



## Políticas de saúde pública para o controle do câncer de mama no Brasil

### Public health policies for breast cancer control in Brazil

### Políticas de salud pública para el control del cáncer de mama en Brasil

Carla Andréia Vilanova Marques<sup>I</sup>; Elisabeth Níglio de Figueiredo<sup>II</sup>; Maria Gaby Rivero de Gutiérrez<sup>III</sup>

**RESUMO:** Objetivou-se descrever as ações de saúde pública para o controle do câncer de mama no Brasil. Revisão narrativa, sem restrição temporal, foi realizada em sites governamentais e analisada com base nas políticas de saúde vigentes no País. São resultados foram identificadas 48 publicações, constatando-se que o tratamento dessa neoplasia passou a ser considerado no cenário da saúde pública a partir de 1984 e que só em 1996 iniciou-se um programa específico para esse agravo. As ações, recursos, público-alvo e indicadores de rastreamento foram definidos em 2004, mas o monitoramento destas práticas por sistema informatizado ocorreu após dois anos de sua implantação. Em conclusão, evidenciou-se, pela documentação analisada, que houve um aumento considerável de intervenções públicas para o controle do câncer de mama a partir de 1998 e, que o direcionamento para as ações de rastreamento e detecção precoce se deu a partir de 2004.

**Palavras-Chave:** Neoplasias da mama; atenção primária à saúde; programas de rastreamento; políticas públicas de saúde.

**ABSTRACT:** This study described public healthcare measures for breast cancer control in Brazil. A narrative review of official government websites was performed, with no time restriction, and analyzed against current health policies in place in Brazil. As a result, 48 publications were detected, revealing that cancer treatment has been considered in public health circles since 1984, but not until 1996 was a specific program started for this disease. In 2004, the measures, resources, target public and screening and early detection indicators were defined, but computerized monitoring of these practices started two years after implementation. In conclusion, the documentation reviewed showed that public health interventions for breast cancer control have increased considerably since 1998, and that more policies have been directed to screening and early detection since 2004.

**Keywords:** Breast neoplasms; primary health care; mass screening; public health policy.

**RESUMEN:** El objetivo fue describir las acciones de salud pública para el control del cáncer de mama en Brasil. Revisión narrativa, sin restricción de tiempo, que fue realizada en sitios gubernamentales y analizada con base en las políticas públicas de salud en vigor en el país. Los resultados son: se identificaron 48 publicaciones en las que se constató que el tratamiento de esa neoplasia pasó a ser considerado en el escenario de la salud pública a partir de 1984 y que, sólo en 1996, se inició un programa específico para esa enfermedad. Las acciones, recursos, público meta e indicadores de tamizaje fueron definidos en 2004, pero el monitoreo por medio de sistema informático se concretizó dos años después de su implantación. En conclusión, se evidenció, a partir de la documentación analizada, que hubo un considerable aumento de intervenciones públicas para el control del cáncer de mama a partir de 1998 y que las acciones de tamizaje masivo y detección temprana ocurrió a partir de 2004.

**Palabras Clave:** Neoplasias de la mama; atención primaria de salud; tamizaje masivo; políticas públicas de salud.

## INTRODUÇÃO

O câncer é reconhecido como um problema de saúde pública no Brasil desde 1919<sup>1</sup>, entretanto, a partir de 1975, com a criação do Sistema de Informação de Mortalidade observou-se que, entre os cânceres no sexo feminino, o de mama já apresentava elevada prevalência e mortalidade no país<sup>2</sup>. Estes dados de perfil epidemiológico, entre outros fatores, podem ter contribuído para a sua inclusão na agenda de Políticas Públicas em Saúde, no ano de 1984<sup>3</sup>.

No entanto, apesar de terem sido formuladas propostas para o controle do câncer de mama,

constatou-se o aumento da mortalidade por esta neoplasia entre 2003 a 2007, nas regiões Sul e Sudeste, destacando-se São Paulo (12%), Rio de Janeiro (6%) e Minas Gerais (22%), atribuído pelas autoras à variação do acesso aos serviços de saúde e à qualidade dos dados de registro<sup>4</sup>.

