ressalta-se que esta unidade hospitalar originou o atual Hospital do Câncer III, situado no bairro de Vila Isabel, no Rio de Janeiro, trata-se de uma unidade exclusiva de tratamento de neoplasia mamária. (idem, 2014).

Destaca-se que as décadas de 1960, 70 e 80 tiveram mudanças importantes na consolidação da saúde como política pública e, por conseguinte, incidiram na configuração da abordagem e tratamento do câncer. Considerando, sobretudo, a população urbana assalariada, pois o acesso à saúde sucedia da vinculação com

³ Ainda que motivado por interesses próprios, a criação desta unidade hospitalar suscitou desenvolvimento de estudos e estratégias para tratamento da doença no país, até então enigmática no modo de tratar e evitar óbitos. Esta unidade hospitalar foi o pontapé inicial da criação do Instituto Nacional do Câncer, referência brasileira no tratamento e em medidas de cuidado e prevenção da doença. Além disso, possibilitou a responsabilização do Estado, no desenvolvimento de pesquisas e métodos de tratamento, que nas décadas seguintes permaneceu como principal ação realizada, até o alcance da consolidação da política de saúde.

institutos de previdência, a chamada medicina previdenciária. Na década de 1960 a Organização das Nações Unidas (ONU) buscou promover e apoiar o desenvolvimento de políticas, assim, nesse período, os países da América Latina firmaram compromisso de planejar ações integradas para o desenvolvimento social e econômico, pois a saúde é fundamental ao progresso do país. As décadas de 1960/1970 foram marcadas pela ênfase na medicina curativa, com “articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar”. (BRAVO, 2001, s/p.).

Observa-se que a transição democrática foi fundamental ao desenvolvimento da saúde que, na década de 1980, assumiu dimensão política, vinculando-se à proposta de saúde coletiva, com acesso igualitário e universal. Este período foi caracterizado por transformações, destacou-se a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher demarcando uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres. O programa foi construído como fruto de luta das mulheres e consolidou a proteção acerca das maiores vulnerabilidades feminina, inclusive o câncer de mama.

Nesse segmento, a consolidação da saúde, como política pública, ocorreu por meio da promulgação da Constituição Federal de 1988, que no seu art. 196 prevê a saúde como uma política pública de direito de todos e dever do Estado. Com isso, ocorreu à implantação da Lei Orgânica da Saúde, Lei Nº 8.080/1990, que trata sobre as condições de promoção, proteção e recuperação de saúde, organizando o SUS e delimitando a organização da política. No mesmo ano, ocorreu a implantação da Lei Nº 8.142/1990 que trata da participação da comunidade na gestão do SUS. Ambas as legislações são frutos da articulação do movimento sanitário que buscou formular uma política de saúde pública ampla e de acesso igualitário.

Destaca-se que os movimentos sociais foram fundamentais na incorporação dos direitos sociais, principalmente durante a década de 1980, entre estes o movimento feminista. As mulheres se organizavam na luta contra as desigualdades na relação de gênero e nos problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina. (NUNES, 1991). Neste período, a nível mundial, o câncer desponta como uma doença com elevados números de casos novos e óbitos. Segundo as estimativas realizadas pelo IBGE, a partir da década de 1990, o Brasil inicia uma transição da faixa etária populacional. A chamada transição demográfica associa-se à transição epidemiológica,

pois com o envelhecimento tem-se o aumento das doenças crônicas, entre elas o câncer. A partir de então, se tem um direcionamento das organizações mundiais para a estruturação de medidas para o cuidado do câncer. Considerado como uma doença complexa, que requer atenção especializada, na década subsequente, institucionalizou-se uma norma para seu tratamento integrado à política de saúde, afirmando-o como um problema de saúde pública. (OLIVEIRA, 2017).

Para tanto, em 1993, o marco legal que buscou normatizar o tratamento do câncer ocorreu por meio da publicação da Portaria Nº 170/1993 da Secretaria de Saúde e Assistência Social, esta portaria estabeleceu as normas para credenciar os hospitais em procedimentos para tratamento do câncer. Tratou-se da primeira medida do sistema público, que buscou credenciar o sistema privado para tratar a doença. Em 1998 uma nova portaria foi promulgada, a Portaria Nº 3.535/1998 dividiu e estabeleceu uma rede de tratamento de maneira hierarquizada, com cadastramento de centros de atendimento em oncologia. Ambas as portarias restringem-se ao credenciamento de redes hospitalares para tratamento da doença, afirmando novamente o câncer enquanto uma doença pontual que requer intervenção medicamentosa e/ou abordagem-tratamento individual. Em contrapartida, segundo estimativas do INCA, gradativamente os números foram aumentando, tendo em vista os fatores para desenvolvimento, complexidade do tratamento e possibilidades de reincidir a doença.

