

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUA IMPORTÂNCIA PARA O ENFRENTAMENTO DO CÂNCER DE MAMA NO BRASIL

THE UNIQUE HEALTH SYSTEM AND ITS IMPORTANCE TO ADDRESSING BREAST CANCER IN BRAZIL

EL ÚNICO SISTEMA DE SALUD Y SU IMPORTANCIA PARA ABORDAR EL CÁNCER DE MAMA EN BRASIL

Mônica Oliveira Alves
Universidade Federal de Goiás
Instituto de Estudos Sócio Ambientais
monicaelit@gmail.com

Daniella Souza de Mendonça
Universidade Federal de Goiás
Instituto de Estudos Sócio Ambientais
daniellamendonca@discente.ufg.br

RESUMO

Diante da relevância epidemiológica do câncer de mama e a sua magnitude como problema de saúde pública no Brasil, se faz necessário evidenciar a necessidade de um sistema de saúde público que vise a garantia equitativa do acesso da população, principalmente daqueles mais carentes, aos serviços de saúde no Brasil. Nesse contexto, este trabalho tem como objetivo discutir a importância da regulamentação do Sistema Único de Saúde - SUS - para o controle do câncer de mama no Brasil. O estudo é de cunho conceitual e os procedimentos metodológicos consistiram em revisão bibliográfica e pesquisa documental acerca dos programas e leis que embasam o direito ao acesso à saúde no país. Percebe-se que, mesmo antes da regulamentação de um sistema de saúde unificado, fato que seu na década de 1980, já existiam programas para a detecção e tratamento do câncer de mama. Contudo, tais programas eram incipientes, e só vieram a se fortalecer com a criação do SUS, onde foram implantados programas e leis para o controle, rastreamento precoce e tratamento da doença no sistema público de saúde. Nesse sentido, deve enfatizar a importância da manutenção do SUS para a prevenção de doenças, principalmente as mais severas como o câncer, em especial o de mama, e a promoção da saúde no contexto nacional.

Palavras-chave: SUS; Promoção da saúde; Câncer de mama; Direito à saúde.

ABSTRACT

Given the epidemiological relevance of breast cancer and its magnitude as a public health problem in Brazil, it is necessary to highlight the need for a public health system that aims to guarantee equitable access for the population, especially the poorest, to health services. health in Brazil. In this context, this work aims to discuss the importance of the regulation of the Unified Health System - SUS - for the control of breast cancer in Brazil. The study is conceptual in nature and the methodological procedures consisted of a literature review and documentary research on the programs and laws that support the right to access to health care in the country. It is noticed that, even before the regulation of a unified health system, a fact that was theirs in the 1980s, there were already programs for the detection and treatment of breast cancer. However, such programs were incipient, and only came to be strengthened with the creation of the SUS, where programs and laws for the control, early screening and treatment of the disease were implemented in the public health system. In this sense, it should emphasize the importance of maintaining the SUS for the prevention of diseases, especially the most severe ones, such as cancer, especially breast cancer, and the promotion of health in the national context.

Keywords: SUS; Health promotion; Breast cancer; Right to health.

RESUMEN

Dada la relevancia epidemiológica del cáncer de mama y su magnitud como problema de salud pública en Brasil, es necesario resaltar la necesidad de un sistema de salud pública que tenga como objetivo garantizar el acceso equitativo de la población, especialmente la más pobre, a los servicios de salud. Brasil. En este contexto, este trabajo tiene como objetivo discutir la importancia de la regulación del Sistema Único de Salud - SUS - para el control del cáncer de mama en Brasil. El estudio es de naturaleza conceptual y los procedimientos metodológicos consistieron en una revisión de la literatura y una investigación documental sobre los programas y leyes que sustentan el derecho al acceso a la atención de salud en el país. Se advierte que, incluso antes de la regulación de un sistema de salud unificado, hecho que fue suyo en la década de 1980, ya existían programas para la detección y tratamiento del cáncer de mama. Sin embargo, estos programas eran incipientes y solo se fortalecieron con la creación del SUS, donde se implementaron programas y leyes para el control, detección precoz y tratamiento de la enfermedad en el sistema público de salud. En este sentido, se debe enfatizar la importancia de mantener el SUS para la prevención de enfermedades, especialmente las más graves, como el cáncer, especialmente el de mama, y la promoción de la salud en el contexto nacional.

Palabras clave: SUS; Promoción de la salud; Cáncer de mama; Derecho a la salud.

1. INTRODUÇÃO

É inquestionável que o câncer, em geral, e o de mama em particular, se apresenta como um grave problema de saúde pública no Brasil, o que reflete também nos estados e municípios, sendo necessária a intervenção dos órgãos de governo, de todas as esferas, no planejamento e organização do sistema de saúde, a fim de se promover o acesso de forma universal e equitativo, garantindo a saúde como um bem público e um direito individual e coletivo.

A década de 1970 é considerada um marco para a consolidação das políticas públicas de saúde no Brasil, fato que se refletiu também nas ações e programas para o controle do câncer de mama. A preocupação com a prevenção e controle do câncer no país iniciou por volta da década de 1930. Contudo, nas últimas décadas do século XX até os dias atuais, o sistema de saúde brasileiro passou por uma série de transformações, sendo a principal destas a criação do SUS, quando o Ministério da Saúde passou a coordenar toda a política de saúde.

Assim, o objetivo deste trabalho é discutir a importância da regulamentação do Sistema Único de Saúde - SUS - para o controle do câncer de mama no Brasil. O estudo é de cunho conceitual e teórico e os procedimentos metodológicos utilizados consistiram em revisão bibliográfica e pesquisa documental acerca dos programas e leis que embasam o direito ao acesso à saúde no país, especialmente contra o câncer de mama.

2. A SAÚDE E SUA PROMOÇÃO

As discussões propostas no âmbito deste trabalho dizem respeito a uma enfermidade, o câncer de mama, de forma que se julga relevante visitar o conceito de saúde e sua relação com o adoecimento. A noção de saúde sofreu variações ao longo da história, implicando em modificações também em seu conceito. Pode-se dizer também que essas modificações variaram dentro de cada sociedade no tempo, de acordo com sua situação econômica, social e cultural.

Na concepção de Hipócrates, a saúde era vista como um equilíbrio na relação entre o homem e

o ambiente. Ele considerava a influência dos lugares e das cidades na gênese das doenças, sendo estas o resultado do desequilíbrio da relação homem-meio. Essa noção hipocrática da saúde perdurou por muitos séculos, incorporando outras variáveis ligadas ao mundo exterior, como o estilo de vida e o ambiente de trabalho, caracterizadas como responsáveis pelo nível de saúde nas populações humanas. Com o desenvolvimento da Biomedicina, a noção de saúde sofreu um grande reducionismo, sendo considerada como “a ausência de doença”, e da qual foram retirados os determinantes ambientais e focado apenas o corpo humano, sendo o indivíduo o único responsável pela sua condição de saúde ou de doença (PETERS, 2013).