Sabe-se que esta doença, na maioria das vezes, cresce lentamente podendo ser diagnosticada na fase inicial pelo emprego de métodos isolados ou combinados de mamografia (MMG), exame clínico das mamas (ECM) e o incentivo ao autoexame das mamas (AEM)

<sup>I</sup>Enfermeira. Mestre e Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo. Brasil. E-mail: [cvilanova@inca.gov.br](mailto:cvilanova@inca.gov.br)

<sup>II</sup>Enfermeira. Professor Adjunto da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo. Brasil. E-mail: [elisabeth.niglio@unifesp.br](mailto:elisabeth.niglio@unifesp.br)

<sup>III</sup>Enfermeira. Professora Livre Docente da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo. Brasil. E-mail: [gaby.gutierrez@unifesp.br](mailto:gaby.gutierrez@unifesp.br)

objetivando o cuidado corporal<sup>5,6</sup>. A diminuição de sequelas, melhores respostas terapêuticas, bem como o aumento da taxa de cura tem sido observada em programas de rastreamento sistemático, respaldando assim, a formulação de ações de saúde pública<sup>5-7</sup>. Apesar destas constatações, estudos realizados na população brasileira, revelam que o diagnóstico ainda ocorre em estágio avançado e a sobrevida é baixa<sup>4,8</sup>.

Conhecer e analisar as estratégias de intervenção em qualquer política ou programa de saúde permite identificar os fatores que interferem na sua implementação e podem contribuir para elaboração de medidas que os interrompam, acelerem ou as modifiquem<sup>9</sup>. Nota-se que as propostas brasileiras em saúde pública para o controle do câncer de mama foram descritas em vários documentos e artigos<sup>10-23</sup>, dificultando a compreensão dos nexos entre elas. Assim, este estudo tem o objetivo de descrever quais foram às ações de saúde pública para o controle do câncer de mama no Brasil, determinadas ao longo do tempo.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa<sup>24</sup> sobre propostas de intervenções em saúde pública para o controle do câncer de mama no Brasil. Ressalta-se que a revisão narrativa não pressupõe busca exaustiva sobre o objeto de investigação, contudo permite compreendê-lo pela descrição e as escolhas feitas.

Sendo o foco do estudo conhecer as intervenções em saúde pública para o câncer de mama, foram consultadas, em 2009 e 2013, todas as páginas do site do Instituto Nacional de Câncer (<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>) e, do Ministério da Saúde (MS), o Portal da Saúde (<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/busca>), a página da editora (<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm#p>), a coleção de publicações e portal de textos da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://bvms.saude.gov.br/metaiah/search.php#>).

A busca foi realizada sem restrição de ano, utilizando as palavras câncer e saúde da mulher. Os critérios de inclusão foram: publicações em português, espanhol ou inglês abordando ações para o controle do câncer de mama. Empregou-se, também, a busca reversa<sup>24</sup> para seleção daquelas referências que atendessem aos critérios de inclusão. Das 48 publicações incluídas havia portarias, leis, notas oficiais, programas e políticas de saúde. Destas foram descritas as estratégias, objetivos e órgão responsável pela proposta. Para ordenar cronologicamente os achados, considerou-se a data de sua divulgação e os resultados foram apresentados da seguinte forma: antes do ano de 1998, de 1998 a 2003 (instituição do programa de controle do câncer de mama) e após 2004 (definição das ações estratégicas). A análise dos dados foi realizada à luz das políticas de saúde vigentes no País.

## RESULTADOS

### Ações propostas antes de 1998

A partir da divulgação das descobertas terapêuticas para alguns tipos de câncer, em 1906, o interesse da categoria médica aumentou, contribuindo para reordenar as prioridades em saúde pública, antes voltadas apenas às doenças infecto contagiosas<sup>1</sup>.

