



ATENÇÃO AO CÂNCER DE MAMA: A sistematização das medidas organizativas para seu controle no Brasil

OLIVEIRA, Thaislayne Nunes de
SENNA, Mônica de Castro Maia

RESUMO: Este artigo tem como objetivo central sistematizar a trajetória da atenção ao câncer de mama no Brasil. Para tanto, realizou-se pesquisa bibliográfica sobre a temática, associada à análise dos documentos oficiais, como: normativas, portarias e legislações nacionais. Os resultados demonstram avanços na estruturação do cuidado da doença, sobretudo pela implantação de políticas, programas e sistemas específicos. Tais avanços estratégicos impulsionaram o desenvolvimento de medidas para o controle do câncer, que contribuem positivamente nos riscos, agravos e redução do elevado número de óbitos. Mas, apesar da existência destas 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.

I INTRODUÇÃO

O câncer de mama trata-se do tipo de câncer mais comum em mulheres no Brasil e no mundo. Conforme as taxas disponibilizadas pelo INCA (2017) estimam-se para o biênio 2018-2019 a ocorrência de 59.700 casos novos, para cada ano, com um risco estimado de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres. Cabe ressaltar que esse câncer tem gênese multifatorial, podendo ser associado ao envelhecimento populacional, às mudanças ambientais e de hábitos de vida, como: obesidade, sedentarismo e ao consumo excessivo de álcool (INCA, idem).

Diferente de outras neoplasias frequentes na população feminina, por exemplo, o câncer de colo do útero, o aparecimento do tumor na mama não é evitável. Apesar de não ser prevenível esse tipo de câncer possui boas evoluções se diagnosticado inicialmente. Porém, segundo o atlas da mortalidade por câncer, em 2016 foram registrados 16.069 óbitos, números que configuram esse tipo de câncer como o que mais mata as mulheres.

Contudo cabe questionar: por que ainda assim apresenta-se como a maior causa de morte entre as mulheres? Não podemos justificar o elevado número de óbitos ao também exorbitante número de casos novos, já que esse tipo de câncer está entre os menos letais. Então, considerando que a detecção precoce favorece a chances reais de recuperação, logo o elevado número de óbitos justifica-se pelo acesso inoportuno ao diagnóstico e tratamento.

Cabe destacar, que a diferença do câncer para outras morbidades consiste na complexidade do seu tratamento, pois requer avanços científicos e tecnológicos, uma vez que ainda não temos assegurada sua cura em definitivo. Além disso, como todas as outras doenças, seu cuidado é inerente ao contexto de desenvolvimento da saúde brasileira, ou



seja, a criação das medidas para seu controle perpassou por aspectos próprios do desenrolar da política de saúde, aspecto essencialmente considerado na elaboração desta análise.

Diante disso, esse trabalho tem como objetivo sistematizar as medidas organizativas para o controle do câncer de mama no Brasil. De modo que é necessário compreender elementos transversais, como: o desenvolvimento da política de saúde no Brasil, o “direcionamento” do cuidado em saúde das mulheres, que perpassa a questão de gênero e o progresso científico que propicia o alinhamento das formas de prevenção, diagnóstico e tratamento.

Para tanto, a metodologia consistiu em levantamento e análise de referencial teórico. A pesquisa considerou artigos, livros, revistas, teses e dissertações constantes nas plataformas SCIELO, RBC, CAPES no período correspondente à década de 1980 até 2018. Identificados com base nos seguintes descritores: neoplasia mamária e câncer de mama. Além disso, utilizaram-se documentos, legislações, normativas e ferramentas implantadas e relacionadas ao câncer de mama. E as estatísticas e estimativas relacionadas à mulher e câncer de mama, que foram localizadas nas plataformas DATASUS 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.