Um conceito universal de saúde só veio a existir com a Constituição da Organização Mundial da Saúde de 1946, que a definiu como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não como uma simples ausência de enfermidade e a reconheceu como um direito de todos e como um dever do Estado a sua promoção e proteção. No entanto, colocou o estado de saúde como uma condição plena, algo ideal, utópico, inatingível. Nota-se, a partir desse conceito, o retorno da noção hipocrática sobre saúde, ao denotar que a boa condição requer uma situação de equilíbrio entre o homem e o ambiente no qual se encontra (físico, mental e social), o que implica uma visão mais holística desse conceito (CARNEIRO, 2010; PETERS, 2013).

O estado de saúde não pode ser visto como algo estático que, uma vez atingido, permanecerá estável. Pois, segundo Peters (2013, p. 23) “[...] a compreensão de saúde tem um alto grau de subjetividade e determinação histórica, na medida em que indivíduos e sociedades consideram ter mais ou menos saúde dependendo do momento, do referencial e dos valores que atribuam a uma situação”. Dessa forma, o estado de saúde ou de doença não pode ser explicado considerando apenas os condicionantes biológicos e ecológicos, pois ambos são diretamente influenciados pela dimensão histórica das práticas e dos hábitos de vida das comunidades, em que pese a sua forma de organização social e individual. Segundo Fleury (1997, p. 26), a saúde:

é produzida dentro de sociedades que, além da produção, possuem formas de organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente. É antes resultante do conjunto da experiência social, individualizada em cada sentir e vivenciada num corpo que é também, não esqueçamos, biológico. Uma concepção de saúde não-reducionista deveria recuperar o significado do indivíduo em sua singularidade na relação com os outros e com o mundo.

Da mesma forma, o conceito de saúde não deve trazer a ideia de um estado estático, permanente, mas sim de algo dinâmico e abrangente, ou seja, um conceito de saúde que contemple a “[...] a construção permanente de cada indivíduo e da coletividade, que se expressa na luta pela ampliação do uso das potencialidades de cada pessoa e da sociedade, refletindo sua capacidade de defender a vida” (PETERS, 2013, p. 23).

Quando se trata dos conceitos que envolvem a temática relacionada ao processo saúde-doença, é necessário que estes estejam bem definidos, de forma que não haja confusão entre eles. Isto ocorre, por exemplo, com os termos prevenção e promoção, muitas vezes tidos como sinônimos quando utilizados nesse campo de análise. As ações preventivas são intervenções que objetivam evitar o aparecimento de determinadas doenças, diminuindo assim sua incidência e prevalência nas populações. Dessa forma, a prevenção em saúde traz a ideia de evitar, por meio de uma ação antecipada, a ocorrência de uma doença (CZERESNIA, 2009). Logo, a prevenção tem como objeto final evitar a doença através das ações de detecção dos fatores de risco e do controle e enfraquecimento dos mesmos (BUSS, 2009).

Já o termo promoção em saúde possui enfoque mais abrangente, uma vez que procura identificar os fatores determinantes do processo saúde-doença, a fim de enfrentá-los e de transformá-los, tornando-os favoráveis à saúde (BUSS, 2009). Nesse sentido, Czeresnia (2009) afirma que promover significa impulsionar, fomentar, gerar saúde e bem-estar, a partir de estratégias que favoreçam melhorias nas condições de vida e de trabalho de uma dada população. A promoção

sustenta a ideia de que saúde não é apenas a ausência de enfermidades. Assim, deve ficar claro que se previne a doença e se promove a saúde, pois:

Boa parte da confusão entre promoção e prevenção advém da grande ênfase em modificações de comportamento individual e do foco quase exclusivo na redução de fatores de riscos para determinadas doenças, vigentes em certos programas intitulados de promoção da saúde. Este foco sobre o indivíduo e seu comportamento tem sua origem na tradição da intervenção clínica e no paradigma biomédico. Nesse caso, o *locus* de responsabilidade e a unidade de análise são o indivíduo, que é visto como o responsável último (senão único) por seu estado de saúde (BUSS, 2009, p. 38).

Pode-se afirmar então, que as estratégias de promoção da saúde possuem caráter social, combinando escolhas individuais com a responsabilidade social pela saúde, pois considera o indivíduo em seu ambiente. Para que essas estratégias alcancem o resultado esperado, as mesmas devem ser construídas e realizadas de forma integral e intersetorial, considerando na sua formulação e implementação, a participação efetiva de todos os segmentos da sociedade, pois, como afirma Czeresnia (2009, p. 51-52):

A ideia de promoção envolve a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. Promoção, nesse sentido, vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle. Essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção de capacidade de escolha, bem como a utilização do conhecimento com o discernimento de atentar para as diferenças e singularidades dos acontecimentos.

Nas últimas décadas do século XX e início deste, vários acontecimentos internacionais, sob a responsabilidade da OMS, desempenharam um papel fundamental para a melhoria das condições de vida e de bem-estar das populações, destacando os que reforçam a promoção da saúde, os quais têm ganhado ênfase, especialmente em países da Europa Ocidental, Estados Unidos e Canadá. Entre os motivos considerados centrais para o fortalecimento das ações preventivas em saúde, está a necessidade de se controlar os gastos crescentes e desmedidos da assistência médica, haja vista que estes não têm apresentado resultados igualmente significativos (BUSS, 2009; CZERESNIA, 2009).

Dentre os acontecimentos supracitados, destacam-se as conferências mundiais da saúde, organizadas pela OMS em parceria com diversos países e governos. A Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primária, realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão, em 1978, é considerada um marco nas discussões internacionais sobre saúde das populações. Segundo a Declaração de Alma-Ata, para se conquistar o mais alto grau de saúde, é necessária a intervenção dos setores sociais e econômicos junto ao setor, sendo defendida a participação individual e coletiva no seu planejamento e na sua execução com um direito e um dever da população em geral (BRASIL, 2002). O documento ressaltou a relevância da dimensão setorial para o cuidado com o bem-estar social, unindo a participação da comunidade em geral às ações dos responsáveis pela atenção convencional dos serviços de assistência.

Todavia, as bases conceituais e políticas contemporâneas da promoção da saúde só foram, realmente, estabelecidas a partir da realização de três importantes conferências internacionais entre os anos de 1986 e de 1991. A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde foi realizada em novembro de 1986, em Ottawa, no Canadá, tornando-se uma referência para o desenvolvimento de ideias sobre promoção da saúde em todo o mundo, por ser considerada como:

[...] uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento que vem ocorrendo em todo o mundo. As discussões focalizaram principalmente as necessidades em saúde nos países industrializados, embora tenham levado em conta necessidades semelhantes

de outras regiões do globo. As discussões foram baseadas nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde, com o documento da OMS sobre Saúde Para Todos e o debate ocorrido na Assembleia Mundial da Saúde sobre as ações intersetoriais necessárias para o setor (BRASIL, 2002, p. 19).