A inclusão das neoplasias na agenda pública nacional ocorreu quando sua etiologia passou a ser considerada possivelmente contagiosa e passível de prevenção. Dessa forma, o câncer foi inserido no rol de doenças do Departamento Nacional de Saúde Pública, criado em 1919, para controlar as doenças infecto contagiosas e analisar as causas de óbitos<sup>1</sup>.

Outro marco data de 1941 e refere-se à constituição do Serviço Nacional de Câncer (SNC) para orientar e coordenar as ações oncológicas dos serviços públicos e privados. O SNC também era incumbido de desenvolver pesquisa, controle epidemiológico e educação em saúde à população e aos profissionais<sup>1</sup>. Observa-se que até então, as ações priorizadas não eram específicas para o câncer de mama.

Mas, a partir de 1984, por meio do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), coordenado pelo MS<sup>3</sup>, este cenário mudou com a ampliação de intervenções para além do período gravídico, incluindo o câncer de mama. Ainda nesta década, o Programa de Oncologia propôs retomar o controle das neoplasias pela capacitação profissional e ação educativa<sup>1</sup>.

No fim dos anos 80, ocorreu uma nova lógica de financiamento e funcionamento do sistema de saúde Brasileiro com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>25</sup>, e o Instituto Nacional de Câncer (INCA) tornou-se o órgão assistente do MS assumindo as atribuições do SNC<sup>1</sup>.

No que se refere ao tratamento oncológico, a Portaria Técnica (PT) nº 170/93, revogada pela nº 3535/99, normatizou o credenciamento de hospitais que realizam procedimentos de alta complexidade.

Com o objetivo de reduzir a mortalidade e as repercussões do câncer de mama, em 1996, o INCA coordenou o programa piloto de rastreamento de câncer de mama e de colo uterino intitulado Programa Viva Mulher<sup>11</sup>. Anteriormente, as ações eram realizadas de forma isolada e desorganizadas dificultando o acesso. As ações de rastreio do câncer de mama preconizadas pelo MS, seguiam recomendações da Organização Panamericana de Saúde para a América Latina e Caribe com pequenas modificações<sup>12</sup>.

### Ações propostas de 1998 a 2003

Em 1998, com o Programa Viva Mulher, as ações de rastreamento oportunísticas do câncer de mama e do colo uterino foram implantadas. Para tanto, no ano 2000 foram treinados em radiologia mamária, 960

**TABELA 1:** Ações preconizadas pelo INCA para rastreamento do câncer de mama no Brasil, segundo recomendações da OPS para a América Latina e Caribe, antes de 1998.

Idade (anos)	AEM <sup>(*)</sup>	ECM <sup>(**)</sup>	MMG <sup>(***)</sup>
< 35	Mensal	Trienal	Critério médico
35 – 39	Mensal	Bienal	Critério médico
40 – 49	Mensal	Anual	Critério Médico ou risco alto
50 – 70	Mensal	Anual ou semestral	Critério Médico ou risco alto

(\*) Autoexame das mamas (\*\*) Exame clínico (\*\*\*) Métodos de mamografia

profissionais e capacitados 432 gestores municipais. Além disso, foi observado que a oferta de recursos para o controle do câncer de colo uterino foi maior que ao de mama e, este carecia de especificações quanto às ações prioritárias, público-alvo, forma de operacionalização, parâmetros para estimar a cobertura das ações e de equipamentos, bem como indicadores de monitoramento e/ou avaliação. Em 2001 foram elaborados materiais educativos para os profissionais, treinamento destes para realizar o ECM, e adquiridos 50 mamógrafos e 50 processadores<sup>11</sup>. Ainda nesse ano, o INCA orientou as condutas para o tratamento deste câncer<sup>13</sup> e a Lei nº 10.223 tornou obrigatório aos seguros de saúde o custeio de cirurgia plástica reparadora de mama.