Segundo Bravo (2001) nos anos de 1990, ocorre o redirecionamento do papel do Estado, influenciado pelo período neoliberal. Tal ação tem influência direta na política de saúde, que nesta época perpassa por ampliação de parcerias público/privado. Com isso, evidencia-se o sucateamento da saúde pública e constante tentativa de privatização desse espaço, em meio a este, “a recuperação de alguns dos pontos básicos da proposta governamental permite perceber que a execução da Reforma do Estado choca-se, radicalmente, com as conquistas sociais obtidas na Carta Constitucional de 1988” (IAMAMOTO, 2011, s/p.). Identifica-se que o modelo inerente à Reforma Sanitária, afirmado na CF/1988, passa por tensões, devido ao projeto articulado ao mercado, comprometendo o avanço das estratégias previstas no SUS.

No que tange à discussão sobre o câncer, a partir dos anos 2000, há uma retomada na agenda política, corroborado por orientações internacionais advindas da Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo em vista elevados índices de casos novos e mortalidade pela doença a nível mundial. Por meio dos parâmetros especificados pela

OMS, o Brasil alterou a abordagem do câncer e instituiu uma política específica. Motivo pelo qual, em 2005, foi publicada a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO). A política estruturada consolidou-se por meio da Portaria Nº 2.439/2005 que afirmou o câncer como problema de saúde pública e estruturou a rede de atenção oncológica a ser implantada em toda unidade federada, avançando nos parâmetros e diretrizes da atenção oncológica em conformidade com diretrizes estabelecidas pelo SUS.

Também em 2005, foi elaborado um Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo de Útero e Mama (2005-2007) pelo Governo Federal, que estabeleceu diretrizes e estratégias a fim de incidir no controle dos cânceres femininos mais incidentes em casos novos (colo de útero e mama), por meio desta ocorreu a designação da prioridade da cobertura deste público, capacitações, incentivo as pesquisas e o rastreamento da doença por realização de mamografia. Observa-se a investida na prevenção por meio do rastreamento, para incidir na detecção precoce, que como mencionado anteriormente propicia maiores chances de cura.

Outra medida que fomentou a detecção precoce trata-se da publicação da Lei Nº 11.664/2008, que garante a realização de mamografias para todas as mulheres acima de 40 anos, bem como o encaminhamento a serviços de maior complexidade para complementação diagnóstica e tratamento, quando houver necessidade. Esta lei, que entrou em vigor em 29 de abril de 2009, reafirma o que é estabelecido pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Cabe ressaltar, que a legislação foi alterada em 2017, recomendando adequar às necessidades das mulheres que enfrentem dificuldade de acesso às ações de saúde, sejam elas por questões geográficas, sociais ou culturais, de modo que a legislação recomenda a realização de busca ativa e desenvolvimento de estratégias necessárias.

Em 2009, o Instituto Nacional do Câncer promoveu encontro internacional para discussão das medidas exitosas de tratamento adotadas por outros países da Europa, Canadá e Chile. Este encontro resultou a criação das recomendações do programa de rastreamento do câncer de mama, nomeado “Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama” e também “Recomendações para a redução da mortalidade do câncer de mama no Brasil”. Subsequente foi estruturado o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA) que favorece a vigilância desta neoplasia. (INCA, 2009).

Já em 2011 o governo Federal elaborou um novo plano de ação, trata-se do Plano Nacional de Diagnóstico e o Plano Nacional de Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero e de Mama, que objetiva aumentar os exames mamográficos, a fim de incidir na oferta da prevenção e da assistência as mulheres. No mesmo período foi instituído o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia, que busca monitorar e avaliar os serviços de diagnóstico, submetido à Vigilância Sanitária e ao INCA, além de incidir em capacitações e qualificações para realização do exame, entre outros. Essas ações corroboram para organização das ações de controle do câncer de mama, buscando garantir a qualidade dos exames realizados. Destaca-se ainda a publicação da Portaria Nº 189/2014 que estabelece incentivo financeiro no custeio dos serviços de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama, a portaria posiciona percentuais de incremento a cada procedimento realizado na detecção do câncer de mama. Posteriormente, algumas outras legislações foram criadas, inclusive com estruturação de programas e sistemas específicos, como o Sistema de Informação do câncer de mama (SISMAMA) que favorece a vigilância desta neoplasia e outros exemplos instituídos nessa mesma época: SISCAN, SISCOLO, SIM.