No âmbito da Carta de Ottawa, a “Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002, p. 19). Os termos paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade são utilizados como pré-requisitos para a saúde. O documento ainda propõe cinco campos centrais de ação para a atuação das ações de promoção, a saber: a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; e reorientação do sistema de saúde (BRASIL, 2002; BUSS, 2009). Assim, a referida carta abarca a ideia de que:

Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 2002, p. 19-20).

A Carta de Ottawa preconiza a equidade em saúde, objetivando diminuir as diferenças no estado de saúde das populações a partir da criação de ambientes favoráveis, do maior acesso à informação, das experiências e habilidades adquiridas, além das oportunidades que permitam escolhas por uma vida mais saudável (BRASIL, 2002, p. 20), pois:

A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam. [...] pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros (BRASIL, 2002, p. 52).

Outras conferências sucederam à ocorrida em Ottawa, mas esta foi reconhecida como a principal referência para a promoção da saúde em todo o mundo. Como exemplo, pode-se citar a Segunda Conferência Internacional sobre o tema, que aconteceu em Adelaide na Austrália, em abril de 1988, que reafirmou as cinco linhas de ação preconizadas pela Carta de Ottawa, destacando que a linha das políticas públicas saudáveis devesse servir de base para que as outras quatro se tornassem possíveis (BRASIL, 2002). A Declaração de Adelaide também recomendou o apoio à saúde da mulher, as boas práticas de alimentação e nutrição, o combate ao tabagismo e ao alcoolismo, e a criação de ambientes favoráveis, como as áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis. O documento enfatizou ainda que a igualdade de acesso aos serviços era de relevância vital para a equidade em saúde, principalmente em relação aos cuidados primários, renovando-se o apelo aos políticos, ONG's, grupos de defesa da saúde, instituições educacionais, mídia e comunidade, entre outros, para a formação de novas alianças em saúde (BRASIL, 2002; BUSS, 2009).

Outra importante conferência sobre o tema foi realizada em Sundsväl, na Suécia, em 1991. A Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde teve como produto a Declaração de Sundsväl que reafirmou a interdependência entre saúde e ambiente em todos os aspectos, fossem eles físicos, sociais, econômicos e políticos, chamando a atenção para a necessidade de ações urgentes para se atingir uma maior justiça social em saúde (BRASIL, 2002; BUSS, 2009). A Declaração de

Sundsväl apresentou várias dimensões de atuação para a conquista de um ambiente favorável e promotor de saúde, dentre as quais:

- a dimensão social abarcando as maneiras pelas quais normas, costumes e processos sociais afetam a saúde;
- a dimensão política objetivando a garantia da participação democrática nos processos de decisão e a descentralização dos recursos e das responsabilidades por parte dos governos;
- a dimensão econômica visando o reescalonamento dos recursos para a saúde e o desenvolvimento sustentável.

A Conferência de Sundsväl identificou quatro estratégias fundamentais para a ação em saúde pública, com vistas a promover a criação de ambientes favoráveis no nível da comunidade, entre as quais a necessidade de “Capacitar comunidade e indivíduo a ganhar maior controle sobre sua saúde e ambiente, através da educação e maior participação nos processos de tomada de decisão” (BRASIL, 2002, p. 43). A partir daí, outras conferências sobre promoção da saúde ocorreram, tanto no nível internacional como nacional, agregando mais especificidades ao tema central, e contribuindo de forma salutar para ampliar as ações em prol de melhorias nas condições de vida e de saúde da população global.

3. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Existe uma multiplicidade de definições acerca do tema políticas públicas, variando desde um conceito mais sucinto, como aquilo que os governantes decidem ou não fazer, aos mais complexos, sendo definido como um conjunto de decisões tomadas por atores políticos ou grupos de atores para se alcançar alguma situação ou mesmo um objetivo comum, de interesse do grupo, podendo ser um problema público, social ou não (VIANA; BAPTISTA, 2012).

O conceito de política de saúde mais disseminado e internacionalmente adotado foi estabelecido pela OMS e ressalta o “[...] seu caráter de estratégia oficial organizada em ações setoriais a serem desempenhadas de acordo com normas legalmente construídas, tendo por objetivo maior a qualidade de vida da população” (FLEURY; OVERNEY, 2012, p. 38). Viana e Batista (2012) mencionaram outro conceito abrangente de política pública presente no *Dicionário de Política* organizado por Bobbio, Matteuci e Pasquino (1995), no qual:

[...] a política pública é definida como um conjunto de disposições, medidas, procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público, atuando e influenciando sobre as realidades econômica, social e ambiental; podem variar de acordo com grau de diversificação da economia, com a natureza do regime social, com a visão que os governantes têm do papel do estado no conjunto da sociedade, e com o nível de atuação dos diferentes grupos sociais (partidos, sindicatos, associações de classe e outras formas de organização da sociedade) (VIANA; BAPTISTA, 2012, p. 60).

Lucchese (2004, p. 3) afirmou que as políticas públicas também podem ser definidas como “[...] todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos”. Souza (2006, p. 26) resume políticas públicas como “[...] o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente)”.

Tais concepções de política pública evidenciam o papel do Estado em função da sociedade como um reflexo de um interesse maior, daquilo que a própria sociedade almeja. Assim, “[...] falar de política pública é falar de Estado, de pacto social, de interesse e de poder. A política pública é o

Estado em ação, o processo de construção de uma ação governamental para um setor, o que envolve recursos, atores, arenas, ideias e negociação” (VIANA; BAPTISTA, 2012, p. 60).

A elaboração de uma política pública é uma ação governamental que deve considerar e incorporar, em seus objetivos, as necessidades e demandas da sociedade como um todo, o que reflete o aspecto moral e democrático de uma tomada de decisão por parte dos agentes governamentais. A esse respeito, Souza (2006, p. 26) afirmou que “a formulação de políticas públicas se constitui no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real”. Tal fato reflete os princípios ideológicos que embasam as ações dos atores políticos e suas tramas no processo de construção de uma política pública, onde a maior ou menor atenção às demandas sociais estarão à mercê do jogo de interesses dos indivíduos e/ou grupos responsáveis por esse processo. Assim, “[...] são as características que regem o Estado que permitirão maior ou menor abertura ou influência de indivíduos e grupos no processo decisório, determinando processos políticos mais ou menos democráticos” (VIANA; BAPTISTA, 2012, p. 61). Pode-se afirmar então que:

As políticas públicas se materializam através da ação concreta de sujeitos sociais e de atividades institucionais que as realizam em cada contexto e condicionam seus resultados. Por isso, o acompanhamento dos processos pelos quais elas são implementadas e a avaliação de seu impacto sobre a situação existente deve ser permanente (LUCCHESI, 2004, p. 3).