A PT nº 1.101 de 2002 propôs parâmetros de cobertura da assistência no SUS: parâmetros assistenciais internacionalmente reconhecidos; estatísticas de atendimento aos usuários do SUS e as incidências nacionais, por especialidades, dos últimos três anos; serviços ofertados, inclusive de diagnóstico e terapêutico, com base em estudos e pareceres de técnicos e parâmetros assistenciais de várias instituições do País. Para a programação do arsenal de equipamentos diagnósticos foram construídos parâmetros que indicavam um mamógrafo para cada 240 mil habitantes e um aparelho de ultrassom para cada 25 mil. Em contra ponto, dados oficiais publicados em 2006, referentes ao número de mamógrafos, demonstraram capacidade instalada de 50% para cobertura de mulheres acima de 50 anos e concentração de 47,26% destes na Região Sudeste do País<sup>14</sup>. A partir de 1998 foram publicadas diversas portarias para normatizar a assistência oncológica no SUS.

### Ações propostas após 2004

Em 2004 foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher coordenada pelo MS, na qual se pactuou a redução da morbidade e mortalidade por causas evitáveis, incluindo o câncer de mama<sup>3</sup>. As estratégias propostas pautaram-se na organização da rede de referência e contra-referência para diagnóstico e tratamento deste tumor. A taxa de mortalidade feminina por câncer de mama e o número de reconstrução mamária tornaram-se os indicadores das intervenções<sup>3</sup>.

Já no Consenso de Controle do Câncer de Mama<sup>15</sup>, de todas as orientações assistenciais priorizaram-se as ações de detecção e promoção à saúde. Determinaram-se os critérios de diagnóstico citológico e histopatológico, do uso de tecnologia diagnóstica (MMG, ultrassonografia de mama e biópsia), dos tipos de tratamento (cirurgia, radioterapia, hormonioterapia e cuidados paliativos) e da atuação de equipe multidisciplinar. A idade e o alto risco tornaram-se critérios indicativos para o rastreamento e a frequência dos exames.

Estas recomendações basearam-se em estudos internacionais, devido à ausência de dados nacionais<sup>15</sup>. Desde então, além da taxa de mortalidade feminina por este câncer, a de mamografia foi constituída como indicador<sup>15</sup>. Em 2005, na PT nº 2.439, a Política Nacional de Atenção Oncológica foi apresentada e os objetivos para o controle do câncer reestabelecidos, envolvendo além de assistência de alta complexidade, as de média complexidade e da atenção básica<sup>16</sup>.

No Plano de Ação para o Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, de 2005 a 2007, a atuação da equipe da atenção primária foi considerada tática para reduzir a incidência e mortalidade destes tumores<sup>10</sup>. E, em busca de articular a formação de rede assistencial e melhorar os recursos, foi proposto, em 2006, o Projeto Piloto de Garantia de Qualidade de Mamografia<sup>17</sup>. Em março desse ano, a implantação da Política Nacional de Atenção Básica designou as unidades básicas de saúde (UBS) como contato preferencial dos usuários<sup>18</sup>.

Assim, almejando superar as dificuldades de consolidação do SUS, os gestores das três esferas elaboraram o Pacto pela Saúde constituído de três dimensões: pela vida, em defesa do SUS e de gestão<sup>19</sup>. O pacto pela vida focou seis problemas de saúde, entre eles, o câncer de mama<sup>19</sup>.

Estrategicamente, para aumentar a aderência às ações consensuadas, determinou-se à equipe da UBS a captação de mulheres alvo; a implantação da agenda da mulher; o encaminhamento das pacientes com resultado de MMG ou ECM suspeitos ou alterados; realização de atividades educativas; busca ativa de faltosas, das com laudos suspeitos e das que nunca realizaram o ECM ou MMG, bem como a orientação e acompanhamento de mulheres com baixo risco e com ECM normal<sup>20</sup>.