Não obstante, a construção histórica da política de saúde, assim como do cuidado em saúde da mulher, é intrínseca ao contexto e desenvolvimento histórico, social, econômico e cultural da sociedade. E também delimitado por avanços técnicos, científicos e interesses econômicos, assim como as demais políticas de proteção social brasileira, as transformações ocorreram de forma gradual, afetadas pelo contexto histórico então vivenciado.

De mais a mais, percebe-se modificação no acesso às informações sobre prevenção e foco no controle da doença de maneira positiva, sobretudo nas ações de vigilância da doença. Por tudo isso, tem que se reconhecer o avanço no sentido das normativas e ferramentas que corroboram a conjuntura do câncer de mama, que por se apresentar como um câncer com chances de cura, se detectado precocemente, torna-se uma prioridade governamental. Por tais razões, evidencia-se a necessidade de discutir a prevenção e promoção da saúde e a relevância dos determinantes sociais e seus impactos nos números de casos novos de câncer no Brasil e a nível mundial.

Destaca-se que por intermédio da pressão internacional, os países signatários da OMS foram direcionados a intensificar medidas de prevenção e controle do câncer. Fato que instigou o Brasil, no ano de 2013, a publicar a Portaria Nº 874/2013

que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, em substituição a PNAO. Com isso, identifica-se uma intensificação na criação de medidas estratégicas que devem incidir nos riscos e agravos da doença. Pois, percebe-se a magnitude e complexidade do câncer a nível mundial, sendo considerado como um problema de saúde pública. A OMS orienta os países signatários à implementação de estratégias e mecanismos de controle e prevenção do câncer.

Diferente da PNAO a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer prevê estratégias que incidam nos riscos da doença, reconhecendo o cuidado eficaz, se iniciado na fase inicial da neoplasia, afirmando a importância da oferta do cuidado integral. E ressalta a articulação entre a promoção de saúde e a prevenção, a fim de subsidiar o monitoramento, assim como prevê o SUS. Além disso, a política de prevenção prevê a modificação na abordagem da doença, tendo em vista o enfoque da prevenção e do seu controle, reafirmando a importância do acesso universal e igualitário às ações e serviços. E, também, delimita a assistência ao paciente oncológico, como não exclusiva da alta complexidade, afirmando a centralidade da Atenção Primária à Saúde como geradora/ coordenadora do cuidado, ainda que o acesso à confirmação do diagnóstico seja pela via da urgência e emergência.

Cabe ressaltar que o investimento na prevenção pode reduzir o custo do tratamento invasivo, por exemplo, o gasto com o investimento em prevenção e detecção precoce é infinitamente menor do que o necessário no tratamento oncológico, por isso evidencia-se ótimo custo-efetividade. Em termos de gasto com a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, a política prevê que, para seu financiamento, os recursos sejam retirados dos fundos nacionais, estaduais e municipais da saúde, citando ainda o ressarcimento da rede privada, o repasse de recursos advindos da Seguridade Social, criação de fundos especiais e parcerias com órgãos nacionais e internacionais. Apesar de especificar as fontes de financiamento, a política não delimita estimativa e/ou percentual.

O último estudo disponibilizado pelo INCA quanto ao gasto com prevenção e tratamento foi em 2007 (sete anos antes da criação da política para a prevenção), o mesmo refere que o custo do tratamento tende a ser sete vezes mais caro do que da prevenção da doença. Segundo as projeções disponibilizadas em época, o custo para o

tratamento de estágio avançado em 2008 a 2010 seria de R\$ 35 milhões de reais, enquanto a detecção precoce sairia por R\$ 5 milhões.

Compreende-se o estabelecimento de mecanismos e estratégias para alcançar o público feminino. Destaca-se que ocorreu aumento no número da realização de mamografia, sobretudo de 2008-2011, contudo, apesar do aumento da realização de exames, ainda persistem iniquidades no acesso, apontadas em outros estudos nacionais e internacionais que, inclusive, sinalizam mulheres, na faixa etária indicada, que nunca realizaram mamografia (VILLAR et al 2015). O estudo de Villar (et al 2015) foi realizado no Rio de Janeiro, em 2015, e apresenta a discussão acerca dos mamógrafos. SUS e não SUS distribuíram-se desigualmente nas regiões do estado, apresentando mulheres dentro da faixa etária recomendada para rastreamento da doença que nunca fizeram mamografia. Os pesquisadores indicam a necessidade de instalar novos mamógrafos, realizar manutenção dos existentes, priorizarem estratégias de regionalizar os serviços ou utilizar mamógrafos móveis, tais fragilidades implicam no diagnóstico tardio e prognóstico das mulheres.