A análise das políticas públicas coloca em evidência o próprio Estado, pois questiona a própria ação pública, com seus determinantes, suas finalidades, processos e consequências, tendo como objetivo principal analisar os métodos de tomada de decisão que permeiam a elaboração de uma ou mais políticas dessa natureza. Viana e Baptista (2012, p. 61) afirmam que “tal análise implica: descrição das regras institucionais e sua influência sobre o processo decisório; identificação dos participantes do debate político e das coalizões que se podem formar; avaliação dos possíveis efeitos das distintas coalizões sobre as decisões”.

Ao elaborar as políticas públicas, os governos, em qualquer escala de atuação, devem atender os interesses da sociedade, na tentativa de maximizar o bem-estar social. Tarefa difícil de ser alcançada, uma vez que as sociedades, principalmente, as contemporâneas, são formadas por grupos heterogêneos, com interesses diversos, ficando a cargo dos formuladores de tais políticas perceberem, apreenderem e selecionarem as diversas demandas sociais (LOPES et al., 2007). Analisadas por este ângulo, as políticas públicas podem ser definidas como:

[...] o resultado da competição entre os diversos grupos ou segmentos da sociedade que buscam defender (ou garantir) seus interesses. Tais interesses podem ser específicos – como a construção de uma estrada ou um sistema de captação das águas da chuva em determinada região – ou gerais – como demandas por segurança pública e melhores condições de saúde (LOPES et al., 2008, p. 7).

As políticas públicas de saúde, por seu tempo, devem ser consideradas como componentes de um grupo de ações permanentes ou temporárias associadas à reprodução, à transformação e ao desenvolvimento dos sistemas de proteção social, denominadas por Fleury e Ouverney (2012) como políticas sociais. De acordo com os autores, ao se considerar uma política social como uma política de saúde, “[...] uma das consequências imediatas é assumir que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania, pois a plena participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir de sua inserção como cidadãos” (FLEURY; OVERNEY, 2012, p. 25). As políticas públicas de saúde distinguem-se das demais políticas sociais no sentido de orientar as ações dos governos para a proteção, recuperação e promoção da saúde individual e coletiva dos grupos humanos, pois “[...] integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho” (LUCCHESI, 2004, p. 3).

A elaboração de uma política de saúde envolve o Estado, a sociedade e o mercado, ao considerar aspectos políticos, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos, culturais, não sendo possível a participação isolada de nenhum aspecto. Assim, a política de saúde torna-se uma atividade de proteção social ao estabelecer conexões com diversas formas de relação social como atores políticos de governo e de empresas, indivíduos e seus grupos sociais, provedores de bens e serviços em saúde e consumidores, sendo necessária a elaboração de planos, estratégias, instrumentos mediados por instituições e significados culturais (FLEURY; OVERNEY, 2012).

Na atualidade, a compreensão das políticas públicas de saúde, no Brasil, segue os moldes adquiridos desde a sua fundação, estando a assistência à saúde vinculada à política econômica reconhecida como um direito alcançado pelas classes assalariadas. Sarreta (2009) assevera que a análise dessas políticas ainda segue uma perspectiva atrelada à compreensão da concepção de saúde construída pela sociedade brasileira, marcada historicamente pelo modelo curativo que se baseia na assistência médica e nas especialidades, tendo como modelo padrão a relação entre doente, o médico e o hospital. De acordo com a autora:

[...] as transformações produzidas pelo conhecimento humano, científico e tecnológico, saberes populares, experiências práticas exitosas, construídos acerca da importância dos cuidados primários de saúde, da prevenção e promoção da saúde, entretanto, não foram suficientes para ruptura desse modelo biologicista e de mercado (SARRETA, 2009, 132-133).

Fleury e Ouverney (2012) afirmaram que a definição dos objetivos e dos valores por trás da elaboração de uma política são de fundamental relevância. Essa forma de se apresentar uma política denota maior visibilidade às ações dos chefes de governo, permitindo que divulguem suas realizações, de forma a atender melhor os anseios da população e, ainda, permite que se tenha uma visão holística dessa política, possibilitando uma avaliação mais profícua de seus efeitos e rumos. A vantagem primordial dessa prática consiste em voltar a atenção “[...] para o conteúdo valorativo da política de saúde, considerando-as, mais que simples medidas técnicas de equacionamento de problemas sociais, mas baseadas em um conjunto de valores que orientam as definições e estratégias” (FLEURY; OVERNEY, 2012, p. 39).

4. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Os estudos voltados para a análise de políticas públicas no Brasil constituem um fato recente, sendo considerados uma área em consolidação e com uma fraca acumulação de conhecimento, mas já associados ao movimento crítico à consolidação de políticas públicas no país, iniciado na década de 1970, quando apenas uma parcela da população brasileira, com emprego formal e vínculo trabalhista, tinha acesso à assistência. A partir desse marco e, com a crise da legitimidade do Estado autoritário, os movimentos sociais ganharam força e conseguiram espaço para divulgarem propostas de reformas políticas como a Reforma Sanitária. Não se pode esquecer de que o modelo de proteção social vigente no país até aquela década era altamente excludente e desigual, e era na saúde onde mais se observava a situação de injustiça social, como defendido por Viana e Batista (2012). Foi a partir da década de 1970 que ocorreram várias alterações na direção da política de proteção social, “[...] desde a incorporação de outros grupos populacionais (rurais, autônomos e domésticas), como beneficiários da previdência social, até a definição de políticas específicas para o desenvolvimento de uma política social mais abrangente [...]” (VIANA; BAPTISTA, 2012, p. 79). Estas autoras apontaram as principais políticas sociais instituídas a partir de 1970, as quais foram listadas no quadro 01.

Quadro 1 - Principais políticas sociais no âmbito da saúde, instituídas a partir de 1970, no Brasil

POLÍTICA SOCIAL	DESCRIÇÃO
Plano de Pronto Ação (PPA)	Instituído, em 1974, como medida para viabilizar a expansão da cobertura em saúde, influenciou o desenho do projeto de universalização da saúde
Sistema Nacional de Saúde (SNS)	Formado, em 1975, e considerado como o primeiro modelo político de saúde de âmbito nacional, responsável por desenvolver, de forma inédita, um conjunto integrado de ações nos três níveis de governo
Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass)	Promovido, em 1976, para estender os serviços de atenção básica à saúde para a população do Nordeste do país, configurando-se como a primeira medida de universalização do acesso à saúde
Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas)	Constituído em 1977 com mecanismos de articulação entre saúde, previdência e assistência no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) levou à criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) que se tornou o órgão coordenador de todas as ações de saúde no nível médico-assistencial da previdência social

Fonte: VIANA; BAPTISTA, 2012. Org.: ALVES, 2021.