Identificação da Portaria	Especificações da Portaria
1998 - Portaria 145.	Apresentam-se os códigos, itens de programação, nível de hierarquia, classificação do serviço, atividade profissional e valores de procedimentos. Faz descrição e estima os custos dos procedimentos de quimioterapia e radioterapia.
1998 - Portaria 146. Substituída pela PT 034/99.	Concilia os procedimentos de internação com os ambulatoriais de quimioterapia e radioterapia.
1998 - Portaria 3535. Alterada em 31/03/99 na PT 255, em 31/03/99 na PT 113, em 16/07/2002 na PT 1289, em 19/12/05 na PT 741.	Normaliza o cadastramento e o recadastramento de serviço oncológico hospitalar e ambulatorial.
1998 - Portaria 3536. Alterada em 05/05/99 pela PT 190; revogada em 18/05/99 na PT 63; validada em 30/06/99 na PT 838; substituída em 08/99 pela PT 295 e em 15/07/99 na PT 296.	Define as normas de autorização e codificação de procedimentos em quimioterapia e radioterapia, no âmbito do SUS. Inclui também conceitos e orientações a estes serviços.
1998 - Portaria 171.	Classifica os centros de assistência oncológica e de profissionais para efeito de cadastramento no SUS.
1999 - Portaria 531.	Define a destinação específica de recursos para as áreas básicas e de média e alta complexidade, e hospitalar.
1999 - Portaria 1478.	Dispõem sobre a organização da assistência oncológica.
2001 - Portaria 515.	Determina às unidades cadastradas no SUS e classificadas como CACON I, II ou III ou ainda como serviço isolado de quimioterapia e ambulatorio.
2002 - Portaria 110.	Estabelece aos gestores federais, estaduais e municipais parâmetros de cobertura assistencial no SUS, incluindo recomendações para o planejamento de detecção precoce e diagnóstico do câncer mamário.
2003 - Portaria 456. Revogada em 23/08/11 na PT 2012.	Aprova a relação de indicadores da atenção básica incluindo os relacionados ao câncer de mama e do colo de útero.
2007 - Portaria nº 2918.	Excluiu alguns procedimentos da tabela SIA/SUS e SIH/SUS e alterou outros relativos ao controle do câncer de mama.
2009 – Portaria 1183. Alterada em 2010 na PT 1856.	Modificou o procedimento de rastreamento com MMG unilateral para bilateral.

FIGURA 1: Portarias Técnicas que direcionaram as ações públicas para o controle do câncer de mama – 1998 a 2011.

<b>Recomendações para rastreamento de mulheres assintomáticas:</b>
- ECM para todas as mulheres a partir de 40 anos de idade, anualmente.
- MMG para mulheres com idade entre 50 e 69 anos, a cada dois anos.
- ECM e MMG anual para mulheres a partir de 35 anos de idade, pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama.
<b>São consideradas com risco elevado de desenvolver câncer de mama as mulheres com:</b>
- História familiar de pelo menos uma parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo de 50 anos.
- História familiar de pelo menos uma parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária.
- História familiar de câncer de mama masculino.
- Diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.

FIGURA 2: Consenso de controle de câncer de mama, Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro, 2004.

Apesar de documentos prévios orientarem qual seria o público-alvo para rastreio do câncer de mama, o inciso III da Lei 11.664 de 29/4/2008 que assegurou em território nacional a realização de exame mamográfico a todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade, criou

uma divergência em relação às propostas governamentais já estabelecidas (Figura 2).

Com a finalidade de conhecer a organização e resultados de programas de rastreamento sistemático e oportunístico de vários países, em 2009 ocorreu

uma reunião no INCA<sup>21</sup>, resultando na instituição, no município de Curitiba, do primeiro programa piloto de rastreio intitulado Programa Mulher Curitibana<sup>22</sup>. Nesse projeto, que ainda está em acompanhamento, espera-se identificar as dificuldades e facilidades na operacionalização da convocação, realização de MMG, confirmação diagnóstica e encaminhamento para tratamento.

Respalda na PT no 779, iniciou-se em junho de 2009 a implantação do sistema de informação SISMAMA nas UBS e nos serviços de MMG, gerando dados da execução desse exame a partir de 2010. Além disso, baseados em estudos internacionais e nacionais, estimou-se a necessidade de ações específicas para o controle desta neoplasia<sup>23</sup>.

