



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE COLETIVA

ISABEL GARCIA DE ALMEIDA ROCHA

ANÁLISE DOS TRATAMENTOS ONCOLÓGICOS DE MAMA: Uma série temporal
entre os anos 2008 e 2015 no estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2018

ISABEL GARCIA DE ALMEIDA ROCHA

ANÁLISE DOS TRATAMENTOS ONCOLÓGICOS DE MAMA: Uma série temporal
entre os anos 2008 e 2015 no estado do Rio de Janeiro

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto de Estudos em
Saúde Coletiva da Universidade Federal do
Rio de Janeiro, como parte dos requisitos
necessários à obtenção do grau de bacharel
em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Eduardo Xavier de Mendonça

Coorientadora: Tatiana Clarkson Mattos

Rio de Janeiro

2018

FOLHA DE APROVAÇÃO

ISABEL GARCIA DE ALMEIDA ROCHA

ANÁLISE DOS TRATAMENTOS ONCOLÓGICOS DE MAMA: Uma série temporal
entre os anos 2008 e 2015 no estado do Rio de Janeiro

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto de Estudos em
Saúde Coletiva da Universidade Federal
do Rio de Janeiro, como parte dos
requisitos necessários à obtenção do grau
de bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 21 de dezembro de 2018.

Prof. Dr. Paulo Eduardo Xavier de Mendonça (Orientador)
IESC/UFRJ

Prof^a. MsC. Tatiana Clarkson Mattos
IESC/UFRJ

Prof^a. Dr^a. Amanda de Moura Souza
IESC/UFRJ

Ao meu pai, por ser grande exemplo e nunca ter medido esforços para me ver
concluindo esse trabalho;

À minha mãe, pelos conselhos, apoio, carinho e amor;

Aos meus irmãos, pelo incentivo;

Aos meus avós, pelas histórias lindas de vida;

Aos meus amigos, pelas alegrias e tristezas compartilhadas.

AGRADECIMENTOS

Finalmente, chego ao fim desse trabalho. O sentimento é de felicidade e alívio. Feliz por estar mais perto de ter o tão sonhado diploma em mãos. Alívio por ter acabado todas as matérias e todo esse trabalho final. Sensação de dever cumprido. Agora, a pergunta que tanto me fizeram durante esses dois últimos anos: “E ai, já terminou o TCC”? será respondida com o maior prazer e sorriso no rosto, já que antes era angustiante para mim e para quem perguntava, receber o famoso “não, ainda não”.

Ao escrever esses agradecimentos me passa um filme na cabeça. Desde que recebi a notícia que tinha passado para uma das melhores universidades federais do país até o ponto final desse texto. Foram 5 anos de estudos, dificuldades, muitas dúvidas, muitas alegrias, muitas amizades, muitos choros, muitas decepções. E eu gostaria de agradecer a cada um que compartilhou um desses momentos comigo.

Primeiramente, agradeço à Deus, que me permitiu passar por tudo isso;

Aos meus pais, Ane Meire e Aluysio, pelo incentivo em tudo que decido seguir, por não desistirem de mim, pela felicidade em todos os momentos e orgulho de ter a primeira filha formada;

A minha família, no geral, pela paciência e escuta das minhas reclamações, e claro, pelo incentivo de sempre;

Aos meus queridos amigos que a UFRJ me deu: Panmela, Esdras, Luís Guilherme, Jéssica, Eduardo, muito obrigada por dividir momentos de alegria, de choro, desespero. Levarei para sempre.

Aos meus amigos e parceiros de vida: Caroline, Luis Felipe, Julia, Mahyra, Pedro Eugênio, por toda paciência nos momentos de ausência, por ouvir meus desabaços e me incentivar sempre no que precisei;

A todos os docentes e funcionários do IESC, meu muito obrigada pelo carinho, ajuda e conhecimentos transmitidos;

A Juliana, pelos ensinamentos e oportunidades no INCA e, em especial a Alessandra, que muito me ajudou com os dados para esse trabalho e toda paciência e atenção sempre que precisei.

Aos meus orientadores, Paulo e Tati, meu muito obrigada! Pela paciência, carinho, conhecimentos passados, incentivos. Um carinho especial ao Paulo, que me deu uma oportunidade maravilhosa de ter feito estágio no INCA, um dos poucos

professores que me abraçou durante toda essa jornada. Sem vocês esse trabalho não seria o mesmo.

Terminar esse trabalho é concluir mais uma etapa importante da minha vida e ao mesmo tempo, abrir portas para outras tão sonhadas. E aprendi, aprendi muito!

*A verdadeira viagem de descobrimento
não consiste em procurar novas
paisagens, mas em ter novos olhos.*

Marcel Proust

RESUMO

ROCHA, Isabel Garcia de Almeida. **ANÁLISE DOS TRATAMENTOS ONCOLÓGICOS DE MAMA**: Uma série temporal entre os anos 2008 e 2015 no estado do Rio de Janeiro. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

As políticas públicas são fundamentais para que se tenha uma assistência em saúde de qualidade. São as políticas e programas de saúde que irão garantir a prevenção, tratamento e reabilitação aos pacientes com câncer de mama. O objetivo desse trabalho é analisar a produção dos tratamentos oncológicos de mama (cirurgia, quimioterapia, radioterapia), no período de 2008 a 2015, no estado do Rio de Janeiro, a fim de se observar uma possível associação entre a terapêutica e as políticas voltadas para o câncer de mama. Para tal fim, foi realizado coleta de dados no DATASUS e elaboração de gráficos no Excel, para se obter a quantidade de cada procedimento realizado e a consolidação dos dados. A análise final foi realizada com o auxílio de levantamento bibliográfico associado ao tema. O resultado demonstrou que, de fato, existe uma relação entre o tempo e a quantidade de tratamentos realizados; e que diversos são os fatores envolvidos, dentre eles os programas e políticas públicas voltados para a prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de mama.

Palavras-chave: Política Pública. Neoplasias da mama. Saúde Pública.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estadiamento do Câncer de Mama	15
Quadro 2 - Abordagens sugeridas para terapia adjuvante	16
Quadro 3 - Taxa de sobrevida em cinco anos para o câncer de mama por estágio .	16
Quadro 4 - Fatores de risco para o câncer segundo a possibilidade de modificação	19
Quadro 5 - Recomendações quanto ao rastreamento por mamografia para detecção precoce do câncer de mama segundo o Ministério da Saúde (2015)	20
Quadro 6 - Produção x crescimento das cirurgias realizadas no estado do Rio de Janeiro, no período de 2008 a 2015 por modalidade cirúrgica	34
Quadro 7 - Produção x crescimento das quimioterapias realizadas no estado do Rio de Janeiro, no período de 2008 a 2015 por estágio da doença	37
Quadro 8 - Produção x crescimento das radioterapias realizadas no estado do Rio de Janeiro, no período de 2008 a 2015 por estágio da doença	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Tendência linear e p valor das modalidades cirúrgicas.....	33
Tabela 2 - Tendência linear e p valor das quimioterapias por estágio da doença Erro! Indicador não definido.	5
Tabela 3 - Tendência linear e p valor das radioterapias por estágio da doença.....	37
Tabela 4 - Tempo entre Diagnóstico e Tratamento dos pacientes (Pacientes sem diagnóstico e sem tratamento) na região Sudeste, do estágio inicial ao avançado, em todas as faixas etárias.....	454

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Produção de Cirurgia Oncológica de Mama no estado do Rio de Janeiro entre os anos de 2008 e 2015.....	33
Gráfico 2 - Produção de quimioterapias realizadas no estado do Rio de Janeiro por estágio entre os anos de nos anos entre 2008 e 2015.....	36
Gráfico 3 - Produção de radioterapias realizadas no estado do Rio de Janeiro por estágio entre os anos denos anos entre 2008 e 2015.....	38
Gráfico 4 - APAC de quimioterapia por tipo em pacientes com câncer de mama no estado do Rio de Janeiro (SUS).....	41
Gráfico 5 - Faixa etária de internações no SUS por CID de Neoplasia Maligna de Mama no estado do Rio de Janeiro entre os anos denos anos entre 2008 e 2015...	42
Gráfico 6 - Hospitais que realizam procedimentos cirúrgicos para câncer de mama no estado do Rio de Janeiro, entre os anos denos anos entre 2008 e 2015	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRALE	Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia
AIH	Autorização de Internações Hospitalares
APAC	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
CA	Câncer
CACON	Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
EAM	Autoexame das Mamas
ECM	Exame Clínico das Mamas
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MS	Ministério da Saúde
R ²	Coeficiente de Determinação
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo de Útero
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 O HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE CÂNCER DE MAMA	22
2 OBJETIVOS.....	28
2.1 GERAL	28
2.2 ESPECÍFICOS	28
3 JUSTIFICATIVA.....	29
4 METODOLOGIA	30
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
6 CONCLUSÃO	47
REFERÊNCIAS.....	49
ANEXO	53
ANEXO A - ARTIGO	54

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o segundo tipo mais frequente no mundo e o mais frequente na população feminina brasileira. Segundo estimativas do INCA, em 2018, deverão ocorrer 59.700 casos novos de câncer de mama, com um risco estimado de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres.

A exceção da Região Norte, onde o câncer do colo do útero lidera a incidência, o câncer de mama é o câncer mais incidente em todas as regiões do Brasil. Sendo considerado, em geral, um câncer de bom prognóstico quando diagnosticado e tratado precocemente, as taxas de mortalidade por câncer da mama continuam elevadas no Brasil. Provavelmente, essas taxas de mortalidade mantêm-se elevadas porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. A sobrevida média após cinco anos na população de países desenvolvidos e aproximadamente 85%. Entretanto, nos países em desenvolvimento, a sobrevida fica em torno de 60%². (PORTO, 2013, p. 332).

O câncer de mama é de alta incidência entre as mulheres do estado e da capital do Rio de Janeiro, sendo numericamente inferior apenas ao câncer de pele não melanoma. Para 2018, a estimativa aponta para uma ocorrência de 8.050 casos novos da doença para o Estado do Rio de Janeiro; já para a capital, a mesma, aponta para a ocorrência de 4.010 casos novos. A partir do número estimado de casos novos, foi calculado a taxa bruta de incidência da doença. Para o estado do Rio de Janeiro, a taxa bruta de incidência em mulheres seria de 92,90, que significa que a cada 100 mil mulheres, aproximadamente 93 delas terão desenvolvido câncer de mama em 2018. Já para a capital do Rio de Janeiro, esta taxa bruta de incidência deverá ser de 113,57 por 100.000 mulheres.

Observa-se que a incidência é maior na capital do Rio de Janeiro. Esse fato pode ser explicado por alguns fatores. A capacidade dos hospitais que tratam câncer na cidade é maior do que a capacidade dos hospitais do estado, ou seja, os hospitais da cidade atendem maior número de pacientes. Além disso, a cidade do Rio de Janeiro possui uma melhor rede de assistência para tratamentos oncológicos. A disponibilidade de recursos é maior, o acesso a rede assistencial de saúde é facilitado, há uma melhor estrutura tecnológica, como equipamentos para realização de exames e de tratamentos radioterápicos.

Devido a esses fatores, as mulheres de outras cidades do estado do Rio de Janeiro migram para a capital, a fim de ter uma assistência de qualidade desde o

diagnóstico até o tratamento da doença. Sendo assim, com esses fatores, o número de casos será maior na capital, explicando a alta taxa de incidência (OLIVEIRA, 2010). Não se pode desprezar o fato de que a menor estrutura tecnológica para o diagnóstico possa também falsear para baixo a incidência de câncer de mama no interior do estado do Rio de Janeiro.

O câncer não possui causa única. Diversos são os fatores que influenciam no aumento do risco para desenvolvimento da doença. Em relação ao câncer de mama, a idade, aspectos endócrinos - duração da idade fértil, gestações, terapia de reposição hormonal, uso de anticoncepcionais, menopausa tardia e genéticos - história familiar de câncer de mama ou câncer de ovário em parentes consanguíneos anterior a 50 anos - são os principais fatores de risco. Ingestão regular de bebidas alcoólicas, sedentarismo e exposição à radiação ionizante, são outros fatores que podem contribuir para o desenvolvimento da doença. A prática de atividades físicas e o aleitamento materno são considerados fatores de proteção.