Vários outros acontecimentos e ações serviram de base para que se chegasse ao modelo de assistência integral à saúde vigente no país, a começar pela realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986. Nesta conferência houve intensa participação social, sendo ampliada a concepção de saúde como princípio e direito universais e como dever do Estado a sua garantia. Em 1987, foram criados os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), que tinham importantes diretrizes como a universalização e a equidade no acesso aos serviços de saúde, a integralidade dos cuidados assistenciais, a descentralização das ações de saúde e a implementação de distritos sanitários. A partir dessas diretrizes, o Governo Federal se comprometeu a repassar recursos para os estados e municípios ampliarem suas redes de serviços, destacando a importância das secretarias estaduais de saúde nesse movimento de descentralização e municipalização da saúde, antecedentes imediatos à criação do Sistema Único de Saúde (ESCOREL, 2012).

Contudo, foi somente a partir da Constituição Federal da Brasil (CF/88), instituída em 1988, que uma política de proteção social de caráter universal e não excludente foi prevista legalmente, favorecendo a atuação de políticas sociais em todo o país (VIANA; BAPTISTA, 2012), de forma que as políticas públicas de saúde no âmbito da CF/88 foram orientadas pelos princípios da universalidade e da equidade no acesso às ações e serviços em saúde, e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade na organização de um sistema único de saúde no país (LUCCHESI, 2004). A mesma autora afirmou que:

[...] a concepção ampliada da saúde adotada na Constituição e o entendimento de que a garantia desse direito exige do Estado políticas econômicas e sociais orientadas à redução de riscos de doenças e outros agravos, não apenas ampliam o espectro das políticas públicas relacionadas à saúde como exigem dos formuladores das políticas de saúde a interlocução com outros setores (LUCCHESI, 2004, p. 11).

A CF/88 adotou um modelo de seguridade social que assegurou os direitos relativos à previdência, à saúde e à assistência social, determinando a saúde como um direito social. Em seu artigo 6º, foram previstos como “direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados” (BRASIL, 2012, p. 18). O artigo 196 da CF/88 determinou a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, a ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visassem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Já em seu artigo 198, a CF/88 enfatizou que as

ações e serviços públicos de saúde deveriam ser integradas por uma rede regionalizada e hierarquizada de um sistema único baseado na descentralização, na integralidade e na participação da comunidade nas questões (BRASIL, 1988).

Em 1990, começou a ser implantado o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, em conformidade com as diretrizes proclamadas no âmbito da CF/88, a partir da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 (complementada pela Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990), que dispôs sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. A referida lei regulou as ações e serviços de saúde em todo o território nacional, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (BRASIL, 1990). Tanto que no §1º do seu artigo 2º, a Lei 8.080/1990 determinou que o Estado garantisse a saúde a partir da formulação e execução de políticas econômicas e sociais voltadas à redução de riscos de doenças e de outros agravos, além do estabelecimento de condições que assegurassem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990). Noronha et al. (2012, p. 365) afirmam que o SUS está:

[...] orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura político-institucional, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento do processo decisório e da gestão do sistema de saúde.

No o Art. 5º da Lei 8.080/1990 foram definidos como objetivos do SUS: I – Identificar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, assim como divulgá-los; II - Formular política de saúde destinada a promover, nos campos econômicos e sociais, acesso universal e igualitário às ações e serviços em saúde; e III - Assistir às pessoas através de ações assistenciais integradas e das atividades de prevenção, de promoção, proteção e recuperação da saúde. E, ainda, determinou como princípios e diretrizes do SUS: a garantia de acesso universal aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a assistência integral em todos os níveis de complexidade do sistema; a assistência igual à saúde, livre de quaisquer preconceitos ou privilégios; o acesso à informação sobre saúde como direito das pessoas assistidas; a participação comunitária; e a descentralização político-administrativa dos serviços e regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

O SUS, com todas as suas atribuições, foi, então, definido como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”, entre os quais os órgãos de controle de qualidade, de pesquisa e de produção de insumos, de medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde, além da própria iniciativa privada em caráter complementar. Percebe-se, assim, que o SUS não foi composto apenas por serviços públicos, mas, também, por serviços da iniciativa privada, como hospitais, serviços de diagnose e terapia, que passaram a ser remunerados por recursos tributários destinados à saúde. Dessa forma, Noronha et al. (2012, p. 367) concluíram que “o financiamento, oriundo de diversas fontes de receita arrecadadas pela União, estados e municípios permitiu que o acesso a ações e serviços do SUS não fosse condicionado à capacidade de pagamento prévio das pessoas”.

A partir daí, outras políticas de saúde foram elaboradas, a fim de complementar e operacionalizar os princípios e diretrizes estabelecidos. Todavia, apesar dos avanços observados, não se pode negar que a implementação e funcionamento do SUS ainda encontram vários entraves como o subfinanciamento; as insuficiências da gestão local; a baixa resolutividade da rede básica de serviços; a deficiência na formação dos profissionais da saúde; e a deficiência na gestão dos sistemas locais e regionais da saúde, entre outros. Contudo, o SUS é uma política de saúde recente e sua consolidação envolve uma série de desafios e exige mudanças estruturais profundas e estratégicas em longo prazo. “Tal inflexão requer políticas estatais abrangentes e responsáveis e um sólido apoio ao sistema

público, tendo por base o fortalecimento dos laços de solidariedade social no Brasil” (NORONHA et al., 2012, p. 391).

Nesse contexto, foi afirmada a saúde como um direito universal, fundamental para o exercício da cidadania e imprescindível para a garantia do direito primordial à própria vida. Peters (2012, p. 27) afirmou que “a saúde é um direito humano e sua garantia, juntamente com a de outros direitos da mesma natureza, vincula-se à própria dignidade da pessoa humana, sendo universais e indivisíveis, acionáveis e exigíveis”. De acordo com o mesmo autor, o direito à saúde abarca a garantia de vários outros tais quais o direito ao saneamento, à moradia, à educação, ao bem-estar social, a seguridade social, à assistência social, ao acesso aos serviços médicos, à saúde física e psíquica. Direitos que só serão efetivados a partir da garantia do acesso equitativo e universal aos serviços de saúde e da redução das doenças e de agravos, a partir da prevenção e da promoção da saúde.

5. CONTEXTO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA O CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA NO BRASIL

Como já discutido anteriormente, a década de 1970 foi um marco para a consolidação das políticas públicas de saúde no Brasil, fato refletido nas ações e nos programas para o controle do câncer de mama no país, sendo iniciada a prevenção e o controle do câncer no país na década de 1930.