Em março de 2011, foram reafirmados três objetivos para o controle do câncer de mama: garantia do diagnóstico precoce de lesões palpáveis; oferta de MMG de rastreamento ao público-alvo; e qualificação da rede de atenção. Essas propostas estavam apresentadas no eixo de ação de Fortalecimento do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama do Plano Nacional de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer. Já a PT no 558 de 24/03/2011 apresentou o Comitê Técnico Assessor para acompanhamento da política de prevenção, diagnóstico e tratamento dos cânceres de colo de útero e de mama. Este plano resultou na publicação, em março de 2012, da PT no 531, que instituiu o Programa Nacional de Qualidade de Mamografia, após resultados positivos apresentados em 2008, em quatro pólos que implantaram e monitoraram o projeto iniciado em 2006.

## DISCUSSÃO

Observa-se, no levantamento realizado, um aumento das publicações a partir do ano de 1998, evidenciando a inclusão do controle do câncer de mama na agenda das políticas públicas em saúde no Brasil. Nota-se, também, que antes de 1998 constituíram-se os serviços públicos como o Departamento Nacional de Saúde Pública<sup>1</sup>, o SNC<sup>1</sup>, o MS<sup>3</sup> e o INCA<sup>1</sup> que trabalharam pelo controle das neoplasias e pela inclusão de ações específicas para o câncer de mama. As principais intervenções pautaram-se na normatização da assistência terciária<sup>3</sup>, capacitação profissional<sup>1</sup>, educação em saúde e execução de um projeto piloto de rastreio sem especificações normativas<sup>11</sup>. A reflexão sobre o lapso temporal entre criar e incorporar o saber na área de saúde pode justificar parte dos achados, uma vez que os primeiros relatos internacionais e nacionais de intervenções cirúrgicas oncológicas ocorreram entre 1840 e 1900, os de tratamento radioterápico entre 1904 e 1919 e a utilização da quimioterapia, na década de 50, quando ocorreu a produção, em escala, destes medicamentos pela indústria farmacêutica<sup>1</sup>.

Quanto ao sistema de saúde brasileiro, antes de 1988, este assumia o Modelo Bismarkiano, com cotização de empregados, empregador e governo em sistemas de caixas públicas por categorias profissionais. Uma pequena parcela da população tinha vínculo empregatício, resultando em acesso e cobertura restritos aos serviços de saúde. As intervenções públicas eram mínimas e havia uma importante atuação de instituições filantrópicas<sup>25</sup>. Neste período, a urbanização, o envelhecimento populacional e os avanços na área de saúde contribuíram para o declínio das doenças infecto contagiosas e o aumento da prevalência das crônico-degenerativas<sup>25</sup>, entre elas o câncer de mama. No âmbito político social, os governos provisórios e a forte interferência militar, limitaram a participação social nas decisões políticas, gerando conflitos internos, pouca oferta de recursos e descontinuidade das ações públicas em saúde<sup>1,25</sup>. A insatisfação social mobilizou vários setores, incluindo o da saúde, que propôs com o SUS, a reorganização e ampliação da assistência, com foco na atenção básica<sup>25</sup>.

Dessa forma, os achados antes de 1998, provavelmente decorrem de influências do processo de consolidação dos conhecimentos em oncologia e das características do sistema de saúde vigente.

Em contra ponto, após 1998 a gradativa implantação do SUS, a razoável estabilidade social e econômica do Brasil, bem como a consolidação e os avanços do conhecimento em oncologia, possivelmente foram os propulsores de ações de saúde pública nesta área<sup>1,25</sup>.