Um fator de risco que merece destaque é a idade. O número de casos novos em mulheres com idade até os 50 anos cresce de forma mais rápida. De 50 anos em diante, o número de casos novos continua crescendo, porém, de forma lenta, podendo-se dizer que os hormônios femininos influenciam no desenvolvimento do câncer. Porém, o câncer de mama em mulheres jovens é diferente daqueles desenvolvidos em mulheres mais velhas, particularmente em relação à sua agressividade.

O diagnóstico do câncer de mama é feito através de um exame citológico que irá identificar o tumor maligno, juntamente com um estudo histopatológico. O estadiamento, ou seja, o grau de avanço da doença, é o que irá determinar o seu tratamento (Quadro 1). Existem quatro modalidades de tratamento para o câncer de mama: a cirurgia, que pode ser uma ressecção de um segmento, parte ou mesmo de toda a mama ou mastectomia, a radioterapia, a quimioterapia e a hormonioterapia (Quadro 2).

Quadro 1 - Estadiamento do Câncer de Mama

Tumor primário (T)			
T0	Nenhuma evidência de tumor primário		
T1S	Carcinoma <i>in situ</i>		
T1	Tumor ≤ 2 cm		
T1a	Tumor > 0,1 cm, mas ≤ 0,5 cm		
T1b	Tumor > 0,5 cm, mas ≤ 1 cm		
T1c	Tumor > 1 cm, mas ≤ 2 cm		
T2	Tumor > 2 cm, mas ≤ 5 cm		
T3	Tumor > 5 cm		
T4	Extensão para parede torácica, inflamação, lesões satélites, ulcerações		
Linfonodos regionais (N)			
PN0(i-)	Sem metástases em linfonodos regionais à histologia, negativos à imuno-histoquímica (IHQ)		
PN0(i+)	Sem metástases em linfonodos regionais à histologia, positivos à IHQ, sem aglomerados com mais de 0,2mm à IHQ		
PN0(mol-)	Sem metástases em linfonodos regionais à histologia, achados moleculares negativos (RT-PCR)		
PN0(mol+)	Sem metástases em linfonodos regionais à histologia, achados moleculares positivos (RT-PCR)		
PN1	Metástases em 1 a 3 linfonodos axilares ou em linfonodos mamários internos, com doença microscópica detectada por dissecação de linfonodo-sentinela, mas não clinicamente aparente		
PN1mi	Micrometástases (>0,2mm, nenhuma >2 mm)		
PN1a	Metástases em 1 a 3 linfonodos axilares		
PN1b	Metástases em linfonodos mamários internos, com doença microscópica detectada por dissecação de linfonodo-sentinela, mas não clinicamente aparente *		
PN1c	Metástases em 1 a 3 linfonodos axilares e em linfonodos mamários internos, com doença microscópica detectada por dissecação de linfonodo-sentinela, mas não clinicamente aparente. * (Se associada a mais de 3 linfonodos positivos, os linfonodos mamários internos são classificados como pN3b, refletindo o aumento da carga tumoral).		
pN2	Metástases em 4 a 9 linfonodos axilares ou em linfonodos mamários internos clinicamente aparentes, na ausência de metástases em linfonodos axilares.		
pN3	Metástases em 10 ou mais linfonodos axilares ou nos linfonodos infraclaviculares ou mamários internos ipsilaterais, clinicamente aparentes*, na presença de 1 ou mais linfonodos axilares positivos; ou em mais de 3 linfonodos axilares com metástases microscópicas clinicamente negativas nos linfonodos mamários internos ou nos subcarinais ipsilaterais		
Metástases a distância (M)			
M0	Ausência de metástase a distância		
M1	Metástases a distância (inclui disseminação para os linfonodos supraclaviculares ipsilaterais)		
Grupos por estágio			
Estágio 0	T1S	N0	M0
Estágio I	T1	N0	M0
Estágio IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
Estágio IIB	T2	N0	M0
	T3	N1	M0
Estágio IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1,N2	M0
Estágio IIIB	T4	N0,N1,N2	M0
Estágio IIIC	Qualquer T	N3	M0
Estágio IV	Qualquer T	Qualquer N	M1

*Clinicamente aparente é definido como detectado por exames de imagem (excluindo a linfocintilografia) ou por exame clínico).

Abreviações: IHQ, imuno-histoquímica; RT-PCR, reação em cadeia da polimerase via transcriptase reversa, *de reverse transcriptase polymerase chain reaction*.

Fonte: AJCC Cancer Staging Manual, 2010.

Quadro 2 - Abordagens sugeridas para terapia adjuvante

Faixa Etária	Estado do Linfonodo*	Estado do receptor de estrogênio (ER)	Tumor	Recomendação
Pré - Menopausa	Positivo	Qualquer	Qualquer	Poliqimioterapia + tamoxifeno se ER - positivo + trastuzumabe nos tumores HER2/neu-positivos
Pré - Menopausa	Negativo	Qualquer	> 2 cm ou de 1 a 2 cm com outras variáveis de mau prognóstico	Poliqimioterapia + tamoxifeno se ER - positivo + trastuzumabe nos tumores HER2/neu-positivos; considerar Oncotype ou testes semelhantes.
Pós - Menopausa	Positivo	Negativo	Qualquer	Poliqimioterapia + trastuzumabe em tumores HER2/neu - positivos
Pós - Menopausa	Positivo	Positivo	Qualquer	Inibidores da aromatase e tamoxifeno, com ou sem quimioterapia + trastuzumabe em tumores HER2/neu - positivos
Pós - Menopausa	Negativo	Positivo	> 2 cm ou de 1 a 2 cm com outras variáveis de mau prognóstico	Inibidores da aromatase e tamoxifeno + trastuzumabe em tumores HER2/neu - positivos
Pós - Menopausa	Negativo	Negativo	>2 cm ou de 1 a 2 cm com outras variáveis de mau prognóstico	Considerar poliqimioterapia + trastuzumabe em tumores HER2/neu - positivos

*Como determinado por exame patológico.
Fonte: Harrison Medicina Interna, 2016.

Quadro 3 - Taxa de sobrevida em cinco anos para o câncer de mama por estágio

Estágio	Sobrevida em cinco anos (%)
0	99
I	92
IIA	82
IIB	65
IIIA	47
IIIB	44
IV	14

Fonte: Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER).

A observação do Quadro 3, acima, nos mostra a importância do diagnóstico precoce, visto que a progressão da gravidade medida no estadiamento leva a um impacto direto na sobrevida das mulheres.

Existem estratégias de prevenção para o câncer de mama, sendo dividido em 3 estágios: primária, secundária e terciária. A prevenção primária é aquela onde será realizada a identificação e a reparação dos fatores de risco que poderão ser evitáveis, como por exemplo a alimentação saudável. Além da composição da alimentação, que inclui diferentes substâncias químicas, nutrientes e

alimentos, existem outros fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de câncer, como: a forma de conservar e preparar os alimentos; a quantidade dos alimentos durante as refeições; e o número de calorias ingeridas. Não há comprovação científica sobre alimentos específicos que causam o câncer de mama, mas há alimentos que podem desencadear outros fatores de risco para o câncer de mama, como por exemplo, o consumo de ultraprocessados, que podem causar a obesidade. A alimentação também pode ser um fator de proteção para câncer de mama. Os alimentos funcionais (fibras, ácidos graxos poli-insaturados ômega 3 (n-3), fitoquímicos, etc) possuem efeito anticarcinogênicos, antioxidantes, antiinflamatórios, anti-hormonais, antiangiogênicos, etc. Atualmente, os guias alimentares recomendam uma dieta rica em vegetais, frutas e grãos integrais e pouco consumo de gordura saturada a fim de tornar menor a probabilidade de desenvolver câncer de mama.

A prevenção secundária é a detecção precoce da doença e início do tratamento. Essa é a estratégia que vem se destacando nos serviços de saúde do Brasil, por ser uma das responsáveis diretas pela diminuição da mortalidade por câncer de mama. Por último, a prevenção terciária, é aquela em que se realiza reabilitação e cuidados paliativos. A reabilitação “é mais do que a interrupção de um processo patológico; é também a prevenção da incapacidade total, depois que as alterações anatômicas e fisiológicas estão mais ou menos estabilizadas” (LEVELL; CLARK, 1976).

As terapias para o câncer de mama podem causar sintomas desconfortáveis como náuseas e vômitos, sequelas pós cirurgia como linfedema e deficiência nos movimentos dos braços, podendo interferir nas atividades cotidianas e ainda sequelas psicológicas, visto que as alterações no corpo podem ser impactantes para a mulher.

Devido a isso, o suporte para uma nova inserção social é indispensável na vida dessas mulheres. Formar grupo de reabilitação com mulheres sobreviventes ao câncer de mama e profissionais de saúde pode ser uma estratégia de incentivo a socialização entre elas, a fim de tirar dúvidas com profissionais, fazer fisioterapia e exercícios para garantir a volta dos movimentos, dentre outras atividades que garantem segurança e a ressocialização.

Dessa forma, as mulheres poderão sentir-se acolhidas, o que facilita o vínculo das pacientes com o serviço de saúde, garantindo a participação no processo de reabilitação.

Na oncologia, a reabilitação é considerada parte do cuidado e do suporte ao indivíduo acometido pela doença, devendo estar disponíveis em todas as fases, desde o diagnóstico até os tratamentos, para incorporar os sobreviventes e sua condição advinda do aumento da sua expectativa de vida. (LOYOLA, 2017, p. 2).

A prevenção terciária é tão importante quanto as demais, porém é a que mais chama atenção. É a que mais afeta o psicológico das mulheres. É o momento de resgatar a autoestima da paciente, da mulher. Fazer com que ela se sinta bem, independente de todos os sofrimentos que já tenha passado. É conseguir responder a maioria das perguntas feitas por elas: “To curada, mas e agora? Como será minha vida sem poder mexer um braço por completo?”; “Como manter um relacionamento com a mama operada?” Com os diversos relatos lidos ao decorrer do trabalho, notou-se que após adquirir um câncer de mama, essas mulheres passaram a valorizar diversos sinais do corpo. A mama deixou de ser vista apenas como um “órgão que precisa de um sutiã” e passou a ser vista como símbolo de sexualidade, de feminilidade, de maternidade (ROCHA, 2016).

Pôde-se observar que a prevenção primária é importante, porém pode ser difícil de ser colocada em prática. São fatores que podem ser modificados na vida das pessoas, mas podem não ser tão simples já que pertencem ao cotidiano; são hábitos. Existem mulheres que possuem informação sobre a importância da prática de exercícios físicos, mas que precisam fazer a escolha entre praticar atividades esportivas ou trabalhar para sustentar uma família, por exemplo. Portanto, mesmo que estas práticas sejam fatores que apresentem uma maior facilidade para a intervenção, dadas as dificuldades da vida cotidiana podem acabar por se tornarem difíceis e cada vez mais complexas.

A prevenção secundária é a que mais se destaca. Como foi dito, esta é a responsável por detectar a doença o quanto antes, a fim de que a paciente não chegue ao sistema de saúde com um quadro avançado da doença, sem possibilidade de cura. Essa prevenção é a mais visada pelas políticas públicas, visto ser a mais eficaz e necessária para a diminuição de mortes de mulheres por câncer de mama.