II DESENVOLVIMENTO

Sistematizando as medidas de controle do câncer de mama:

Ser mulher é uma construção social e, portanto, articula-se às particularidades próprias de cada sociedade e, diferentes tempos históricos¹. No Brasil as provisões do Estado direcionadas à saúde da mulher limitaram-se historicamente tão somente a maternidade (ou ao ciclo gravídico-puerperal). Essa tendência sofreu alterações somente no século XX, sobretudo por pressão do movimento das próprias mulheres, que buscavam demandas inerentes às realidades vivenciadas para além do cuidado materno-infantil evidenciou-se a necessidade de criar estratégias de cuidado para o câncer de mama. (BRASIL, 1983).

Apesar da década de 1980 ter iniciado o ensaio para a atenção ao câncer de mama, somente nos anos 2000 ocorreram incorporações que buscam efetivamente o seu controle. E, segundo o INCA, paralelamente o número de casos de câncer aumentou exponencialmente.

¹As mudanças na vida das mulheres afetam a sua saúde. No caso do câncer de mama, a amamentação pode diminuir a chance de desenvolvimento da neoplasia mamária (INCA, 2009). Considerando que, paulatinamente, ocorreram mudanças importantes, tais como: a inserção da mulher o mercado de trabalho, o primeiro filho com idade mais avançada, número menor de filhos, ou até mesmo não ter filhos, são indicativos fundamentais.



Na atualidade, o câncer de mama é a principal neoplasia que acomete o sexo feminino no Brasil e no mundo, e constitui-se como grave questão de saúde pública. Para o controle do câncer foram necessárias investigações científicas desenvolvidas nas formas de rastreamento e estabelecimento de protocolos (INCA, 2018). Com isso, paulatinamente ocorreu o desenvolvimento das medidas organizativas, as quais foram concentradas cronologicamente no quadro 1, que sistematiza as principais evoluções normativas para controle do câncer de mama, sem pretender finalizar a discussão, mas subsidiar o momento seguinte, que consiste na análise temporal das principais alterações.

Quadro 1: O controle do câncer de mama no Brasil

1957	Fundação das Pioneiras Sociais implantou o Hospital de Cancerologia da cidade do Rio de Janeiro.
1973	Criação do Programa Nacional de Controle do Câncer, iniciativa pioneira com foco nos cânceres femininos por meio de ações de prevenção e oferta de mamografias e exames de Papanicolau.
1983	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).
1987	Lançamento do Pró-Onco, programa que unia esforços do Ministério da Saúde e do INAMPS para ampliar a informação e a prevenção dos cânceres femininos. O câncer de mama foi contemplado por meio do incentivo ao autoexame das mamas e ao exame clínico das mamas.
1988	Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado (Constituição Federal de 1988 – CF/1988).
1990	Lei Nº 8.080 Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Lei Nº 8.142 Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS.
1993	Portaria Nº 170/1993 estabeleceu as normas para credenciar os hospitais em procedimentos para tratamento do câncer.
1997	Programa Viva Mulher: nacionalmente buscou o controle dos cânceres do colo do útero e mama.
1998	Portaria Nº 3.535 dividiu e estabeleceu uma rede de tratamento de maneira hierarquizada, com cadastramento de centros de atendimento em oncologia.
2004	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. 1ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres. I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM).
2005	Portaria Nº 2.439 - Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO). Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo de Útero e Mama (2005-2007).
2006	Pacto pela saúde, que destacava a importância da detecção precoce do câncer de mama como uma das prioridades nacionais do Pacto em Defesa da Vida.
2007	2ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres.
2008	Lei Nº 11.664 Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama.
2009	Encontro Internacional sobre Rastreamento do Câncer de Mama. Implantação do Sistema de Informação sobre o Câncer de Mama (SISMAMA).
2010	Documento: Recomendações para a redução da mortalidade do câncer de mama no Brasil
2011	3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres. Lançamento do Plano de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, que enfatizou o controle do câncer de mama. E lançamento do Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil (2011 - 2022), que incluiu as ações de controle do câncer.
2012	Programa Nacional de Qualidade da Mamografia. Lançamento da campanha nacional para reforço do diagnóstico precoce e das recomendações para o rastreamento mamográfico.
2013	Lei Nº 12.802. Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama. Portaria Nº 874 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.
2014	Portaria Nº 189 que estabelece incentivo financeiro no custeio dos serviços de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama.
2015	Publicação das Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil, elaboradas com base na sistematização de evidências científicas. 4ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres.
2017	Lei Nº 13.522 estabelece que serão desenvolvidas estratégias intersetoriais específicas para mulheres com dificuldade de acesso às ações de saúde e controle dos cânceres do colo uterino e de



	mama.
2019	A situação do câncer de mama no Brasil: síntese dos dados dos sistemas de informação

Fonte: Elaboração própria, 2019.