No processo de implantação do Programa Viva Mulher, observou-se que os investimentos e a oferta de serviços para o controle do câncer de colo uterino foram maiores e mais rápidos que os de mama<sup>11</sup>. A falta de especificação do público alvo, dos critérios diagnósticos e propedêuticos para o controle do câncer de mama podem ter alguma relação causal com a escassa alocação de recursos no início do programa. Ainda no período de 1998 a 2003, observou-se que 10 portarias foram elaboradas com ênfase na organização da atenção oncológica, nos três níveis de atenção em saúde no SUS, sendo a maioria delas direcionadas à terapêutica. Apenas a PT nº 1.101 de 2002 definiu parâmetros de cobertura de MMG e USG de mama. Das 10 portarias, duas foram revogadas, três substituídas, cinco alteradas e uma validada, podendo resultar em fragmentação e descontinuidade das propostas. Neste período, observou-se um avanço das ações ainda centradas nas ações terapêuticas<sup>13</sup>, entretanto, normatizadas e realizadas por instâncias públicas<sup>12</sup>, diferentemente da fase anterior, onde a atuação do Estado era frágil.

De forma complementar, a partir de 2004, com o lançamento pelo MS do Documento de Consenso<sup>15</sup>, as lacunas normativas acima pontuadas foram sanadas. Desde este período, vários documentos importantes e específicos para este tipo de tumor, foram

produzidos<sup>10,14-24</sup>. Quanto a dados do SISMAMA referentes ao rastreamento e detecção precoce desta neoplasia, têm sido pouco produzidos, pois o sistema ainda está em implantação no País<sup>14</sup>. Segundo o INCA, a vasta extensão territorial e o elevado número de indivíduos-alvo impossibilita, no momento, a oferta de ações de rastreamento sistemático<sup>15,20-22</sup>, apesar de seus benefícios serem reconhecidos desde 1963<sup>5</sup>.

Deve-se considerar que as ações propostas no Consenso<sup>15,20</sup> para este câncer, fazem parte de uma das Políticas de Saúde de uma nação em desenvolvimento. O SUS foi promulgado em 1990 e continua em fase de estruturação<sup>25</sup>. Este sistema de saúde visa cobertura universal, com financiamento e gestão subsidiados pelas esferas Federal, Estadual e Municipal de governo e com espaços de participação social para o controle e definição de prioridades na agenda pública<sup>25</sup>. Mesmo assim, o setor saúde tem recebido poucos recursos e seus mecanismos de regulação estão sendo incorporados, o que favorece a descontinuidade das ações em saúde pública<sup>25</sup>.

Os nexos das ações públicas nacionais para o controle do câncer de mama foram apresentados neste estudo, entretanto, não foram consultadas teses, dissertações ou monografias, podendo ter ficado de fora algum dado que acrescesse informações à análise temporal. Contudo, esta revisão permitiu identificar, no decorrer dos anos, os objetivos, as ações e os focos das intervenções para este agravo.

## CONCLUSÃO

Os documentos analisados do período anterior a 1998 enfatizaram a criação de instâncias públicas de gestão de serviços oncológicos, a formação profissional nessa área e a ampliação da assistência terciária à saúde.

A produção de documentos de 1998 a 2003 cresceu consideravelmente, provavelmente influenciada pela reestruturação do sistema de saúde. As ações terapêuticas ainda foram as mais frequentes neste cenário, entretanto, nota-se que as direcionadas à atenção primária passam a ganhar destaque.

Após 2004, nota-se que o câncer de mama ganhou espaço na agenda política e que propostas de melhorias e ampliação da rede continuam a se estruturar em diferentes níveis de atenção à saúde, com enfoque no rastreamento e detecção precoce deste agravo.

Há que se considerar que esta trajetória moldou-se de acordo com o contexto social, político e econômico e de problemas de saúde característicos de países em desenvolvimento, somados à extensa dimensão territorial e limitação de recursos. Ainda assim, espera-se que a compilação do conhecimento quanto às ações de saúde pública para o controle do câncer de mama brasileiro favoreça sua avaliação e subsidie a tomada de decisão dos gestores.

## AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pela concessão de bolsa de produtividade em pesquisa nível 1B e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela concessão de bolsa de mestrado.