O primeiro equipamento desenhado especificamente para produzir imagens radiológicas das mamas, o mamógrafo, foi criado em 1965 pela indústria radiológica francesa. Até então, os exames da mama eram realizados através de aparelhos comuns de raios-X. Embora tenham encontrado resistência por parte de alguns médicos, que questionavam a intensa exposição à radiação durante o exame, os mamógrafos foram amplamente difundidos durante a década de 1970, devido à sua capacidade de detectar tumores menores, proporcionando aumento das chances de sobrevivência das pacientes. Foi nesta data que os primeiros mamógrafos chegaram também ao Brasil, precisamente em São Paulo e no Rio de Janeiro, num momento de ampliação da cobertura da saúde pública pelo Estado, para atender aos usuários da saúde previdenciária (PORTO et al., 2013).

Na década de 1980, num contexto de redemocratização do país, foram instituídos alguns programas com vistas a um cuidado mais amplo da saúde da população feminina brasileira. No ano de 1984, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que foi consolidado a partir de 1985, quando o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Conselho Nacional de Direitos da Mulher (CNDM) passaram a desenvolver ações em nível nacional para a prevenção e controle do câncer do colo do útero. Neste mesmo ano, foi constituído um grupo de trabalho com o objetivo de elaborar uma nova estratégia de abordagem para o câncer no Brasil, com o apoio da Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC) da Divisão Nacional de Doenças Crônicas e Degenerativas (DNDCD). Apesar de alguns avanços, as técnicas preconizadas para o controle do câncer de mama se restringiam ao exame clínico das mamas (ECM) e ao autoexame das mamas (AEM) (PORTO et al., 2013).

A partir da implementação do SUS, o INCA passou a ser o órgão responsável pela formulação das políticas de saúde para o controle do câncer no Brasil. Em 1986 foi criado o Programa de Oncologia do Instituto Nacional de Câncer (Pro-Onco), do Ministério da Saúde, em substituição à extinta CNCC, haja vista a necessidade de se criar estratégias específicas para o controle do câncer no país. Em 1990, o programa se tornou Coordenação de Programas de Controle de Câncer, com linhas de trabalho baseadas na informação e a educação sobre os cânceres mais incidentes, como o câncer de mama (FURQUIM, 2014). Assim, “As ações relativas ao câncer de mama se mantinham limitadas à veiculação de materiais de educação em saúde (cartazes e folders, campanhas na TV e no cinema) para incentivo ao autoexame” (PORTO et al., 2013, p. 333).

Em 1997, foi implantado o Programa Viva Mulher, considerado como o primeiro delineamento de atuação pública, em âmbito nacional, para o controle dos cânceres femininos. Em sua fase inicial, o

programa apresentou ações voltadas, exclusivamente, para o controle do câncer do colo do útero. Posteriormente, no ano de 1998, foram iniciadas ações para elaboração de diretrizes e estruturação da rede assistencial para a detecção precoce do câncer de mama, a partir da realização da oficina de trabalho “Câncer de mama - perspectivas de controle”, proposta pelo Ministério da Saúde, e contando com a participação de vários segmentos da sociedade civil e de sociedades científicas da área (FURQUIM, 2014; MARQUES et al., 2015; PORTO et al., 2013). Essa oficina foi de grande importância “[...] por registrar a percepção da desigualdade no acesso à tecnologia e ao diagnóstico precoce, e por marcar o início de uma discussão organizada sobre a necessidade de ações contínuas que consolidassem um programa de controle” (PORTO et al., 2014, p. 333).

Para o controle do câncer de mama, os profissionais envolvidos com o Programa Viva Mulher incorporaram o projeto “Módulo de Controle do Câncer de Mama”, em 1999, que deveria ser executado em duas etapas:

Na primeira, no período de 2000 a 2001, seria dedicado ao diagnóstico dos tumores clinicamente detectáveis (tumores evidentes e visíveis), por meio do AEM e do ECM. Basicamente, as ações propostas consistiam em estimular as mulheres a palpar suas mamas e em sensibilizar os médicos a detectar nódulos suspeitos por meio do exame clínico. A segunda etapa, a ocorrer no período entre 2002 e 2003, seria dedicada ao diagnóstico dos tumores não detectáveis clinicamente (tumores muito pequenos, não perceptíveis mesmo pela palpação do médico), por meio da mamografia. A ação proposta – de modo talvez pretensioso – seria simplesmente a organização da rede de serviços de saúde, criando a possibilidade de acesso para as mulheres acima de 50 anos ao exame mamográfico (PORTO et al., 2014).

Contudo, o controle do câncer de mama só foi implantado formalmente no ano de 2003, a partir de um trabalho conjunto entre o INCA e a Área Técnica da Saúde da Mulher, com o apoio da Sociedade Brasileira de Mastologia e do Ministério da Saúde. Frente à grave situação atual do câncer de mama no país e às limitações práticas para a implementação de medidas efetivas para a prevenção desse câncer junto à população, compreendeu-se a necessidade de definir as estratégias mais eficazes para o seu controle. Para tal, foi realizada uma oficina de trabalho para discussão e aprovação das recomendações referentes ao controle do câncer de mama, onde participaram técnicos de diferentes áreas do Ministério, gestores, pesquisadores da área de controle de câncer e representantes de Sociedades Científicas afins e de entidades de defesa dos direitos da mulher. As atividades culminaram na elaboração de um Documento de Consenso, publicado em 2004 que propôs as diretrizes técnicas para o controle do câncer de mama no Brasil a partir da prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos e promoção da saúde, e aponta possíveis estratégias que devem ser utilizadas para a sua implementação no SUS (BRASIL, 2004; FURQUIM, 2014; MARQUES et al., 2015; PORTO et al., 2014).

No âmbito da prevenção, o Documento de Consenso recomendou ações visando à promoção da saúde e à prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis, incluídos todos os tipos de cânceres, propondo o controle de alguns fatores de risco, especialmente da obesidade e do tabagismo. Mesmo que alguns fatores ambientais ou comportamentais tenham sido associados a um maior risco de desenvolver o câncer de mama, os estudos epidemiológicos não justificaram a recomendação de estratégias específicas de prevenção (BRASIL, 2004). O quadro 02 apresenta as recomendações do Consenso para a detecção precoce do câncer de mama.

Quadro 2 - Recomendações para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil.

FAIXA ETÁRIA	RECOMENDAÇÕES
Mulheres a partir de 40 anos de idade	Rastreamento anual através do exame clínico da mama, devendo também ser realizado em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária, como parte do atendimento integral à saúde da mulher;
Mulheres com idade entre 50 a 69 anos	Rastreamento mamográfico, com intervalo de no máximo, dois anos entre os exames
Mulheres com risco elevado para desenvolver câncer de mama	Recomenda-se o exame clínico da mama e mamografia anual a partir dos 35 anos
Todas as mulheres com alterações nos exames realizados	Prevê-se a garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento neste.