Com a análise do quadro 1 nota-se que a partir dos anos 2000 ocorreu uma avalanche de garantias legais, fator primordial para redefinição do enfoque governamental, e conferindo, de forma inédita a organização das políticas do câncer no Brasil, e o direcionamento para o enfoque nas medidas preventivas. Boa parte desses avanços foi tratado por Castro (2012) como mudanças no cenário das políticas, especialmente a partir do governo Lula, período que se nota incremento de ações no que tange às políticas sociais, possibilitando ampliação no mecanismo de proteção e promoção social.

É inevitável o reconhecimento dos muitos avanços em relação à concepção e à abordagem do cuidado em saúde da mulher, bem como na construção de normas e ferramentas que buscam a estruturação deste cuidado. Cabe salientar que as respectivas incorporações legais desenvolvem-se dentro de um campo de disputa de interesses antagônicos, que são próprios dos conflitos das políticas públicas brasileiras.

Elementos históricos do controle do câncer de mama no Brasil:

Em um breve resgate histórico² é possível constatar que as primeiras medidas sanitárias relacionadas ao câncer surgiram no início do século XX, atreladas exclusivamente ao tratamento, sobretudo por estarem vinculadas ao modelo de saúde curativo e campanhas sanitárias para combate de endemias, aspectos próprios do desenvolvimento da política de saúde brasileira. (BRAVO, 2001).

Consoante a Barreto (2005) as primeiras medidas para cuidado do câncer iniciaram na década de 1920, com desenvolvimento de práticas filantrópicas. Mas, o cuidado se intensificou no final da década de 1930, período em que o médico Mario Kroeff deu visibilidade a métodos cirúrgicos associados ao cuidado da doença. O mesmo autor refere que a complexidade da doença e do seu tratamento fez com que alguns médicos sanitaristas e cancerologistas recorressem ao exterior na busca de conhecimento científico para desenvolver os tipos de tratamento, aspecto também categorizado em INCA (2018).

Ainda em 1937 foi criado o primeiro Centro de Cancerologia, mas somente durante o governo de Juscelino Kubitschek iniciou incremento na saúde da mulher. Com relação aos cânceres femininos, em 1957 a Fundação das Pioneiras Sociais implantou o Hospital de Cancerologia da cidade do Rio de Janeiro, que abarcava atendimento ambulatorial e

²Não se pretende analisar todas as modificações históricas no que tange o câncer de mama, mas apontar as medidas relevantes.



simultânea realização de pesquisa clínica, principalmente buscando o desenvolvimento de medidas de prevenção.

Nas décadas de 1960, 70 e 80 tiveram mudanças importantes na luta pela incorporação da saúde como política pública e, por conseguinte, incidiram na configuração da abordagem e tratamento do câncer. Nesse período, no caso da população urbana assalariada o acesso ao tratamento precedia a vinculação com institutos de previdência, a chamada medicina previdenciária. Mas, na década de 1960 a Organização das Nações Unidas buscou promover e apoiar o desenvolvimento de políticas independente da vinculação trabalhista ou do local de moradia. Ainda assim, percebem-se vulnerabilidades no acesso ao diagnóstico e tratamento dos brasileiros.

No mesmo período, os países da América Latina firmaram compromisso com planejamento de ações integradas para o desenvolvimento social e econômico, reconhecendo o acesso à saúde como fundamental ao progresso do país (OLIVEIRA, 2017). Paralelamente as décadas de 1960/1970 foram marcadas pelo período ditatorial, que na área da saúde possibilitava 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.). Nesse contexto, prevalecia o olhar individual da doença, com ações e tratamentos individualizados.