## REFERÊNCIAS

1. Teixeira LA, Fonseca CM. De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil. Rio de Janeiro; Ministério da Saúde. 2007.
2. Wünsch VF, Moncau JE. Mortalidade por câncer no Brasil 1980-1995: padrões regionais e tendências temporais. *Rev Assoc Bras.* 2002; 48(3): 250-7.
3. Ministério da Saúde (Br). Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF): Editora MS; 2004.
4. Zapponi ALB, Melo ECP. Distribuição da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero segundo regiões Brasileiras. *Rev enferm UERJ.* 2010; 18:628-31.
5. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer (IARC). Breast Cancer Screening. Lyon (Fr): WHO; 2002.
6. Organización Mundial de la Salud. Programas nacionales de control del cáncer: políticas y pautas para la gestión. Ginebra (Swi): OPS; 2004.
7. Coleman MP, Quaresma M, Berrino F, Lutz JM, De Angelis R, Capocaccia R, et al. Concord working group: cancer survival in five continents: a worldwide population-based study. *Lancet Oncol.* 2008; 9(8):730-56.
8. Liedke PE, Finkelstein DM, Szmonifka J, Barrios CH, Chavarri-Guerra Y, Bines J, Vasconcelos C, Simon SD, Goss PE. Outcomes of breast cancer in Brazil related to health care coverage: a retrospective cohort study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2014;23(1):126-33.
9. Mendes JMR, Garcia MLT, Oliveira EFDA, Fernandes RMC. Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. *Texto contexto – enferm.* 2011; 10:331-44.
10. Ministério da Saúde (Br). Plano de ação para o controle dos cânceres do colo do útero e da mama 2005-2007. Brasília (DF): MS; 2005.
11. Instituto Nacional de Câncer (Br). Viva Mulher: câncer de colo de útero, informações técnico gerencial de ações desenvolvidas. Rio de Janeiro; INCA; 2002.
12. Lopes ER, Abreu E, Gadelha MIP. Detecção do câncer de mama: atualização e recomendações. *Rev Bras Cancerol.* 1993; 39(1):21-26.
13. Instituto Nacional de Câncer (Br). Câncer de mama: condutas do INCA/MS. *Rev Bras Cancerol* 2001; 47(1): 9-19.
14. Instituto Nacional de Câncer (Br). A situação do câncer no Brasil. Brasília (DF): Editora MS; 2006.
15. Instituto Nacional de Câncer (Br). Controle do câncer de mama: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA; 2004.

16. Portaria nº 2439/GM de 8/12/2005: institui a política nacional de atenção oncológica. Brasília (DF) [periódico na internet] [citado 30 mar 2013]. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/retrol/registrocancer/Portaria2439GM\\_MS.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/retrol/registrocancer/Portaria2439GM_MS.pdf)
17. Instituto Nacional de Câncer (Br). Mamografia: da prática ao controle. Rio de Janeiro; INCA. 2007.
18. Portaria nº 648/GM de 28/03/2006: aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF) [periódico na internet] [citado 26 ago 2014] Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>.
19. Ministério da Saúde (Br). Painel de Indicadores do SUS 2006. Brasília (DF): MS; 2006.
20. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília (DF): Editora MS; 2006.
21. Instituto Nacional de Câncer (Br). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Encontro internacional sobre rastreamento do câncer de mama: resumo das apresentações. Rio de Janeiro: INCA; 2009.
22. Instituto Nacional de Câncer (Br). Rastreamento organizado do câncer de mama: a experiência de Curitiba e a parceria com o Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
23. Instituto Nacional de Câncer (Br). Parâmetros para o rastreamento do câncer de mama: recomendações para gestores estaduais e municipais. Rio de Janeiro: INCA; 2009.
24. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta Paul. Enferm. [online]. 2007; vol.20, n.2, pp. v-vi.
25. Paim J, Travasso C, Bahia CA, Macinko J. O sistema de saúde Brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet – Saúde no Brasil. 2011 maio; 11-31.