Quadro 4 - Fatores de risco para o câncer segundo a possibilidade de modificação

PRINCIPAIS FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS	
Uso de tabaco	Causa principal dos cânceres de pulmão, laringe, cavidade oral e esôfago e uma das principais causas dos cânceres de bexiga e pâncreas
Alimentação inadequada	Alimentação rica em gorduras saturadas e pobre em frutas, legumes e verduras aumenta o risco de cânceres de mama, cólon, próstata e esôfago
Agentes infecciosos	Respondem por 18% dos cânceres no mundo. O Papilomavirus humano, o vírus da hepatite B e a bactéria <i>Helicobacter pylori</i> respondem pela maioria dos cânceres, em decorrência de infecções
Radiação ultravioleta	A luz do Sol é a maior fonte de raios ultravioletas, causadores dos cânceres de pele, tipo mais comum em seres humanos
Inatividade física	O estilo de vida sedentário aumenta o risco de câncer de cólon e pode aumentar o risco de outros tipos de câncer. Seu efeito está fortemente relacionado ao padrão de nutrição

OUTROS FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS	
Uso de álcool	O uso excessivo de álcool causa cânceres da cavidade oral, esôfago, fígado e trato respiratório alto. Esse risco é aumentado com a associação ao fumo. O álcool também aumenta o risco do câncer de mama
Exposições ocupacionais	Substâncias encontradas no ambiente de trabalho, tais como: asbesto, arsênio, benzeno, sílica e fumaça do tabaco são carcinogênicas. O câncer ocupacional mais comum é o câncer de pulmão
Nível socioeconômico	Sua associação com vários tipos de cânceres, provavelmente, se refere ao seu papel como marcador do estilo de vida e de outros fatores de risco
Poluição ambiental	A poluição da água, do ar e do solo responde por 1% a 4% dos cânceres em países desenvolvidos
Obesidade	Fator de risco importante para os cânceres de endométrio, rim, vesícula biliar e mama
Alimentos contaminados	A contaminação pode ocorrer naturalmente, como no caso da aflatoxina ou, de forma manufaturada, como no caso dos pesticidas
Radiação ionizante	A mais importante radiação ionizante é proveniente dos Raios X, mas podem ocorrer na natureza em pequenas quantidades

FATORES DE RISCO NÃO-MODIFICÁVEIS	
Envelhecimento	O risco da maioria dos cânceres aumenta com a idade e, por esse motivo, ocorrem mais frequentemente no grupo de idade avançada
Etnia ou raça	Os riscos de câncer variam entre grupos humanos de diferentes raças ou etnias. Algumas dessas diferenças podem refletir características genéticas específicas, enquanto que outras podem estar relacionadas a estilos de vida e exposições ambientais
Hereditariedade	Os genes de cânceres hereditários respondem por 4% de todos os cânceres. Outros genes afetam a susceptibilidade aos fatores de risco para o câncer
Sexo	Certos cânceres que ocorrem em apenas um sexo são devido a diferenças anatômicas, como próstata e útero, enquanto que outros ocorrem em ambos os sexos, mas com taxas marcadamente diferentes, como bexiga e mama

OUTROS FATORES DE RISCO	
Fatores reprodutivos	Hormônios femininos, história menstrual e paridade afetam o risco de câncer de mama, endométrio e ovário
Drogas medicinais	Algumas drogas hormonais podem causar cânceres, enquanto que outras diminuem o risco. Mais raramente, drogas anticâncer podem causar outro câncer anos mais tarde
Imunossupressão	Certas viroses que suprimem o sistema imunológico aumentam o risco de linfoma e sarcoma de Kaposi

Fonte: (INCA, 2008).

Para que haja uma diminuição na mortalidade por câncer de mama, é importante que sejam realizados programas de rastreamento. Diversos países desenvolvidos implantaram esses programas há aproximadamente vinte anos, e atualmente obtêm resultados positivos a respeito, ou seja, apresentam reduções significativas da mortalidade pela doença. O exame de mamografia é, atualmente, o principal método de rastreamento para enfermidade. É recomendado pelo Ministério da Saúde, que seja realizado em mulheres com idades entre 50 e 69 anos. Para aquelas que possuem histórico familiar é recomendado um acompanhamento clínico individual.

Quadro 5 - Recomendações quanto ao rastreamento por mamografia para detecção precoce do câncer de mama segundo o Ministério da Saúde (2015)

Condição	Recomendação
< 50 anos	O Ministério da Saúde recomenda contra o rastreamento com mamografia em mulheres com menos de 50 anos (recomendação contrária forte: os possíveis danos claramente superam os possíveis benefícios).
50 a 59 anos	O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com idades entre 50 e 59 anos (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios e danos provavelmente são semelhantes).
60 a 69 anos	O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com idades entre 60 e 69 anos (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos).

70 a 74 anos	O Ministério da Saúde recomenda contra o rastreamento com mamografia em mulheres com idades entre 70 e 74 anos (recomendação contrária fraca: o balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto).
75 anos ou mais	O Ministério da Saúde recomenda contra o rastreamento com mamografia em mulheres com 75 anos ou mais (recomendação contrária forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).
Periodicidade	O Ministério da Saúde recomenda que a periodicidade do rastreamento com mamografia, nas faixas etárias recomendadas, seja bienal (recomendação favorável forte: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos quando comparada a periodicidades menores).

Fonte: Ministério da Saúde. Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil, 2015.

Essa faixa etária, determinada pelo Ministério da Saúde, para o rastreamento do câncer de mama, possui menores riscos e maiores benefícios para a mulher - baseado em evidências científicas -, ao fazer o exame de mamografia de rotina. Anteriormente aos 50 anos, a mulher possui maior densidade dos seios, o que dificulta a identificação de lesões. Com isso, o risco de exames “falso-negativos” pode ser aumentado, causando uma falsa garantia de que a mulher não tenha a doença. O risco de exames “falso-positivos” e de identificação de um câncer que não ameaçaria a saúde da mulher, também podem ser aumentados, gerando nervosismo, ansiedade e outras condutas terapêuticas desnecessárias (BRASIL, 2015).

Além disso, como já citado anteriormente, a radiação é um fator de risco para o câncer de mama. Quando realizada, a mamografia expõe a mulher a baixas doses de radiação. Portanto, o risco de desenvolvimento da doença aumenta, caso ela faça a mamografia de forma rotineira e desnecessária. Por isso, é importante que a mulher

faça o rastreamento quando dentro das margens etárias propostas pelo Ministério da Saúde (INCA, 2015).

1.1 O HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama possui ações de prevenção e controle específicos no Brasil desde 1970. E desde então, diversos foram os programas e políticas criados para que tornasse a prevenção, o tratamento e a reabilitação cada vez melhor.

No período anterior a 1997, notamos que não houve estratégias sistemáticas para sua detecção precoce. De 1997 a 2004, investiu-se prioritariamente no conhecimento da população sobre o problema do câncer de mama, em vista das crescentes taxas de mortalidade, dando-se ênfase ao autoexame. A partir de 2005, a mamografia torna-se o principal método para a detecção precoce dos casos. A partir daí observa-se um crescente investimento em ampliação do acesso com inclusão de novas estratégias para garantia de cobertura para exames e tratamentos (GONÇALVES, 2016).

A primeira política voltada à saúde da mulher, foi o Programa de Saúde Materno Infantil, criado nos anos 60, pela Divisão de Saúde Materno Infantil da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde do Ministério da Saúde (DINSAMI/SNPES). Essa política era voltada ao ciclo gravídico puerperal, ou seja, visava o atendimento pré-natal, parto e puerpério. Foi criada a fim de conferir maior visibilidade a população de risco: crianças e gestantes.

A partir da década de 80, começou-se a pensar em políticas que visassem as necessidades da população feminina de forma mais abrangente, visto que as estatísticas de saúde na época não demonstraram impactos significativos com um programa que visava apenas à saúde materno infantil, em seu aspecto reprodutivo. As estatísticas de câncer de mama, por exemplo, mostravam a necessidade de se pensar em planos para o controle da doença: “Nas décadas de 70 e 80, a taxa bruta de mortalidade por câncer de mama apresentou uma elevação de 68%, passando de 5,77 em 1979, para 9,70 mortes por 100.000 mulheres em 1998” (GONÇALVES, 2016).

Pressionadas pela magnitude do problema, revelada através das estatísticas de câncer de mama, as políticas passaram a ser construídas e focalizadas. O programa Viva Mulher foi criado a fim de reduzir a mortalidade da doença e suas

sequelas físicas, psicológicas e também sociais. Além do câncer de mama, o programa englobava ainda o câncer de colo de útero.

Com o programa Viva Mulher, as mulheres que possuíam 25 anos ou mais, passaram a realizar o exame preventivo do câncer de colo de útero, juntamente ao exame clínico das mamas (ECM). Os profissionais de saúde ainda ensinavam as pacientes a realizar o autoexame das mamas (EAM). Em caso de anormalidade, detectado no ECM pelos profissionais de saúde, as mulheres eram encaminhadas a consultas especializadas a fim de avaliar a necessidade de realizar mamografia, exame citológico ou histopatológico. Em casos de alto risco, recomendava-se a mamografia anual (BRASIL, 2002).

A partir do programa Viva Mulher, começaram a serem realizadas diversas ações em estruturas criadas como uma rede assistencial objetivando a detecção precoce do câncer de mama.

Nos anos 2000, a situação do câncer de mama no mundo já se diferenciava da situação brasileira. Enquanto o Brasil registrava o aumento do número de casos novos da doença juntamente com o aumento da mortalidade, outros países do mundo como Estados Unidos, Canadá, Holanda, Dinamarca e Noruega, também registraram aumento do número de casos novos, porém, com a redução da mortalidade. (GONÇALVES, 2016)

Esses dados indicaram que o Brasil possuía detecção tardia da doença e o tratamento em tempo inoportuno. Diante destes dois problemas, graves e complementares, se fazia necessário traçar objetivos com foco principalmente na detecção precoce (GONÇALVES, 2016).

Em 2004, o Ministério da Saúde juntamente ao INCA, área técnica de saúde da mulher e apoio da Sociedade Brasileira de Mastologia, lançou o Documento de Consenso, que, baseava-se em recomendações para a prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento, seguimento e cuidados paliativos. Trazia ainda a importância da intervenção de outras áreas para cuidado das mulheres acometidas pela doença, a participação da sociedade e orientações para o SUS (BRASIL, 2004).

A partir daí, foram lançadas diversas políticas e programas a fim de se combater a elevada mortalidade bem como se preparar para o aumento do número de casos de câncer de mama, pois conseqüentemente ao aprimoramento da detecção precoce, espera-se observar o aumento da incidência do agravo. Em 2005, foram apresentados dois novos programas: a Política Nacional de Atenção

Oncológica, criada pela Portaria nº 2439/GM de 8 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005) e o Plano de Ação para Controle dos Cânceres de Colo do Útero e Mama (Ministério da Saúde, 2005). O primeiro encadeou diversas atividades entre os três níveis de governo e publicou as definições e características dos equipamentos destinados a assistência em oncologia, quais sejam: em Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

O Pacto pela Saúde foi composto pelo Pacto pela Vida, Pacto de Gestão do SUS e Pacto em Defesa do SUS, consolidados através da Portaria /GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. O câncer de mama foi considerado uma das prioridades do programa, tendo como objetivo para estados e municípios, a ampliação em 60% a cobertura de mamografia e punção em todos dos casos que fossem necessários. (BRASIL, 2006).

O Programa Mais Saúde traçou metas diferentes dos outros programas em relação ao câncer. Tinha como propósito uma regulação para os medicamentos de custo elevado, compra de equipamentos de radioterapia e a elaboração de Centros Técnicos-Científicos Macrorregionais do INCA (BRASIL, 2008).

No ano de 2008, o Ministério da Saúde lança o sistema de informação para publicação de dados relativos ao rastreamento e diagnóstico de câncer de mama, o SISMAMA. Sua primeira versão foi criada pelo DATASUS em parceria com o INCA.

O SISMAMA permite a geração de dados que subsidiam o monitoramento e a avaliação por meio dos relatórios. Ainda, para além da emissão eletrônica de laudo padronizado, o sistema permite ao gerente dos serviços de radiologia e patologia avaliar o desempenho dos profissionais (produção e adequação técnica), o perfil da população atendida e acompanhar outros indicadores por meio dos relatórios gerenciais, a fim de monitorar as ações de detecção precoce. (GONÇALVES, 2016, p.15).

Em 2009, foi realizado o Encontro Internacional sobre Rastreamento do Câncer de Mama, reunindo autoridades de governo, profissionais de saúde, sociedades científicas, dentre outros, a fim de trocar conhecimentos e experiências adquiridas na introdução de programas de rastreamento do câncer de mama, baseado em evidências científicas. Este evento foi um importante marco nas buscas por subsídios e propostas para melhorias nas atividades do SUS em relação ao enfrentamento desta grave situação vivida pelas mulheres portadoras de câncer de mama.