A subsequente transição democrática, e respectivos contextos: histórico, político e social foram determinantes no desenrolar da saúde e alcance da sua consolidação como política. Na década de 1980 a saúde alcançou dimensão de política pública vinculando-se à proposta da Reforma Sanitária, com a garantia do acesso igualitário e universal, e responsabilidade da execução pelo Estado. Essa garantia não findou os interesses difusos próprios da política pública, e inclusive desencadeou outros tipos de conflitos e disputas.

É sabido que a consolidação da saúde, como política, 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. Em seguida, ocorreu à implantação da 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 complementa a legislação anteriormente citada e 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.

Os movimentos sociais foram fundamentais na incorporação dos direitos sociais, principalmente durante a década de 1980, entre esses 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).



Na mesma época, a nível mundial o câncer despontava como uma doença com elevados números de casos novos e óbitos. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a partir da década de 1990, o Brasil inicia uma transição da faixa etária populacional, a transição demográfica, que é inerente à transição epidemiológica, pois com o envelhecimento tem-se o aumento das doenças crônicas, e o câncer é uma delas. Junto disso, se tem um direcionamento das organizações mundiais para a estruturação de medidas para seu cuidado. (OLIVEIRA, 2017).

Em 1993, o marco legal que buscou normatizar o tratamento do câncer ocorreu por meio da publicação da Portaria Nº 170/1993, que 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.

Já em 1997 foi fundado o Programa Viva Mulher, que priorizou ações estratégicas para o combate ao câncer de mama. E, em 1998 uma nova portaria foi promulgada, a Portaria Nº 3.535/1998 que dividiu e estabeleceu uma rede de tratamento de maneira hierarquizada, com cadastramento de centros de atendimento em oncologia.

Essas portarias (Portaria Nº 170/1993 e Portaria Nº 3.535/1998) restringiram-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. Paralelamente, segundo dados disponibilizados pelo INCA, gradativamente os números de câncer foram crescendo no Brasil, tendo em vista os fatores para desenvolvimento da doença, complexidade do tratamento e possibilidades de reincidir.

Cabe ressaltar que 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 reformas, ou “contrarreformas” (BRAVO, 2001). Observa-se a transferência da responsabilidade do Estado para o mercado, principalmente por meio das Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e também por Parcerias Público Privadas. Em tempo, essas propostas também estão presentes nos dias atuais e mantem-se, ou melhor, aprofundam-se os conflitos entre as propostas governamentais e definições asseguradas na carta constitucional e na Lei Orgânica da Saúde.

Evidencia-se o sucateamento da saúde pública e constante tentativa de privatização desse espaço, em meio a esse, “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.). Logo, 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 na CF/1988, SUS e nas legislações posteriores.

No que tange à discussão sobre o câncer, a partir dos anos 2000, há uma retomada na agenda política, corroborado por orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Para tanto, em maio de 2004 foi publicado a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que assegura o câncer de mama como prioridade na agenda governamental. No mesmo ano foi desenvolvido o primeiro Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM),³ que também determinava o enfoque neste câncer, bem como as ações e estratégias para seu controle.

Em 2005, foi publicada a Portaria Nº 2.439, a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), que afirmou o câncer como problema de saúde pública e estruturou a rede de atenção oncológica a ser implantada, estabelecendo parâmetros e diretrizes da atenção oncológica em consonância as diretrizes estabelecidas pelo SUS. Ainda 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 assegurou diretrizes estratégias a fim de controlar os cânceres femininos mais incidentes em casos novos, por meio desta ocorreu à designação da prioridade da cobertura deste público, capacitações, incentivo as pesquisas e o rastreamento da doença por realização de mamografia.

As medidas aprovadas em meados dos anos 2000 foram essenciais, e incidiram positivamente no controle do câncer de mama. Além disso, ainda ocorreram outras alterações importantes, como a 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 necessidade⁴.