Fonte: BRASIL, 2004. Org.: ALVES, 2020.

O Consenso definiu, ainda, como grupo populacional de risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama as mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade; as mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária; as mulheres com história familiar de câncer de mama masculino; e as mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ (BRASIL, 2004, p. 7). O Consenso ainda propôs várias recomendações ao SUS em relação ao controle do câncer de mama, entre as quais: estimular o exame físico da mama realizado por profissional de saúde através de ações educativas divulgadas nos meios de comunicação; desenvolver ações estratégicas para o ensinamento da palpação das mamas pela própria mulher, como um cuidado com o próprio corpo. Ressalta-se que este auto-exame não substitui o exame físico realizado por profissional de saúde capacitado para esta atividade; implantar o sistema de rastreamento mamográfico no país, a fim de garantir o diagnóstico precoce, tratamento oportuno e seguimento das mulheres com alterações mamárias; estruturar a rede de saúde com a implantação de normas técnico-operacionais para e definir fluxos assistenciais para subsidiar os gestores municipais e estaduais.

Em 2005, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), sob a Portaria (PT) nº 2.439/2005, contemplando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, destacando o controle dos cânceres de colo do útero e de mama como componente fundamental dos planos estaduais e municipais de saúde (FURQUIM, 2014). Também neste ano, segundo Furquim (2014), foi elaborado o Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo do Útero e de Mama 2005-2007, que trouxe em suas propostas seis diretrizes estratégicas: aumento de cobertura da população-alvo, garantia da qualidade, fortalecimento do sistema de informação, desenvolvimento de capacitações, estratégia de mobilização social e desenvolvimento de pesquisas.

Em 2006, foi reafirmada a relevância da detecção precoce do câncer de mama, que passou a ser considerada uma das prioridades nacionais no conjunto de ações de controle propostas pelo Pacto pela Saúde, constituído por três dimensões: pela vida, em defesa do SUS e de gestão. O câncer de mama está entre os seis problemas de saúde com enfoque na dimensão do Pacto pela Vida, e teve como uma das propostas de controle a ampliação para 60% da cobertura de mamografia, conforme diretriz de cuidado (PORTO et al., 2014; MARQUES, 2015).

Em 2008, o Ministério da Saúde e a Secretaria de Atenção à Saúde, considerando as diretrizes, recomendações e portarias lançadas anteriormente, bem como a necessidade de melhoria da qualidade das informações que possibilitassem aos gestores o monitoramento e avaliação do Programa Nacional

de Controle do Câncer de Mama, definiu, através da PT nº 779, o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (SISMAMA) como o sistema de informação oficial do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008). Ao SISMAMA foi atribuída a função de fornecer dados informatizados dos procedimentos relacionados ao rastreamento e à confirmação diagnóstica do câncer de mama, sendo capaz ainda de gerenciar as ações de rastreamento de câncer de mama; permitir a gestão dos casos positivos, com o acompanhamento das mulheres com exames alterados; analisar a distribuição das lesões encontradas nas mamografias na população, evidenciando a necessidades de ações locais; de contribuir com a otimização dos recursos, a partir do planejamento da oferta de serviços; e de contribui com a avaliação dos procedimentos de diagnóstico inicial e rastreamento;

Implantado em 2009, o SISMAMA favoreceu o aumento da oferta de mamografias pelo Ministério da Saúde e possibilitou estudos sobre rastreamento, detecção precoce e redução da mortalidade por câncer de mama no país. Nesse mesmo ano, o INCA realizou o Encontro Internacional sobre Rastreamento do Câncer de Mama, no Rio de Janeiro, tendo como objetivo conhecer a experiência de programas bem-sucedidos em países da Europa, Canadá e Chile. O encontro reuniu representantes do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais de saúde, do movimento organizado de mulheres e de instituições ligadas ao controle do câncer (BRASIL, 2008; FURQUIM, 2014; MARQUES, 2015; PORTO, 2014).

No ano de 2011, o Governo Federal lançou o Plano Nacional de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, com um eixo específico para o Plano de Fortalecimento do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama, tendo como objetivo principal diminuir a mortalidade pela doença a partir da redução do tempo entre o diagnóstico e o tratamento. No Plano, foram determinados investimentos técnico-financeiros para ações de controle da doença nos estados e municípios. Quanto à detecção precoce, o Plano prevê a garantia de confirmação diagnóstica das lesões palpáveis e das identificadas no rastreamento; a implantação da gestão da qualidade da mamografia; a ampliação da oferta de mamografia de rastreamento; a comunicação e a mobilização social; e o fortalecimento da gestão do programa (FREIRE, 2013; FURQUIM, 2014; MARQUES, 2015; PORTO, 2014).

Em 2012, o Governo Federal sancionou a Lei nº 12.732, que dispôs sobre a urgência do tratamento de pacientes com neoplasia maligna comprovada, estabelecendo um prazo para seu início. Em seu artigo 1º, a referida Lei conferiu ao paciente com neoplasia maligna o direito de receber, gratuitamente, no âmbito do SUS, todos os tratamentos necessários. Em seu artigo 2º foi conferido o direito de se submeter ao primeiro tratamento no SUS, no prazo de até 60 (sessenta) dias, contados a partir do diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, dependendo da necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único. Já no artigo 4º, foi recomendado que os Estados com grandes espaços territoriais e sem serviços especializados em oncologia produzissem planos regionais de instalação desses serviços para superar a deficiência (BRASIL, 2012). Apesar de não ser uma lei específica para o controle do câncer de mama, esse instrumento legal representou um grande avanço na tentativa de sobrevivência dos usuários do sistema de saúde com câncer de mama.

Diante da importância epidemiológica do câncer e da sua magnitude como problema de saúde pública, foi instituída no Brasil a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, pelo Ministério da Saúde, através da Portaria Nº 874, de 16 de maio de 2013, a qual revogou a PT 2.439/2005 que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica. Com o objetivo de reduzir a mortalidade e a incapacidade causadas pelo câncer e a diminuição da incidência de alguns tipos da doença, a política propôs melhorar a qualidade de vida dos usuários com câncer por meio de ações de prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (BRASIL, 2013).