Em 2011, assim como os outros programas, o Plano Nacional de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer teve como objetivo reforçar das ações de controle e prevenção do câncer, através da publicação da Portaria nº 924, de 26 de abril de 2011. O acesso a todas as mulheres que localizasse lesões palpáveis para um diagnóstico e tratamentos imediatos, rastreamento por mamografia a todas as mulheres com idade entre 50 a 69 anos e melhora na rede de atenção do câncer de mama, foram as metas traçadas pelo plano. Além disso, o plano propõe acesso ao diagnóstico e início do tratamento em um período de até 60 dias para as mulheres com suspeita da doença (BRASIL, 2011). Esse prazo foi estabelecido a fim de que o diagnóstico não seja realizado tardiamente. Assim, o risco de agravamento da doença se torna menor e o paciente doente poderá realizar o tratamento em tempo oportuno.

Em 2012, surge o Programa de Mamografia Móvel, instituído pela portaria MS/SAS nº1228, de 30 de outubro de 2012, a fim de garantir maior acesso ao exame para a população economicamente menos favorecida, fazendo com que aumente a cobertura da mamografia.

Através da portaria MS/GM nº 3394, de 30 de dezembro de 2013, o Ministério da Saúde apresenta o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN).

O SISCAN tinha por finalidade permitir o monitoramento das ações relacionadas à detecção precoce, à confirmação diagnóstica e ao início do tratamento de neoplasias malignas, devendo ser implantado na rede de estabelecimentos públicos e privados como laboratórios de citopatologia e anatomia patológica; unidades fixas e móveis de radiologia com serviço de mamografia; nos serviços que realizam tratamento para câncer nas modalidades de cirurgia, quimioterapia e radioterapia; e nas coordenações Estaduais, do Distrito Federal e Municipais que acompanham as ações de controle do câncer. (GONÇALVES, 2016, p.18).

O SISCAN integrou os outros sistemas de informação (SISCOLO E SISMAMA), através da Portaria nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013, facilitando o rastreamento e o diagnóstico precoce do câncer de mama (BRASIL, 2013).

Por fim, o programa mais recente, lançado através da Portaria nº59, de 1 de outubro de 2015, foram as Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama. Essas diretrizes tiveram como objetivo avaliação da efetividade e risco de intervenções relativas ao câncer de mama (BRASIL, 2015).

Espera-se que essas diretrizes favoreçam num impacto positivo e menores danos na saúde, melhorando a qualidade da detecção precoce do câncer de mama e diminuindo a mortalidade pela doença.

A existência dessas políticas públicas e atividades voltadas para a prevenção do câncer de mama, não garantem que as mulheres não irão desenvolver a doença. Porém, com esses programas, é possível aumentar a expectativa de vida das mulheres portadoras da doença por meio do diagnóstico precoce e tratamento em tempo oportuno. Uma das modalidades de tratamento para o câncer de mama, é a cirurgia. E, para a maioria das mulheres com a doença, essa pode ser mutiladora.

A mama é um símbolo importante para a imagem e sexualidade feminina. É ela que caracteriza o corpo feminino, que garante prazer à mulher em seus relacionamentos e que assegura a amamentação durante um período valorizado por grande parte das mulheres: a maternidade. Por isso, quando retirada, pode causar sentimentos negativos para essas mulheres e seus familiares.

Tristeza, desespero, medo da morte, ansiedade, depressão, são alguns desses sentimentos relatados por diversas mulheres que realizaram a cirurgia de retirada da mama. Isso demonstra que, ainda que exista tratamento e possibilidade de cura para o câncer, o mesmo ainda se mostra como uma doença de caráter negativo, em que, simbolicamente, a morte é o seu único fim.

Além disso, a autoestima e a sexualidade feminina podem ficar comprometidas, visto que a imagem corporal é um importante fator para a construção da autoimagem. Algumas mulheres passam a ter vergonha do próprio corpo, já que sentem que ele está incompleto, fora dos padrões de beleza impostos pela sociedade, perdem a sensibilidade na região mutilada, além do medo da rejeição do parceiro, causando constrangimento ao despirem-se diante dos parceiros ou durante outros momentos de intimidade de um relacionamento.

Ainda que exista diversos sentimentos negativos, muitas mulheres vivenciaram experiências diferentes e positivas em relação a mastectomia. Carinho, apoio e amor, foram sentimentos recebidos dos parceiros e da família. Além disso, há aquelas que aceitaram a doença com naturalidade, sabendo que o único caminho para a cura seria a cirurgia. Não associaram a doença à morte.

A espiritualidade foi um fator importante no enfrentamento da doença para algumas mulheres. Acredita-se que exista um ser superior responsável pela situação em que essas mulheres estejam. Algumas mulheres se apoiaram na fé para alívio do

sofrimento, outras, acreditaram que uma entidade divina intercedeu sobre sua vida e decidiu que desenvolvesse a doença, e que, só essa força divina também poderia curá-la (SOUZA, 2016).

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar os tratamentos oncológicos de mama nos anos entre 2008 e 2015 no estado do Rio de Janeiro.

2.2 ESPECÍFICOS

Avaliar possíveis efeitos das políticas públicas voltadas para a prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de mama, no estado do Rio de Janeiro, nos anos entre 2008 e 2015.

3 JUSTIFICATIVA

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer que mais acomete mulheres, ficando abaixo apenas do câncer de pele não melanoma, no Brasil. A incidência e mortalidade mostram-se ainda crescentes, o que pode ser explicado pelo diagnóstico tardio, demora na definição do tratamento adequado e perda do tempo oportuno, fazendo com que a doença se agrave. É de extrema importância que a mulher dê início ao tratamento em tempo oportuno para garantir a possibilidade de cura.

A partir dos anos 2000, o câncer de mama passou a ser prioridade para o governo em termos de saúde pública, devido a um grande aumento do número de casos da doença, e com isso, foram lançadas diversas políticas com a finalidade de obter melhorias e ampliação da rede nos diversos níveis de atenção à saúde, priorizando o rastreamento e a detecção precoce da doença. Pode-se destacar também, a importância de programas estratégicos e educativos, que permitem conscientizar a população sobre a prevenção do câncer de mama. Cabe aos gestores realizar estudos com base nas políticas públicas, capacitar profissionais, divulgar ações de saúde a fim de tomar decisões acerca do câncer de mama.

4 METODOLOGIA

O trabalho analisou os dados de bancos públicos sobre câncer de mama, durante o período de 2008 a 2015. É um estudo prospectivo. A coleta dos dados de tratamentos oncológicos de mama, internações e estabelecimentos, foi realizada no DATASUS. Esses dados foram lançados para o excel, a fim de se elaborar planilhas, tabelas dinâmicas e gráficos. O local selecionado para realização do estudo foi o estado do Rio de Janeiro.

Foram coletados as AIH aprovadas por procedimento cirúrgico e por local de internação entre os anos de 2008 e 2015. Os procedimentos cirúrgicos selecionados foram: extirpação de mamilo em oncologia; mastectomia radical com linfadenectomia axilar em oncologia; mastectomia simples em oncologia; ressecção de lesão não palpável de mama com marcação em oncologia (por mama); e segmentectomia ou quadrantectomia ou setorectomia de mama em oncologia. Para a análise estatística e p valor foi utilizado o Makesens: uma tabela dinâmica.

Em relação às quimioterapias, coletou-se as APAC aprovadas no SUS, correspondentes a produção ambulatorial do SUS, por local de atendimento, entre os anos de 2008 e 2015. Os procedimentos foram: quimioterapia do carcinoma de mama avançado; quimioterapia do carcinoma de mama (prévia); quimioterapia do carcinoma de mama em estágio III; quimioterapia do carcinoma de mama em estágio II; e quimioterapia do carcinoma de mama em estágio I. Para a análise estatística e p valor foi utilizado o Makesens: uma tabela dinâmica.

Para a radioterapia, coletou-se as APAC aprovadas no SUS, correspondentes a produção ambulatorial do SUS, por local de atendimento, entre os anos de 2008 e 2015. Os procedimentos foram coletados por campos de radioterapia divididos por estadiamento: 0, 1, 2, 3 e 4. Para a análise estatística e p valor foi utilizado o Makesens: uma tabela dinâmica.

O gráfico 5 foi construído com dados de internações do SIH-SUS, por faixa etária e por local de internação segundo neoplasia maligna de mama entre os anos de 2008 e 2015. As faixas etárias selecionadas para compor o gráfico foram de 20 a 80 anos ou mais.

O gráfico 6 foi construído com dados das AIHs aprovadas por estabelecimento, correspondente a procedimentos hospitalares do SUS (cirurgia oncológica de mama) por local de internação nos anos entre 2008 e 2015.

Além disso, foi feito um levantamento bibliográfico de artigos, documentos, entre outros, para que se pudesse realizar a análise dos dados em diálogo com outras publicações científicas.

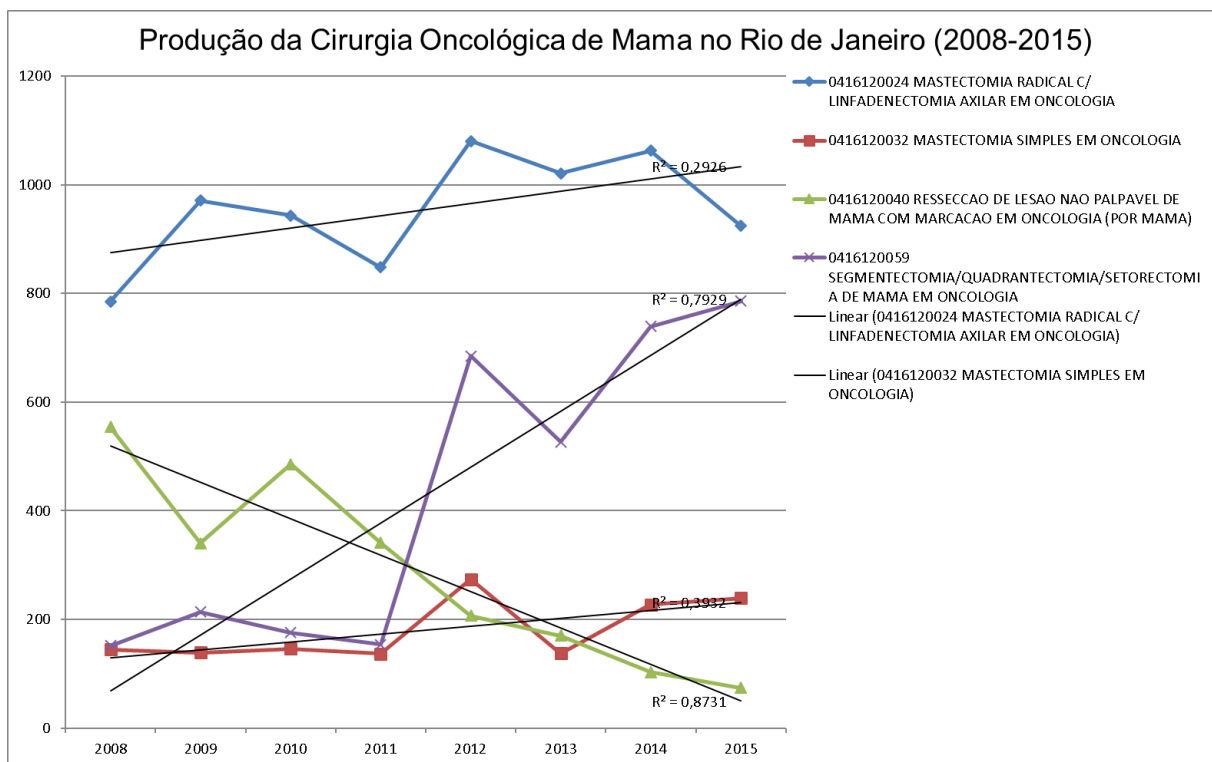
O trabalho não engloba dados de hormonioterapia por limitações do banco de dados do DATASUS.