As indicações evidenciadas pelo INCA apontam que o diagnóstico com estadiamento avançado tem menores chances de cura. Alguns tipos de câncer se apresentam como a principal causa de morte nas regiões brasileiras menos favorecidas. Por tal razão, evidencia-se que, se houvesse uma destinação maior de recursos à prevenção e detecção precoce, teríamos impacto nas escolhas terapêuticas menos mutiladoras, com redução dos números de óbitos, corroborando com a diminuição de gasto com tratamento da doença.

Sendo assim, constata-se o avanço na estruturação das legislações, além da implantação de programas e sistemas relacionados ao câncer de mama e mamografia, principalmente os que favorecem a detecção precoce⁴. Contudo, apesar da existência dos programas, dos sistemas e da política, a realidade observada ainda permanece em certo descompasso, perceptível pelo número de casos novos, como exposto no decorrer deste trabalho. Com isso, observa-se que ainda não se tem estrutura capaz de subsidiar o

⁴ Cabe ressaltar que, em 2015, a discussão sobre a possível cura do câncer permeou as páginas noticiárias nacionais e internacionais. Trata-se de um medicamento chamado *fosfoetanolamina* que foi desenvolvido por cientistas da USP e que, há alguns anos, vem sendo administrado em pessoas com câncer e obtendo alguns resultados ditos como positivos. Ainda não temos análises sobre a liberação e consumo do medicamento e de seus resultados, contudo consideramos primordial destacar novos desenhos no tratamento e recuperação da doença.

numero de atendimentos necessários, corroborando com o elevado índice de acesso ao tratamento ser em fase de estadiamento avançado e poucas chances de cura.

III Conclusão

Na atualidade, o câncer de mama persiste como sendo a doença mais causadora de morte no mundo entre as mulheres. Permanecem elevadas as estimativas de números de casos novos, e conseqüentemente esse crescimento tem se refletido na maior demanda por tratamento. Por sua magnitude, o câncer consiste em uma questão de saúde pública.

Reconhece-se que o adoecimento por câncer de mama repercute de diversas formas e em diferentes esferas da vida das mulheres. Aliado à debilidade física, à adoção de procedimentos invasivos e dolorosos e até ao risco de morte, encontra-se um conjunto de alterações no modo de andar a vida dessas mulheres, que passam desde a rotina diária até suas relações familiares, de trabalho e sociais. Por isso, faz-se necessário o analisar este diagnóstico a partir de elementos que configuram o acesso ao tratamento oportuno e recuperação da doença. Compreende-se que uma doença de alta complexidade requer uma rede estruturada articulada junto à rede de serviços.

Evidenciam-se avanços em torno da abordagem do câncer de mama na agenda política, com maior ênfase a partir dos anos 2000. Ratificando o desenvolvimento e estruturação das legislações e implementação de política, programas e sistemas específicos, que tendem a favorecer a detecção precoce e rastreamento da doença. É inevitável a constatação que muito avançamos com relação à concepção da doença e à construção de normativas e ferramentas, assim como na busca pelo controle dos riscos e agravos. De mais a mais, percebe-se modificação no acesso às informações sobre prevenção e foco no controle da doença de maneira positiva, sobretudo nas ações de vigilância da doença.

Por tudo isso, reconhece-se o avanço no sentido das normativas e ferramentas que corroboram a conjuntura do câncer de mama. Como é possível observar, diversas medidas governamentais voltadas à detecção precoce e rastreamento de casos e à conformação de uma rede integrada de cuidados à saúde foram adotadas no país nas últimas décadas, avançando no entendimento de que o câncer é uma questão de

saúde pública que envolve os diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde e as três esferas de governo.

Contudo, apesar de tais previsões legais, observa-se um relativo descompasso no cotidiano dos serviços que, por vezes, são acessados de forma desigual por diferentes indivíduos que deles necessitam. Não obstante, pontua-se que cada itinerário em saúde pode ser composto de elementos que favoreçam ou prejudiquem o acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama, sobretudo, pela trajetória individual possibilitar o acesso aos serviços de saúde, assim como as questões subjetivas de como lidar com a doença.