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer foi organizada de forma a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde da população mediante a articulação dos diversos pontos de atenção à saúde, estruturados por sistemas de apoio, logísticos, e de regulação e de governança da rede de atenção à saúde, sendo constituída por princípios e diretrizes voltados para a

promoção da saúde, a prevenção do câncer, a sua vigilância, monitoramento e avaliação, e o seu cuidado integral, além de ações de ciência e tecnologia, de educação e de comunicação em saúde (BRASIL, 2013). No âmbito da promoção da saúde, a PNPCC, também, objetivou identificar e intervir sobre os determinantes e condicionantes dos diversos tipos de câncer e desenvolver ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil para promoção da saúde e a qualidade de vida (BRASIL, 2013), a partir de várias diretrizes das quais algumas foram destacadas a seguir:

- Fortalecer as ações no âmbito das políticas públicas, com o objetivo de desenvolver ao máximo a saúde potencial de cada cidadão, a partir da criação de ambientes favoráveis à saúde e ao desenvolvimento de habilidades individuais e sociais para o autocuidado;
- Promover a prática de hábitos alimentares saudáveis, através de ações educativas e intervenções ambientais e organizacionais, como o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, aumento do consumo de frutas, legumes e verduras;
- Desenvolver práticas de promoção da saúde de caráter preventivo e sustentável para o enfrentamento dos impactos dos agrotóxicos na saúde humana e no ambiente;
- Controlar o tabagismo, o consumo de álcool, o sobrepeso, a obesidade e o consumo alimentar inadequado, considerados os fatores de risco relacionados ao câncer, através de ações e políticas públicas;
- Promover atividades e práticas de promoção da saúde a serem desenvolvidas em espaços como escolas, locais de trabalhos e lares, ultrapassando os limites dos serviços de saúde;
- Regulamentar a produção e consumo de produtos e alimentos que contenham agentes cancerígenos e/ou altas concentrações de calorias, gorduras saturadas ou trans, açúcar e sal, através da elaboração de documentos normativos.

Quanto à prevenção do câncer, a PNPCC apresentou como princípios a eliminação, a redução e o controle de fatores de risco, físicos, químicos e/ou biológicos, além da intervenção sobre os seus determinantes socioeconômicos e da integração das ações de detecção precoce do câncer (BRASIL, 2013). Nesse sentido, apresenta as seguintes diretrizes:

Diante dessas explicações, pode-se afirmar que vários esforços foram e têm sido feitos, por parte dos gestores da saúde pública brasileira, com o objetivo de incluir as ações de controle do câncer mamário na agenda política de saúde, sendo priorizada a redução da exposição aos fatores de risco, o rastreamento precoce, a diminuição da mortalidade causada pela doença, o tratamento oportuno a partir do diagnóstico confirmado e a melhoria da qualidade de vida da mulher vitimizada.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da importância epidemiológica do câncer de mama e da sua magnitude como problema de saúde pública no Brasil, se faz necessário o desenvolvimento de diversas ações e de programas na tentativa de se prevenir e controlar a doença por meio do diagnóstico precoce, e de se garantir melhores condições de acesso aos serviços de saúde do SUS.

Percebe-se que, mesmo antes da regulamentação de um sistema de saúde unificado, fato que seu na década de 1980, já existiam programas para a detecção e tratamento do câncer de mama. Contudo, tais programas eram incipientes, e só vieram a se fortalecer com a criação do SUS, que levou à implantação de programas e de leis para o controle, o rastreamento precoce e o tratamento da doença no sistema público de saúde.

Entre as principais políticas desenvolvidas no âmbito do SUS, teve grande destaque a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, instituída no Brasil em 2013, com o objetivo de identificar e de intervir sobre os determinantes e condicionantes dos diversos tipos de câncer e de desenvolver ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil para promoção da saúde e a qualidade de vida. Nesse sentido, deve enfatizar a importância da manutenção desse sistema

de saúde gratuito para a prevenção e o controle de doenças, principalmente as mais severas como o câncer, em especial o de mama, e a promoção da saúde no contexto nacional.

AGRADECIMENTOS

À CAPES pelo financiamento da pesquisa.

REFERÊNCIAS

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de Política**. 7ª ed. Brasília: Editora UNB, 1995.

BRASIL. **Lei Nº 12.732, de 22 de novembro de 2012**. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato_2001-2014/.../Lei/L12732.htm. Acesso em 06 de março 2016.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Controle do Câncer de Mama**: Documento de Consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>. Acesso em 15 de abril 2015.

_____. Ministério da saúde. **Lei 8080/90 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em 20 de maio de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013**. 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 Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acesso em 28 de maio de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 779, de 31 de dezembro de 2008**. Brasília, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0779_31_12_2008.html. Acesso em 13 de junho de 2016.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao.htm. Acesso em 20 de maio de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Brasília, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acesso em 25 de abril de 2015.

BUSS, P. M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Dina Czeresnia e Carlos Machado de Freitas (Orgs.). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. Págs. 19-42.

CARNEIRO, Angélica C. L. **Práticas educativas nas unidades básicas de saúde de Belo Horizonte e sua relação com a promoção de saúde**. Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, 2010, 289p.

CZERESNIA, D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: Dina Czeresnia e Carlos Machado de Freitas (Orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. Págs. 43-57.

SCOREL, S. História da Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, L.; SCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (org.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 323-364.

FLEURY, Sônia. **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos editorial, 1997. A questão democrática na saúde. FRANCO, Camila. **Linhas do cuidado integral**: uma proposta de organização da rede de saúde. 2010. Disponível em: www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3716. Acesso em 12 de maio de 2016.

FLEURY, S; OUVENEY, A. M. Política de Saúde Uma política social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (org.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 25-58.

FURQUIM, Tânia Aparecida Correia. Políticas Públicas Direcionadas ao Controle do Câncer de Mama. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de atualização em mamografia para técnicos e tecnólogos em radiologia**. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

LOPES, B; AMARAL, N; CALDAS, R. W. **Políticas Públicas: conceitos e práticas**. Belo Horizonte: Sebrae/MG, 2008. 48 p. Disponível em:

<http://www.agenda21comperj.com.br/sites/localhost/files/MANUAL%20DE%20POLITICAS%20P%C3%94PUBLICAS.pdf>. Acesso em 02 de junho de 2016.

LUCHESE, P. T. R. **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004. Disponível em: http://www.professores.uff.br/jorge/polit_intro.pdf. Acesso em 23 de maio de 2016.

MARQUES, C. A. V; FIGUEIREDO, E. N; GUTIÉRREZ, M. G. R. Políticas de saúde pública para o controle do câncer de mama no Brasil. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, 2015 mar/abr; v. 23, nº 2, p. 272-278. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n2/v23n2a21.pdf>. Acesso em 12 de junho de 2016.

NORONHA, José de Carvalho; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema único de saúde - SUS. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (Org.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

PETERS, Sônia Helena. **Avaliação da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) e o câncer de mama – dificuldade no acesso: do diagnóstico ao tratamento oncológico**. 120f. Dissertação (Mestrado em Política Social). Pelotas. Universidade Católica de Pelotas – UCPEL, 2013.

PORTO, M. A. T.; TEIXEIRA, L. A.; SILVA, R. C. F. de.; Aspectos Históricos do Controle do Câncer de Mama no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*. Rio de Janeiro, v. 59, nº 3, p. 331-330.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em 26 de maio de 2016.

VIANA, A. L. d'Ávila; BAPTISTA, T. W. de F. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (org.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 59-88.