Em 2009, o INCA sediou o encontro que buscava definir as formas de rastreio e tratamento do câncer de mama, possibilitando como resultado a produção dos documentos “Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama” e “Recomendações para a redução da mortalidade do câncer de mama no Brasil”. Além do mais, na mesma época, foi

³O primeiro PNPM foi produzido como resultado da 1ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres. Fato que também ocorreu no II PNPM e no III PNPM, respectivamente em 2008 e 2011. Com isso, a discussão proporcionada nos espaços de Conferência resultava em produtos importantes, evidenciando a participação e o controle social. Cabe destacar que os planos foram sendo alargados a cada publicação, e todos direcionavam o câncer de mama como aspecto central. Nesse aspecto, a última medida do Governo Federal foi à realização do método avaliativo do plano, que foi elaborado em 2013 e buscava mapear as necessidades das mulheres no território nacional, o qual também determinou a avaliação sobre as questões relacionadas ao câncer de mama, mas que até o presente momento não apresentou os resultados alcançados.

⁴Cabe ressaltar, que a referida legislação foi alterada em 2017, por meio da Lei Nº 13.522, com respectivas adequações às necessidades das mulheres que enfrentem dificuldade de acesso às ações de saúde, por motivos sociais, geográficos ou culturais, recomendando então a realização de busca ativa e desenvolvimento de estratégias necessárias.



criado o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA), que favorece a vigilância desta neoplasia.

De mais a mais, buscando qualificar a realização dos exames de rastreio da doença, em 2012 foi instituído o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia, por meio da Portaria N° 2.898, 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. Essas ações corroboram para organização das ações de controle do câncer de mama, a fim de garantir a qualidade dos exames realizados.

E, no ano de 2013 institui-se 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. Essa política prevê estratégias que incidam nos riscos da doença, reconhecendo o cuidado eficaz quando iniciado na fase inicial da neoplasia. A política de prevenção prevê ainda 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. Destacando a articulação entre a promoção de saúde e a prevenção, a fim de subsidiar o monitoramento, assim como estabelece o SUS.

No ano seguinte ocorreu à publicação da Portaria N° 189/2014 que estabelecia o incentivo financeiro no custeio dos serviços de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama, posiciona percentuais de incremento a cada procedimento realizado em sua detecção. E no mês seguinte conquistamos a Portaria N° 140/2014, que redefiniu os critérios e parâmetros para organização, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia.

Todo esse contexto é notadamente outro avanço acertado, medidas inéditas que corroboram positivamente nas formas de cuidado da doença, sobretudo com a criação normatizações estratégicas, que buscam incidir nos riscos e agravos da doença. Inclusive 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.

No caso do câncer de mama, compreende-se o estabelecimento de mecanismos e estratégias para alcançar as medidas preventivas. Destaca-se que ocorreu aumento no número da realização de mamografia, sobretudo de 2012-2017, contudo, apesar do aumento na 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).

A este respeito, Villar et al (idem) realiza estudo no Rio de Janeiro, 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 e, ainda destacam que tais fragilidades implicam no diagnóstico tardio e prognóstico das mulheres.

No que se refere aos documentos para as estratégias de cuidado do câncer de mama no Brasil, o mais recente publicado pelo INCA trata-se da “A situação do câncer de mama no Brasil: síntese dos dados dos sistemas de informação”, que foi lançado em 2019 e expõe uma síntese sobre a situação nacional. O documento ratifica o câncer de mama como um desafio no cenário atual, apresenta as linhas de cuidado e reconhece os limites das estratégias que ainda precisam ser ofertadas para o controle da doença no Brasil. Vale ressaltar que o documento também evidencia que as principais medidas de controle do câncer de mama ocorreram a partir da década de 2000.

Contudo, cabe destacar que desde o *impeachment* da Presidente Dilma, em dezembro de 2016, com exceção da Lei Nº 13.522/2017 e do documento acima citado, não se realizou publicação de novos planos, legislações específicas ou outras normativas desta área. A ascensão de Michel Temer à Presidência da República após o Golpe jurídico- parlamentar que, levou ao impedimento de sua antecessora, culminou em ações que fragilizaram em muito a condução desta política. Ainda em sua posse, Temer foi criticado pela ausência da representatividade feminina em seu escalão de ministros. Em seguida, rebaixou o Ministério da Mulher ao *status* de Secretaria vinculada ao Ministério dos Direitos Humanos.