Por tais questões, destaca-se a necessidade de discutir a prevenção e promoção da saúde e a relevância dos determinantes sociais e seus impactos nos números de casos novos de câncer no Brasil e a nível mundial. A fim de subsidiar as estratégias que incidam no rastreamento e detecção precoce, sobretudo nas realidades vivenciadas pelas mulheres, e conseqüentemente possibilidades terapêuticas e chances de cura. Pois, como elucidado, a neoplasia de mama é uma doença de baixa letalidade, mas persiste como a maior causadora de morte no mundo entre as mulheres.

Referências

BARRETO, E.M.T. Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 267-75, 2005.

BOWEN, G.A. Document analysis as a qualitative research method. **Qualitative research journal**, v. 9, n. 2, p. 27-40, 2009.

BRAVO, M.I.S.de. **Política de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2001: Disponível em: <www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf>. Acesso em: 20 out. 2017.

BRASIL. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. (versão impressa).

_____. Constituição Federal de 1988. **Diário Oficial da União**, Nº 191ª. Seção I, fl. 1 (Out 05, 1988). 1988.

_____. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**. Seção 1, fl. 18055 (Set 20, 1990). 1990.

_____. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**. Seção 1, fl. 25694 (Dez 31, 1990). 1990.

_____. Lei Nº 11.664, de 29 de abril de 2008. **Diário Oficial da União**. Seção 1, fl. 1. (Abr 29, 2008). 2008.

_____. Portaria Nº 170, de 17 de dezembro de 1993. **Diário Oficial da União** Nº 241. Seção 1, fl. 75 (Dez 20, 1993). 1993.

_____. Portaria Nº 3.535, de 2 de setembro de 1998. **Diário Oficial da União** Nº 169. Seção 1, fl. 75. (Set 03, 1998) 1998.

_____. Portaria Nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005. **Diário Oficial da União**, Seção 1, fls. 80-81 (Dez 09, 2005). 2005.

_____. Portaria Nº 779, de 31 de dezembro de 2008. **Diário Oficial da União** Nº 1. Seção 1, fl. 38. (Jan 02, 2009). 2009.

_____. Portaria Nº 874, de 16 de maio de 2013. **Diário Oficial da União**. Seção 1, fls. 129-132. (Mai 17, 2013). 2013.

_____. Portaria Nº 2.898, de 28 de novembro de 2013. **Diário Oficial da União** Nº 232. Seção 1, fl. 119. (Nov 28, 2013). 2013.

_____. Portaria Nº 189, de 31 de janeiro de 2014. **Diário Oficial da União**. Seção 1, fl. 31. (Fev 03, 2014). 2014.

_____. **Plano de Ação para o Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama 2005-2007**. 2005. (versão impressa).

COSTA, A.M. **A organização da atenção ao câncer de mama nos municípios**: estudo de um sistema local de saúde. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense; 2014.

FONSECA, J.J.S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

IAMAMOTO, M.V. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação. São Paulo: Cortez, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Estimativa 2018**. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Sumário Executivo**. Políticas e Ações para Prevenção do Câncer no Brasil. Alimentos, Nutrição e Atividade Física. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama**. Rio de Janeiro, 2009.

NUNES S.A. A medicina social e a questão feminina. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 1, p. 49-76, 1991.

OLIVEIRA, T.N. “**Proteção social dirigida às mulheres com câncer de mama: um estudo exploratório**”. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2017.

TEIXEIRA, L.A. O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, n. 17, 2010.

THULER, L.C. “Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino.” **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 49, n. 4, 2003. Disponível em: <www1.inca.gov.br/rbc/n_49/v04/pdf/revisao1.pdf> . Acesso em: 10 jun. 2016.

VILLAR, V.C., FELIPPE L., SOUZA C.T.V.de, DELAMARQUE E.V., SETA M.H.de. Distribuição dos mamógrafos e dos exames mamográficos no estado do Rio de Janeiro, 2012 e 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 1, p. 115-22, 2015.

Sites:

www.inca.gov.br/– Acesso em 16 de abr. de 2018.

www.ibge.gov.br/home/– Acesso em 24 de jan. de 2018.

www.scielo.org/php/index.php - Acesso em 24 de jan. de 2018.

www.capes.gov.br/ - Acesso em 16 de abr. de 2018.

www.inca.gov.br/rbc/ - Acesso em 16 de dez. de 2017.

datasus.saude.gov.br/ - Acesso em 16 de abr. de 2018.