Para a análise dos achados nas bases de dados foram utilizados três recursos comparativos, à saber: a variação de volumes no tempo das séries históricas, com suas tendências lineares e nelas verificando-se o p-Valor, considerando uma distribuição com significância aquela que apresenta um p-Valor $<0,05$. Ainda testando as tendências estabelecidas, analisou-se o ajuste modelar destas à uma regressão linear simples e para tal utilizou-se o R quadrado ou R^2 , assim, analisaram-se as curvas de tendência, seja com aumento de produção, com estagnação ou manutenção ou com declínio da produção e seus ajustes ou desajustes ao modelo projetado. Para a verificação da intensidade ou da aceleração no tempo da oferta de serviços de tratamento oncológico, verificou-se a variação percentual entre os anos de 2008 e 2015, período de observação destes fenômenos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente trabalho, foram coletados dados sobre as modalidades de tratamentos existentes para o câncer de mama, ofertadas e produzidas no âmbito do SUS, não sendo objeto deste estudo aqueles prestados no âmbito da Saúde Suplementar, em quaisquer de suas modalidades. Dentre os dados estão, a quantidade de quimioterapias realizadas em mulheres com câncer de mama no estado do Rio de Janeiro, nos anos entre 2008 e 2015, para tal foram utilizadas as quantidades de APAC de quimioterapias no estado do Rio de Janeiro, nos anos entre 2008 e 2015, a quantidade e tipos de cirurgia realizadas em mulheres com câncer de mama no estado do Rio de Janeiro, nos anos entre 2008 e 2015, a quantidade de campos de radioterapia realizadas em mulheres com câncer de mama no estado do Rio de Janeiro, nos anos entre 2008 e 2015, para tal foram utilizadas as quantidades de APAC, os estabelecimentos que realizaram cirurgia oncológica de mama no estado do Rio de Janeiro, nos anos entre 2008 e 2015, a quantidade de internações por câncer de mama por faixa etária no estado do Rio de Janeiro, nos anos entre 2008 a 2015.

Gráfico 1 - Produção de Cirurgia Oncológica de Mama no estado do Rio de Janeiro entre os anos de 2008 e 2015



Fonte: DATASUS, 2017

Tabela 1 - Tendência linear e p valor das modalidades cirúrgicas

Cirurgia	R ²	P valor
Mastectomia Radical com Linfadenectomia axilar em oncologia	0,2926	0,412216
Mastectomia Simples em oncologia	0,3932	0,001473
Ressecção de lesão não palpável de mama com marcação em oncologia (por mama)	0,8731	<0,00001
Segmentectomia/quadrantectomia/setorectomia de mama em oncologia	0,7929	<0,00001

Quadro 6 - Produção x crescimento das cirurgias realizadas no estado do Rio de Janeiro, no período de 2008 a 2015 por modalidade cirúrgica

Mastectomia	Produção 2008	Produção 2015	Crescimento (%)
Mastectomia radical com linfadenectomia axilar em oncologia	785	924	18%
Mastectomia simples em oncologia	145	239	65%
Ressecção de lesão não palpável de mama com marcação em oncologia	554	74	-87%
Segmentectomia/ Quadrantectomia/ Setorectomia de mama em oncologia	152	786	417%

O gráfico 1 remete a produção de cirurgia oncológica de mama no estado do Rio de Janeiro, entre os anos 2008 e 2015. Pode-se observar que algumas modalidades cirúrgicas como a mastectomia radical e a mastectomia simples possuem uma tendência estável em relação ao número de cirurgias realizadas. Já a segmentectomia/quadrantectomia/setorectomia possui um R^2 de 0,7929, o que significa um ajuste significativo ao modelo linear e a tendência é fortemente crescente, passando de aproximadamente 200 cirurgias no ano de 2011 para cerca de 800 cirurgias realizadas no ano de 2015. Isso pode ser explicado pela criação e manutenção de políticas públicas voltadas para a prevenção e tratamento do câncer de mama, já que fazendo o rastreamento por mamografia em mulheres com idades determinadas pelo Ministério da Saúde, é possível localizar as lesões em tempo oportuno, podendo realizar cirurgias menos agressivas, como a segmentectomia, quadrantectomia e setorectomia.

A ressecção de lesão não palpável diminuiu notavelmente ao observar-se a curva de tendência e esta redução mantida está fortemente ajustada ao modelo R^2 , com maior índice para esta modalidade de tratamento, visto que o R^2 é de 0,8731. Essa queda mantida também pode ser explicada pelas políticas públicas existentes. Essa cirurgia era realizada em casos de existência de tumores, independentemente de ser benignos e malignos. Com a melhora do rastreamento para o câncer de mama, foi possível classificar o tipo de lesão (benigno ou maligno). Com isso, atualmente, realiza-se a cirurgia apenas quando o tumor é maligno, já que o tumor

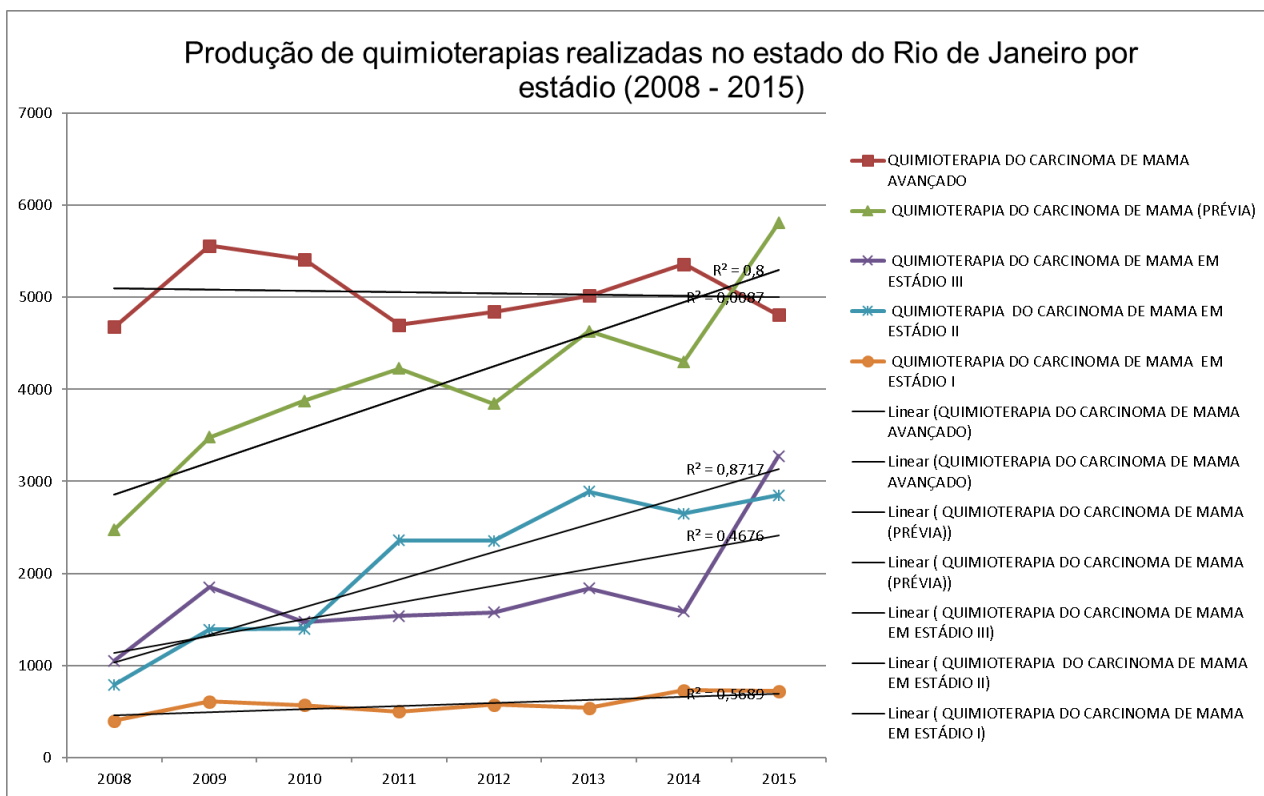
benigno possui chances de não se transformar em câncer. Outro fator que pode explicar a diminuição desse procedimento cirúrgico, é que, com a melhora do rastreamento, reduziu-se o número de exames com resultados falsos positivos, não se fazendo necessária a realização da cirurgia em casos onde não há tumores característicos da doença.

Por falar em exames com resultados falso positivos/falso negativos, pode-se dizer que eles são mais comuns do que se imagina e isso preocupa. Segundo o Colégio Brasileiro de Radiologia, estudos médicos mostram que a ressonância magnética possui um índice de 95% de precisão. Isso significa que pode ser observado um resultado falso positivo ou falso negativo a cada 20 exames realizados. Em relação a mamografia, esse índice situa-se com 10% de exames falso-negativos.

Os exames com resultados falsos podem ser explicados por diversos motivos, tais como: má qualidade do exame, ou seja, ocorrer alguma falha em uma das etapas durante o procedimento; pode-se ser reveladas diversas outras lesões, dificultando a identificando dos tumores propriamente ditos; a localização do tumor, ou seja, ele pode estar situado em alguma região difícil de detecção.

Porém, é possível diminuir a quantidade de falsos diagnósticos. Faz-se necessário a verificação e manutenção das máquinas corriqueiramente, saber se os técnicos e radiologistas estão realizando os procedimentos de forma correta, dentre outras ações. Além disso, outras técnicas podem auxiliar nessa diminuição, como é o caso da elastografia. A elastografia é um exame que complementa a ultrassonografia, a ressonância ou a mamografia, que através de uma onda de compressão, irá avaliar a rigidez do tecido, indicando a existência ou não de tumores na região. Entretanto, o procedimento é de difícil acesso, não está disponível no SUS e poucas são as clínicas particulares que o realizam. A biópsia ainda é o procedimento complementar para a verificação de tumores. É lamentável, já que é um exame mais caro e mais invasivo para o paciente.

Gráfico 2 - Produção de quimioterapias realizadas no estado do Rio de Janeiro por estágio entre os anos de nos anos entre 2008 e 2015



Fonte: DATASUS, 2017

Tabela 2 - Tendência linear e p valor das quimioterapias por estágio da doença

Quimioterapia	R ²	P valor
Carcinoma de mama prévia	0,8	<0,00001
Carcinoma de mama em estágio I	0,5689	<0,00001
Carcinoma de mama em estágio II	0,8717	<0,00001
Carcinoma de mama em estágio III	0,4676	0,000191
Carcinoma de mama avançado	0,0087	0,726339

Quadro 7 - Produção x crescimento das quimioterapias realizadas no estado do Rio de Janeiro, no período de 2008 a 2015 por estágio da doença

Estadiamento	Produção 2008	Produção 2015	Crescimento (%)
Quimioterapia carcinoma mama prévia	2478	5810	134%
Quimioterapia carcinoma mama estágio I	398	719	81%
Quimioterapia carcinoma mama estágio II	789	2849	261%
Quimioterapia carcinoma mama estágio III	1052	3275	211%
Quimioterapia carcinoma mama avançado	4679	4811	3%

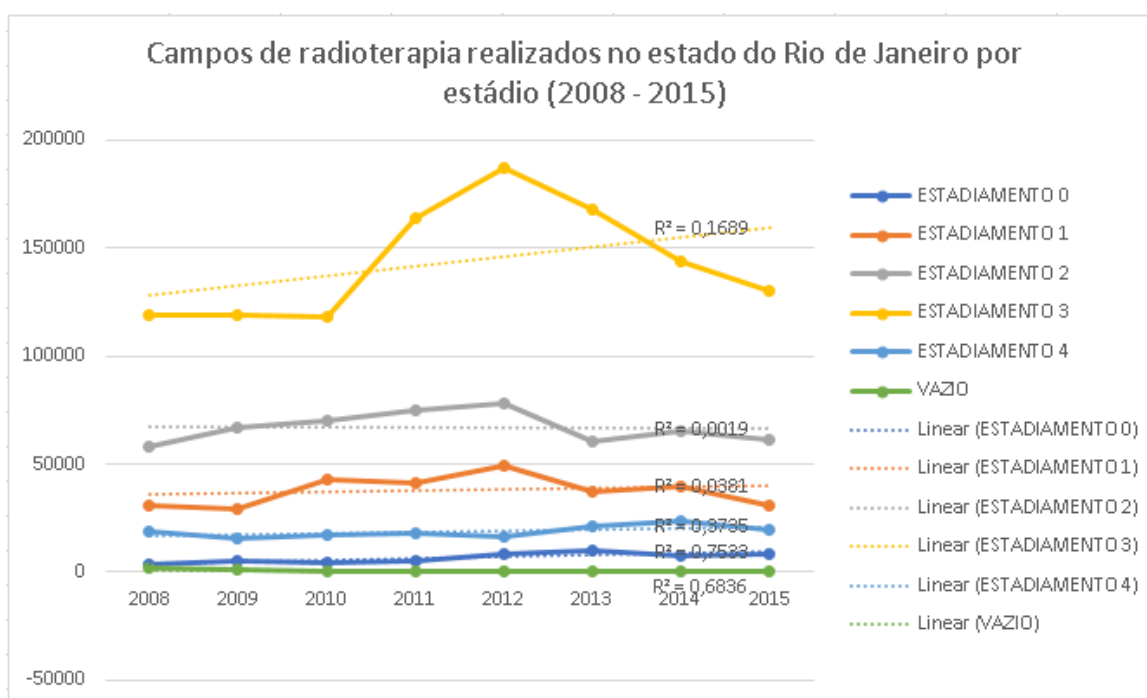
O gráfico 2 expressa a produção de quimioterapias realizadas no estado do Rio de Janeiro nos anos entre 2008 e 2015, por estádios da doença: quimioterapia prévia, estágio I, estágio II, estágio III, avançado (paliativa).