Cabe ressaltar a aprovação de medidas transversais que influíram diretamente no desenvolvimento da política de saúde da mulher, com destaque para a Emenda Constitucional nº 95/2016, que congelou os gastos públicos federais e investimento nas áreas da saúde e educação por 20 anos. Trata-se de um imenso retrocesso, impedindo, inclusive, a continuidade do que estava assegurado pela gestão anterior. O contexto foi e ainda é de dúvidas e incertezas com relação ao futuro da política pública de saúde, com reflexos importantes a condução da política de oncologia.

Esse quadro parece se aprofundar ainda mais no governo de Jair Bolsonaro, que assume a Presidência do país em janeiro de 2019, com uma base de apoio heterogênea, mas altamente caracterizada pelo conservadorismo moral e religioso e pela associação a grupos econômicos ultraliberais. Em seus primeiros seis meses de gestão, assiste-se a um processo de desmonte das políticas e direitos sociais duramente conquistados pela sociedade brasileira, em que a atenção à saúde da mulher não se encontra imune.

Na nova estrutura de governo, foi criado o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, tendo à frente uma das poucas representantes femininas na composição ministerial. De vinculação religiosa, a ministra tem defendido, entretanto, uma pauta



bastante conservadora em defesa da “tradicional família brasileira”, repudiando até mesmo o uso do termo gênero e reforçando a clara definição de papéis sexuais historicamente consolidados.

Essa retomada da moralização conservadora e incentivo a campanhas antifeministas se dá em um contexto marcado pelo aumento de casos de violência contra a mulher e pela adoção de um conjunto de proposições governamentais que tendem a aumentar as desproteções sociais e representar um abandono à própria sorte. Com a ausência da discussão crítica e ampliada sobre a temática, há uma espécie de campo arenoso, onde não há certezas, pairando dúvidas sobre a manutenção e o futuro das políticas outrora alcançadas.

Nesta análise percebeu-se a modificação no acesso às informações sobre prevenção e foco no controle do câncer 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.

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. Assim, constata-se o avanço na estruturação das legislações, além da implantação de programas e sistemas relacionados ao câncer de mama, que favorecem a detecção precoce.

Contudo, apesar da existência dos programas, dos sistemas e da política, a realidade observada ainda permanece em certo descompasso, perceptível pelo número de casos que evoluem a óbito e fragilizados pelo contexto atual da política, como exposto no decorrer deste trabalho. Com isso, observa-se que ainda não se tem estrutura capaz de subsidiar o número de atendimentos necessários no momento oportuno, corroborando alto índice de mortalidade.

III CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção à saúde da mulher se modificou nas últimas quatro décadas, mas, sobretudo na década de 2000, na qual ocorreram incorporações legais inéditas. Destaca-se a inclusão das requisições dos movimentos das mulheres, que buscavam a ampliação da saúde para além do cuidado materno-infantil, a fim de privilegiar o cuidado global da mulher em suas reais necessidades, discussão iniciada com a criação do PAISM, em 1983. Além disso, é importante salientar a construção do programa, política, planos e demais medidas que alinharam o cuidado em saúde da mulher, mesmo que de forma gradual, pois estas ações possibilitaram conquistas históricas imensuráveis.

No que tange o câncer de mama, faz-se necessário considerar que o adoecimento por esse diagnóstico 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 esse diagnóstico a partir de elementos que configuram o acesso ao tratamento oportuno e recuperação da doença.

Na atualidade, persiste como sendo o tipo de neoplasia mais causador de morte no mundo entre as mulheres e permanecem elevadas as estimativas de números de casos novos, e conseqüentemente esse crescimento reflete na maior demanda por tratamento. Logo, compreende-se que uma doença de alta complexidade requer articulação junto à rede de serviços.

Evidenciam-se os progressos em torno da abordagem da neoplasia de mama na agenda política, com maior ênfase a partir dos anos 2000. Com desenvolvimento e estruturação das legislações e implementação de política, programas e sistemas específicos, que tendem a favorecer a rastreamento da doença e a detecção precoce. Além disso, percebe-se modificação no acesso às informações sobre prevenção e foco no controle da doença de maneira positiva, sobretudo nas ações de vigilância.

Concluimos, apontando a necessidade da manutenção e continuidade das políticas sociais estatais, considerando as condições de vida das mulheres, na perspectiva do direito à saúde integral, assegurado na carta constitucional de 1988 e em leis posteriores abordadas no decorrer deste estudo.

IV REFERÊNCIAS

- BARRETO, E.M.T. Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro. 2005; 51(3): 267-75.
- BRASIL, Constituição Federal de 1988.
- _____. “Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática”- Ministério da Saúde. - Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1983.
- _____. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.
- _____. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.
- _____. Portaria Nº 170, 11 de abril de 1993.
- _____. Portaria Nº 3.535, de 2 de setembro de 1998.
- _____. “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.
- _____. “Plano Nacional de Políticas para as Mulheres”. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, Brasília, 2004.
- _____. Portaria Nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005.
- _____. Lei Nº 11.664, de 29 de abril de 2008.
- _____. “Plano Nacional de Políticas para as Mulheres”. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, Brasília, 2004.



- _____. Lei Nº 12.802, de 24 de abril de 2013.
- _____. Portaria Nº 874, de 16 de maio de 2013.
- _____. Portaria Nº 2.898, de 28 de novembro de 2013.
- _____. Portaria Nº 189, de 31 de janeiro de 2014.
- _____. Emenda Constitucional Nº 95, de 15 de dezembro de 2016.
- _____. Lei Nº 13.522, de 27 de novembro de 2017.
- 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 de abr. de 2019.
- CASTRO, J.A. “Política social e desenvolvimento no Brasil. Economia e Sociedade”, Campinas, v. 21, Número Especial, p. 1011-1042, dez. 2012.
- COSTA, A. M. “A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AO CÂNCER DE MAMA NOS MUNICÍPIOS: estudo de um sistema local de saúde.” Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade Federal Fluminense, Escola de Serviço Social, 2014.
- IAMAMOTO, M.V. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação. São Paulo: Cortez, 2011.
- Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo de Útero e Mama (2005-2007). Instituto Nacional do Câncer, Rio de Janeiro: INCA, 2005.
- _____. Sumário Executivo. Políticas e Ações para Prevenção do Câncer no Brasil. Alimentos, Nutrição e Atividade Física. Rio de Janeiro: INCA, 2009.
- _____. Recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil: balanço 2012. – Rio de Janeiro: Inca, 2012.
- _____. Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama. Rio de Janeiro, 2009.
- Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Estimativa 2018. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2017.
- _____. Viva Mulher 20 anos: história e memória do controle do câncer do colo do útero e de mama no Brasil: catálogo de documentos – Rio de Janeiro: INCA, 2018.
- _____. O controle do câncer de mama no Brasil: Trajetórias e controvérsias – Rio de Janeiro: INCA; Fiocruz, 2018.
- _____. A situação do câncer de mama no Brasil: síntese dos dados dos sistemas de informação – Rio de Janeiro: INCA, 2019.
- NUNES S.A. A medicina social e a questão feminina. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 1991; 1: 49-76.
- OLIVEIRA, T.N. “Proteção social dirigida às mulheres com câncer de mama: um estudo exploratório”. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2017.
- 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. 2015; 24(1): 115-22.

SITES:

- portalms.saude.gov.br/ - Acesso em 10 de janeiro de 2019. www.inca.gov.br/
- Acesso em 10 de janeiro de 2019. www.inca.gov.br/rbc/ - Acesso em 16 de mar. de 2019. www.scielo.org/php/index.php - Acesso em 24 de mar. de 2019. www.capes.gov.br/ - Acesso em 16 de abr. de 2019.
datasus.saude.gov.br/ - Acesso em 16 de abr. de 2019.
mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/ - acesso em 10 de jul. de 2019.