A quimioterapia paliativa terá finalidade da melhora da qualidade de vida da paciente quando não há nenhuma possibilidade de cura da doença. Os sintomas do paciente são amenizados, porém não há alteração da sobrevida. A quimioterapia prévia é aquela indicada para redução parcial do tumor para que futuramente possa complementar o tratamento com uma cirurgia ou radioterapia. A quimioterapia curativa, nesse caso são os estádios I, II e III, é aquela que, como o próprio nome já diz, tem a finalidade de curar completamente o paciente.

Pode-se observar que a quimioterapia do carcinoma de mama avançado, quimioterapia do carcinoma de mama em estágio III e a quimioterapia do carcinoma de mama em estágio I possuem uma tendência estável em relação ao número de quimioterapias realizadas. Já a quimioterapia do carcinoma de mama prévia possui um R^2 de 0,8, o que significa um ajuste forte ao modelo projetado, com características de forte crescimento de sua ocorrência, passando de, aproximadamente 2500 quimioterapias no ano de 2008 para, aproximadamente 6000 quimioterapias no ano de 2015. Isso pode ser explicado pela melhora no diagnóstico da doença, e mesmo que ainda revele casos evidenciados em momentos não oportunos, o câncer está sendo diagnosticado cada vez mais precocemente, proporcionando as mulheres realizarem tratamentos cada vez menos agressivos. Este resultado aponta para a importância da persistência das políticas públicas voltadas para o câncer de mama.

A quimioterapia do carcinoma de mama em estágio II também aumentou visivelmente a quantidade, e esta tendência também tem forte nível de ajuste ao modelo visto que o R^2 é de 0,8717. O número de procedimentos passou de, aproximadamente, 1000 quimioterapias no ano de 2008 para, aproximadamente, 3000 no ano de 2015. Isso também aponta para um resultado favorável das políticas públicas para prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de mama, visto que o rastreamento deste câncer vem sendo ampliado sistematicamente, já que o estágio II significa que a doença ainda se encontra no seu início.

Gráfico 3 - Produção de radioterapias realizadas no estado do Rio de Janeiro por estágio entre os anos 2008 e 2015



Fonte: DATASUS, 2017

Tabela 3 - Tendência linear e p valor das radioterapias por estágio da doença

Radioterapia	R²	P valor
Carcinoma de mama em estágio 0	0,7533	< 0,00001
Carcinoma de mama em estágio I	0,0381	0,05361
Carcinoma de mama em estágio II	0,0019	0,81809
Carcinoma de mama em estágio III	0,1689	0,00152
Carcinoma de mama em estágio IV	0,3735	0,0703

Quadro 8 - Produção x crescimento das radioterapias realizadas no estado do Rio de Janeiro, no período de 2008 a 2015 por estágio da doença

Estadiamento	Produção 2008	Produção 2015	Crescimento (%)
Radioterapia carcinoma mama estágio 0	3384	8246	59%
Radioterapia carcinoma mama estágio I	30631	31148	2%
Radioterapia carcinoma mama estágio II	57748	61091	5%
Radioterapia carcinoma mama estágio III	118664	129921	9%
Radioterapia carcinoma mama estágio IV	18806	19641	4%

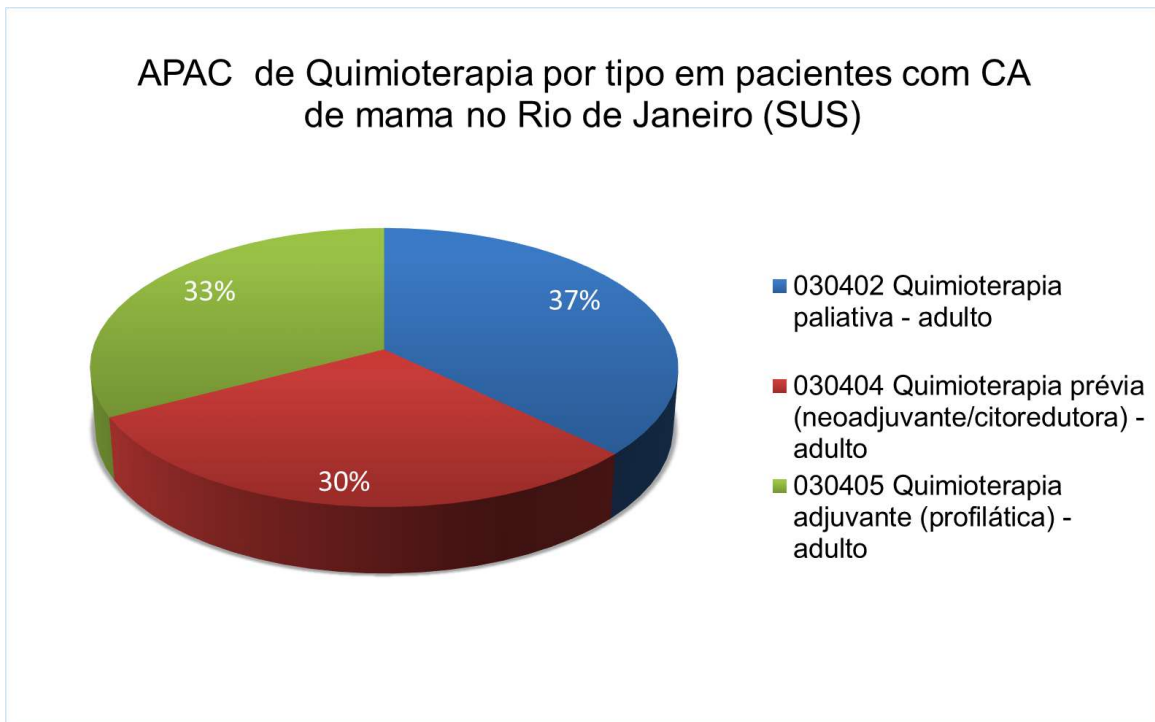
A radioterapia é uma modalidade de tratamento com capacidade de destruição das células tumorais, através de radiações ionizantes. É um procedimento realizado de forma cautelosa, a fim de evitar que, células normais próximas às células tumorais não sejam danificadas. Devido a isso, a terapia é realizada de forma fracionada, com a mesma quantidade de radiação diária.

É um tratamento realizado localmente, podendo ser feita em combinação com outras modalidades de tratamento. Pode ser curativa, a fim de eliminar totalmente a célula tumoral; remissiva, para a diminuição do tamanho do tumor; profilática, quando a doença está em fase subclínica, ou seja, o tumor é impalpável, porém há presença de células doentes; paliativa, quando o objetivo é a redução dos sintomas da doença.

O gráfico 3, trata da produção desse tratamento por estágio, no estado do Rio de Janeiro entre os anos de 2008 e 2015. Pode-se observar que o maior número de campos foi realizado em pacientes com a doença em estágio avançado (3), o que na maioria das vezes, caracteriza-se como um tratamento paliativo. Além disso, nota-se também que, em 2010, houve um aumento do número de campos de radioterapia realizados de forma geral; ainda se tratando de aumento, pode-se destacar o suave crescimento das radioterapias realizadas em casos de fase subclínica da doença (estádio 0). Porém, ainda que tivesse ocorrido o aumento dos campos de radioterapia, o gráfico traz uma tendência de diminuição do número de campos realizados em todos os estádios a partir dos anos 2012/2013. As curvas de tendência não apresentam variações significativas e o desajuste ao modelo mostra R quadrado não significatos assim como os p-Valores. Neste sentido é importante registrar que o déficit na capacidade de realização de radioterapias requer um tempo mais alargado e um investimento contínuo no projeto de ampliação. A atual política de restrição orçamentária em vigor compromete sobremaneira estes projetos dependentes diretamente de investimentos de recursos públicos federais.

Esses fatores podem ser explicados pelo momento de transição que a assistência ao câncer de mama tem passado, onde ainda se tem um elevado número de casos da doença sendo descobertos e tratados em estágio avançado, mas também, já havendo uma melhoria no diagnóstico do câncer de mama, fazendo com que a doença seja descoberta precocemente, favorecendo o tratamento e, conseqüentemente, a cura, a maior sobrevida, e a diminuição da mortalidade.

Gráfico 4 - APAC de quimioterapia por tipo em pacientes com câncer de mama no estado do Rio de Janeiro (SUS)



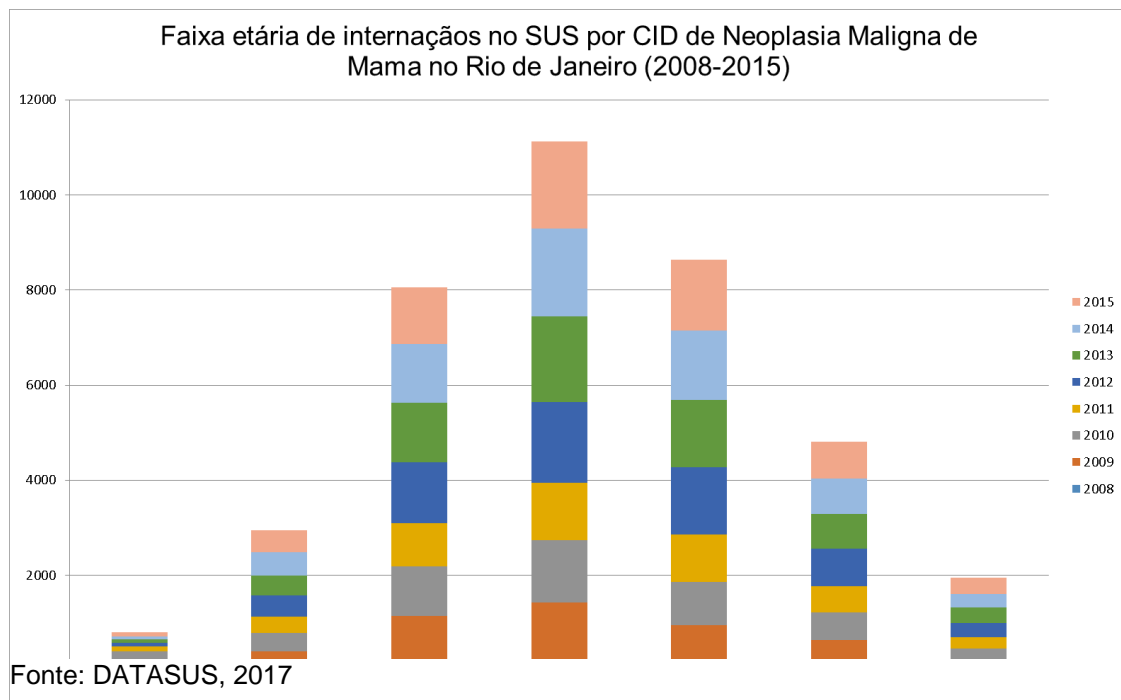
Fonte: DATASUS, 2017

O gráfico 4 remete as APAC realizadas no SUS, de quimioterapia por tipo em pacientes com câncer de mama no estado do Rio de Janeiro. Os tipos de quimioterapia presentes no gráfico são: quimioterapia paliativa, aquela que, como dita anteriormente no trabalho, não possui função curativa, mas de manejo terapêutico da qualidade de vida. Apenas ameniza os sintomas da doença, sem melhora de sobrevida; quimioterapia prévia (neoadjuvante/citoredutora), aquela realizada para redução do tumor, permitindo a complementação terapêutica com cirurgia ou radioterapia e quimioterapia adjuvante, aquela realizada após uma cirurgia a fim de evitar que as células cancerígenas se espalhem, caracterizando metástase.

As fontes sobre internações hospitalares dos pacientes portadores de neoplasias atendidos no SUS estão disponíveis nas guias de Autorização de Informações Hospitalares (AIH), enquanto que as informações sobre os procedimentos estão disponíveis nas guias de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) dos tratamentos com código de oncologia. Todos os tratamentos oncológicos no Brasil são classificados no SUS conforme a sua complexidade. As neoplasias são classificadas como doença da média e alta complexidade. (SIQUEIRA, 2016, p. 28).

É interessante observar que ainda que a quantidade de quimioterapia de mama prévia tem aumentado segundo o gráfico 2, a quantidade de quimioterapia avançada (paliativa), ainda possui uma porcentagem maior (37%) do que a quimioterapia de mama prévia (30%). Isso pode significar uma transição de efeito das políticas públicas. Transição, pois ainda não se mudou completamente o perfil das quimioterapias, já que o esperado é a porcentagem de quimioterapias prévia ser maior do que de quimioterapias paliativas.

Gráfico 5 - Faixa etária de internações no SUS por CID de Neoplasia Maligna de Mama no estado do Rio de Janeiro entre os anos de 2008 e 2015



O gráfico 5 remete a faixa etária de internações nos estabelecimentos do SUS por câncer de mama no estado do Rio de Janeiro entre os anos 2008 e 2015.

Pode-se observar que a faixa etária mais acometida pelo câncer de mama é de 50 a 59 anos e 60 a 69 anos. O interessante ao analisar esse gráfico, é que a doença acomete mulheres na faixa etária em que o Ministério da Saúde recomenda fortemente o rastreamento por mamografia para o câncer de mama, significando que o programa de rastreamento deve estar sendo realizado em tempo cada vez mais oportuno.

Porém, pode-se observar também, o acometimento importante das mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos, o que pode fazer com que, em um breve futuro, o MS faça alterações nas políticas públicas voltadas para o câncer de mama, recomendando o rastreamento incondicional em mulheres um pouco mais jovens, ainda que resida nesta proposição o problema dos falsos positivos, que pelas tecnologias atuais e prevalência do problema, ainda é uma possibilidade preocupante.

Gráfico 6 - Hospitais que realizam procedimentos cirúrgicos para câncer de mama no estado do Rio de Janeiro, entre os anos 2008 e 2015



Fonte: DATASUS, 2017

O gráfico 6 remete aos hospitais que realizam procedimentos cirúrgicos para câncer de mama no estado do Rio de Janeiro, no período de 2008 a 2015.

Pode-se observar que o INCA é o hospital que realiza o maior número de cirurgias de câncer de mama no estado do Rio de Janeiro. O segundo que mais realiza estes procedimentos cirúrgicos é o hospital Mário Kröeff. Observa-se que existe uma brusca diferença entre a quantidade de cirurgias entre o INCA e o Mário Kröeff, mesmo que exista apenas um lugar no ranking diferenciando ambos no

gráfico. O INCA realizou 7315 cirurgias entre os anos de 2008 e 2015, enquanto que o hospital Mário Kröeff realizou 2308 entre os mesmos anos.

Outra observação interessante verificada no gráfico 6, é que os dois hospitais que mais realizam cirurgias no estado do Rio de Janeiro, pertencem ao município do Rio de Janeiro. Isso pode explicar o fluxo de pacientes vindos de outro município para realizar tratamento na capital, já que possui uma melhor estrutura e maior oferta de recursos humanos para atendimento.

Há ainda uma grande concentração destes procedimentos na capital e proporcionalmente temos uma menor quantidade de cirurgias realizadas em outros municípios. O câncer é uma doença que debilita muito o paciente, tanto fisicamente como emocionalmente. O fato de terem que sair do conforto de suas cidades para realizar o tratamento em outro município, pode ser desgastante para o paciente, além disso, muitas vezes pode não se ter condições financeiras e estruturais para se manter fora de seus municípios de residência.

O panorama do câncer de mama no país, com cada vez mais casos da doença confirmados, exige uma fiscalização e monitoramento continua das políticas para que possa melhorar as práticas e serviços oncológicos. Tratar uma doença vai além das modalidades em si; os cuidados começam no acesso à saúde. O acesso é a entrada do paciente na rede, na sua localidade, a fim de garantir atendimento. Porém, por mais que políticas, ações e estratégias intensifiquem as intervenções sociais e estruturais do câncer, o acesso é complexo.

A Constituição de 88, a Política Nacional de Atenção Oncológica e a Política Nacional de Controle de Câncer de Mama, caracterizam o acesso à saúde, deixando claro que parte dos investimentos devem ser destinados a ampliação das redes de atenção oncológica, a fim de garantir atendimento integral a mulheres com câncer de mama. Esse atendimento integral deve garantir um acesso universal, equânime e integral, seguindo os princípios do SUS. Porém, nem sempre isso é garantido e por isso o acesso é dificultado.

As desigualdades existem, principalmente as sociais. E quando as camadas menos favorecidas da sociedade possuem dificuldades no acesso, seja indo em diversos hospitais públicos e não sendo atendidos, seja esperando horas para ser atendidos quando finalmente conseguem uma atenção da instituição ou até mesmo não conseguindo realizar procedimentos complexos e de alto custo do qual necessita, outros problemas sociais surgem, como por exemplo, o intenso sofrimento físico e

psicológico do paciente. Para que isso deixe de ocorrer, talvez seja necessário reinventar e mudar a gestão de serviços públicos de saúde.

A fim de diminuir ou evitar o sofrimento desses pacientes com câncer, em 2013, entrou em vigor a Lei dos 60 dias (Lei nº 12.732/12), que tem como objetivo a obrigação do início do tratamento do câncer em até 60 dias após o diagnóstico da doença através de laudo patológico. É mais um recurso que coloca as doenças crônicas no centro da Política Nacional de Saúde. Tratar a doença em tempo oportuno é importante já que quanto mais cedo se começa o tratamento, maior a possibilidade de terapêutica menos invasiva e maior a probabilidade de cura da doença.

Ainda existem desafios a serem enfrentados. Fazer a lei ser aplicada na prática, é um deles. Outro obstáculo a ser enfrentado é a própria Portaria criada para regulamentar a lei. A Portaria MS/GM nº 876/13 certifica de que o prazo para início do tratamento começa a contar da data do registro do diagnóstico do paciente em seu prontuário. E isso faz uma diferença considerável ao passo que, muitas das vezes, o laudo patológico demora para retornar à instituição que fará o registro do diagnóstico no prontuário do paciente.

Tabela 4 - Tempo entre Diagnóstico e Tratamento dos pacientes (Pacientes sem diagnóstico e sem tratamento) na região Sudeste, do estágio inicial ao avançado, em todas as faixas etárias

Tempo entre Diagnóstico e Tratamento (Pacientes Sem diagnóstico e Sem Tratamento)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
0 a 15 dias	59,41%	58,73%	56,45%	56,69%	59,12%	60,99%	47,23%
16 a 30 dias	7,87%	8,08%	7,73%	8,15%	7,72%	7,13%	13,16%
31 a 60 dias	13,04%	12,87%	13,50%	13,34%	12,90%	12,78%	18,92%
61 a 90 dias	8,71%	8,66%	9,44%	8,76%	8,56%	8,16%	9,92%
91 a 120 dias	4,53%	4,87%	5,17%	5,36%	4,99%	4,59%	4,95%
121 a 150 dias	2,50%	2,42%	2,65%	2,64%	2,46%	2,31%	2,11%
151 a 180 dias	1,37%	1,35%	1,63%	1,63%	1,46%	1,38%	1,33%
181 a 210 dias	0,88%	0,82%	1,04%	1,03%	0,79%	0,82%	0,99%
211 a 240 dias	0,55%	0,57%	0,70%	0,63%	0,53%	0,59%	0,68%
241 a 270 dias	0,29%	0,39%	0,45%	0,44%	0,36%	0,30%	0,26%
271 a 300 dias	0,19%	0,22%	0,27%	0,26%	0,24%	0,22%	0,10%
301 a 330 dias	0,13%	0,17%	0,20%	0,22%	0,15%	0,15%	0,06%
331 a 365 dias	0,13%	0,27%	0,16%	0,28%	0,23%	0,26%	0,12%
Mais de um ano	0,39%	0,57%	0,61%	0,58%	0,49%	0,32%	0,18%

Região de Residência

Estadiamento (Grupo)

Faixa Etária

Registros Excluídos do Cálculo: 545.552

Região Sudeste

(Tudo)

(Tudo)

Fonte: Observatório de Oncologia – ABRALE.

Outro fator que merece destaque quando o assunto é a terapêutica do câncer, é a adesão ao tratamento. Aderir ao tratamento é, segundo a OMS como, “a medida com que o comportamento de uma pessoa corresponde as recomendações de um profissional de saúde” (WHO, 2003, p. 3); e isso vai além do fato de administrar doses de medicamentos em horários corretos.

A adesão está ligada a mudanças sociais e de comportamento do paciente para que a doença seja controlada e assim, permitir que o paciente possua melhor qualidade de vida. É importante ressaltar a responsabilidade do paciente para com sua doença e com os profissionais de saúde que estão a sua disposição, assim como os mesmos oferecerem suporte necessário ao paciente, dentro e fora da unidade de saúde onde é prestado os cuidados.

Porém, ainda assim, é vista uma baixa adesão ao tratamento que pode ser explicada por diversos fatores, dentre eles, os efeitos colaterais do tratamento. Muitos sintomas desconfortáveis causados pelo uso de alguns medicamentos para o câncer geram uma falsa impressão ao paciente de que está agravando seu estado de saúde, fazendo com que ele suspenda o uso da medicação. Daí a importância da comunicação entre paciente e profissionais de saúde. Os responsáveis pelo cuidado com o paciente devem explica-los o que possivelmente eles venham sentir devido ao uso das drogas.

Os tratamentos de longa duração para a doença, como a hormonioterapia, por exemplo, podem fazer com que o paciente pare o tratamento ao ver que houve uma melhora. Durante esse tratamento, de forma geral, o paciente está sozinho no dia-a-dia, sem acompanhamento dos profissionais de saúde, facilitando o abandono do tratamento ao ver que os sintomas diminuíram antes do fim do tratamento.

A baixa adesão a terapêutica pode causar o que os pacientes mais temem: a baixa efetividade do tratamento e o avanço da doença.

Sabe-se que o Brasil não possui políticas públicas de saúde voltadas para a adesão ao tratamento do câncer no SUS. Os discursos e trabalhos atuais tem se voltado muito para uma assistência oncológica de forma integral e por isso, a adesão deveria estar inserida nesse contexto, já que faz parte de todo o processo de assistência ao paciente. Com isso, uma forma de incluir a adesão ao tratamento na legislação brasileira, é ser incluída na PNAO, para que passe a ter reconhecimento da sua importância também para as mulheres com câncer de mama e que utilizam os serviços de saúde.

6 CONCLUSÃO

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer que mais acomete as mulheres, perdendo apenas para o câncer de pele não melanoma. Devido a isso, tem-se observado uma maior preocupação com a saúde das mulheres.

A mama não é apenas um órgão feminino. É um símbolo da sexualidade feminina; assegura a autoestima da mulher. Ao receber um diagnóstico positivo para câncer de mama, muitas mulheres se veem perdendo um signo importante do seu corpo não só físico, mas psicológico também, por isso, é importante que a mulher seja acolhida e receba apoio de familiares, profissionais, após o diagnóstico, durante o tratamento e a sua reinserção na sociedade após a cura, a fim de que resgatar a sua autoestima.

Diferentemente dos outros tipos de câncer, o de mama possui diversos programas e políticas próprias para que todas as etapas – do diagnóstico a reabilitação- sejam menos sofridas para as mulheres. Historicamente, pode-se afirmar que as prioridades com a saúde da mulher foram se modificando ao longo do tempo de acordo com as necessidades da população feminina. Tendo o câncer de mama como referência, pode-se dividir esse histórico em 3 grandes momentos: O primeiro, anteriormente a 1997, não havia métodos para a detecção da doença. A preocupação ainda era a saúde materno-infantil, visando à diminuição da mortalidade infantil e mortalidade materna; O segundo, com início em 1997, quando os casos de câncer de mama começaram a ganhar importância devido ao seu aumento e coube ao governo incentivar a população a buscar informações sobre a doença e a realização do autoexame; e terceiro e último momento, começando em 2005 até os dias atuais, caracterizado pelo rastreamento da doença com mamografia, uma maior preocupação com diagnóstico e tratamentos sendo realizados em tempo adequado para que diminua a mortalidade pela doença, as cirurgias muito invasivas e promova melhor qualidade de vida para as mulheres.

A quantidade de cirurgias menos invasiva, como a segmentectomia, quadrantectomia, setorectomia, aumentou e a quantidade de cirurgias que eram realizadas para a retirada de tumores cancerígenos ou não, como a ressecção de lesão não palpável de mama, diminuiu. Assim como algumas cirurgias, o número de quimioterapias do carcinoma de mama prévia e o número de quimioterapias do carcinoma de mama em estágio II também aumentaram. Com relação a radioterapia,

observou-se que o maior número de campos foi realizado em pacientes com estágio avançado; e já iniciando um leve aumento das radioterapias realizadas em pacientes onde existem células cancerígenas, porém impalpáveis, ou seja, no início da doença, caracterizando um momento de transição. Tudo isso indica que as políticas públicas de saúde voltadas para o câncer de mama geraram resultados positivos.

Em relação a cirurgia, com a realização da mamografia, é possível realizar cirurgias menos invasivas, já que a lesão estará menor; e como o rastreamento está sendo realizado em tempo oportuno, a quantidade de segmentectomia, quadrantectomia e setorectomia aumentaram. Já a ressecção de lesão não palpável de mama diminuiu devido a melhora na detecção de lesões benignas ou malignas, realizando a cirurgia então apenas quando a lesão é maligna. Também pode-se dizer que diminuiu os casos de exames falso positivos, evitando possíveis cirurgias onde não há o tumor de fato.

Como o câncer de mama está sendo descoberto cada vez mais cedo, as mulheres estão realizando procedimentos menos agressivos. Isso explica o aumento das quimioterapias de câncer mama prévia, que são realizadas, na maioria das vezes, anteriormente a uma cirurgia, para que o tamanho do tumor diminua e a cirurgia seja menos invasiva; explica também o aumento das quimioterapias em estágio II, já que a doença ainda se encontra no início.

Diferentemente das outras modalidades de tratamento, a radioterapia mostrou que o maior número de campos realizados foi em pacientes com estágio avançado da doença, o que pode caracterizar uma terapêutica paliativa. Porém, ainda que tenha ocorrido esse aumento, há uma tendência de diminuição a partir dos anos 2012/2013.

É visível, de forma geral, que os resultados advindos das políticas públicas foram positivos e que o país tem avançado em relação ao câncer de mama, porém, o panorama ainda não é o ideal. É preciso que continue investindo em gestão, novas políticas e realizando avaliações das políticas já existentes para que haja sempre bons resultados, preservando e melhorando a saúde da população brasileira.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Letícia da Silva. **Análise da assistência oncológica do SUS**: Produção ambulatorial (SAI/SUS) e hospitalar (SIH/SUS), no período de 2008 a 2015, por região brasileira. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.
- BRASIL. Casa Civil. 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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 3.394, de 30 de dezembro. Institui o Sistema de Informação de Câncer (SICAN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 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). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS nº 1.228, de 30 de outubro de 2012. Regulamenta a habilitação para o Programa de Mamografia Móvel, instituído pela Portaria nº 2.304/GM/MS, de 4 de outubro de 2012. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS nº 779, de 31 de dezembro de 2008. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2005. (Revogada).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais saúde**: direito de todos: 2008 – 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_3ed.pdf. Acesso em: 18 out. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Plano de Ação para o Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama / 2005 – 2007**: diretrizes estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_mama.pdf. Acesso em: 18 out. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do câncer de mama**: documento de consenso. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde: INCA, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>. Acesso em: 18 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Viva mulher: câncer de colo de útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_mulher.pdf. Acesso em: 18 out. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Nota técnica 26: Política Nacional De Atenção Oncológica.** Brasília: CONASS, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_oncologica.pdf. Acesso em: 18 out. 2018.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (DATASUS). **Sistema de informações hospitalares do SUS.** Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet/assistencia-a-saude>. Acesso em: 18 out. 2018.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (DATASUS). **Sistema de informações ambulatoriais do SUS.** Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet/assistencia-a-saude>. Acesso em: 18 out. 2018.

GONÇALVES, J. G. *et al.* Evolução histórica das políticas para o controle do câncer de mama no Brasil. **DIVERSITATES International Journal**, v. 8, n. 1, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Estimativa 2018, incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2018. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2018.

_____. **Fatores de risco.** Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/fatores_risco. Acesso em: 27 ago. 2017.

_____. **O que é o câncer.** Rio de Janeiro: INCA, [2017?]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id+322. Acesso em: 16 nov. 2017.

_____. **Quimioterapia.** Rio de Janeiro: INCA, Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=101. Acesso em: 28 ago. 2017.

_____. **Radioterapia.** Rio de Janeiro: INCA, [2017?]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=100. Acesso em: 20 ago. 2018.

_____. **Tratamento do câncer no SUS.** Rio de Janeiro: INCA, [2017?]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/acoes_tratamento_cancer_sus.pdf. Acesso em: 16 nov. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Recomendações de faixa etária para início da mamografia.** Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2016/inca-ratifica-recomendacoes-de-faixa-etaria-para-inicio-da-mamografia>. Acesso em: 28 ago. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Estimativa 2016, incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

_____. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Deteccao_precoce_CANCER_MAMA_INCA.pdf. Acesso em: 17 jul. 2017.

_____. Todos contra o erro. **Revista Rede Câncer**, n. 17, abr. 2012. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/revistaredecancer/site/home/n17/revista_17. Acesso em: 20 ago. 2018.

_____. **Encontro internacional sobre rastreamento do câncer de mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/encontrorastreamentomama/site/home/>. Acesso em: 18 out. 2018.

_____. Ações de prevenção primária e secundária no controle do câncer. In: _____. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro: INCA, 2008. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap5.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2018.

INSTITUTO ONCOGUIA. **Aderindo corretamente ao tratamento**. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/aderindo-corretamente-ao-tratamento/3734/168/>. Acesso em: 11 out. 2018.

KASPER, D. L. *et al.* **Harrison medicina interna**. 19. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2016. v. 2.

KUSCHNIR, R.; SILVA, L. B. Enfrentando o câncer de mama. *In*: R. KUSCHNIR; M.C.R. FAUSTO (org.). **Gestão de redes de atenção à saúde**. Rio de Janeiro: EAD – ENSP, 2014. p. 109-127.

LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. [S. l.]: McGraw Hill do Brasil, 1978. p. 17-26.

LOYOLA, E. A. C. *et al.* Grupo de reabilitação: benefícios e barreiras sob a ótica de mulheres com câncer de mama. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. e3250015, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce-26-01-3250015.pdf. Acesso em: 11 out. 2018.

MEDEIROS, G. C. *et al.* Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 6, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n6/0102-311X-csp-31-6-1269.pdf>. Acesso em: 18 out. 2018.

OBSERVATÓRIO DE ONCOLOGIA. **60 dias para o câncer e o direito do paciente**. Disponível em: <https://observatoriodeoncologia.com.br/60-dias-para-o-cancer-e-o-direito-do-paciente/>. Acesso em: 11 out. 2018.

OLIVEIRA, E. X. G. *et al.* Acesso a assistência Oncológica: mapeamento dos fluxos origem: destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/13.pdf>. Acesso em: 18 out. 2018.

PADILHA, P. C.; PINHEIRO, R. L. O papel dos alimentos funcionais na prevenção e controle do câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 50, n. 3, p. 251-260, 2004. Disponível em: http://www.nutricaoemfoco.com.br/NetManager/documentos/o_papel_dos_alimentos_funcionais_na_prevencao_e_controle_do_cancer_d_e_mama.pdf. Acesso em: 19 jul. 2018.

PORTO, M. A. T. *et al.* Aspectos Históricos do Controle do Câncer de Mama no Brasil Projeto História do Câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 3, p. 331-339, 2013. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/03-artigo-aspectos-historicos-controle-cancer-mama-brasil.pdf. Acesso em: 18 out. 2018.

RÊGO, I. K. P.; NERY, I. S. Acesso e adesão ao tratamento de mulheres com câncer de mama assistidas em um hospital de oncologia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 3, p. 379-390, 2013. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/08-artigo-acesso-adesao-tratamento-mulheres-cancer-mama-assistidas-hospital-oncologia.pdf. Acesso em: 18 jul. 2018.

ROCHA, J. F. D. *et al.* Mastectomia: As cicatrizes na sexualidade feminina. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 10 n. 5, p. 4255-4263, nov. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11171/12705>. Acesso em: 11 out. 2018.

SIQUEIRA, A. S. E. **Análise do impacto econômico do câncer no Sistema de Saúde no Brasil**: modelo baseado em banco de dados públicos. 2016. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

SOUSA, K. A. *et al.* Sentimentos de mulheres sobre as alterações causadas pela mastectomia. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 4, p. 5032-5038, out./dez. 2016. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidado_fundamental/article/view/4984/pdf_1. Acesso em: 11 out. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva: WHO, 2003.

ANEXO

ANEXO A - ARTIGO

DIVERSITATES International Journal: Vol. 08, N. 01 – julho (2016)

Revista de saúde coletiva e bioética

Universidade Federal Fluminense – Brasil

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

*
 Juliana Garcia Gonçalves ;
 **
 Alessandra de Sá Earp Siqueira ;

 Isabel Garcia de Almeida Rocha ;
 Eduardo Fernandes Felix de Lima***;
 Letícia da Silva Alves***
 Beatriz Oliveira da Silva***;

 Paulo Eduardo Xavier de Mendonça ;

 Emerson Elias Merhy ;

 Marcelo Gerardin Poirot Land

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

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

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

**** Professor Adjunto de Saúde Coletiva- IESC – UFRJ, Diretor Adjunto de Graduação. Pesquisador do

Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde e da Rede de Avaliação Compartilhada

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

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

RESUMO

Este artigo faz parte da Tese de Doutorado “A Lei nº. 12.732/12 e seu Efeito no Cuidado aos Pacientes Oncológicos” e apresenta o resultado de estudo descritivo, a partir de uma perspectiva evolutiva, das políticas brasileiras relacionadas ao controle do câncer de mama. O câncer de mama é uma das doenças crônicas mais incidentes no contexto de transição demográfica, epidemiológica, e intensificação bio e micropolítica. Três momentos marcam as políticas voltadas para o controle do câncer de mama no Brasil: no primeiro, anterior a 1997, não são identificadas estratégias para detecção precoce. O segundo, compreendido entre 1997 e 2004, é marcado pelo investimento em conscientização e incentivo ao autoexame. O terceiro se inicia em 2005 com o emprego do *screening* baseado na mamografia e programas de gestão com incentivos financeiros e propostas normativas para o aumento da oferta de acesso.

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

ABSTRACT

This article is part of the Doctoral Thesis "The Law.12.732 /2012 and its Effect on Care for Oncology Patients "and presents the results of descriptive study, from an evolutionary perspective, about the Brazilian policies related to the control of breast cancer. Breast cancer is one of the most incident chronic diseases in a context of demographic and epidemiological transition and bio and micropolitics changes. Three moments mark these policies for the control of breast cancer in Brazil: in the first, prior to 1997, no strategies for early detection are clearly identified. The second, between 1997 and 2004, is marked by investment in awareness and encouragement to self-examination. The third begins in 2005 with the use of mammography based screening and management programs with financial incentives and regulatory proposals for increasing the supply of access.

KEYWORDS: Public Policy, Breast Cancer, Public Health, Woman

Introdução

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

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

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

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

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

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

A Atenção Oncológica no Brasil

Nas últimas décadas, verifica-se uma importante mudança do perfil epidemiológico com expressivo aumento das doenças neoplásicas e outras doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), dentre elas, o câncer. As DCNT já representam atualmente 63% das mortes no mundo, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS)². Seguindo essa tendência mundial, no Brasil as DCNT são a causa de aproximadamente 74% das mortes (dados de 2012).³

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

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

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

A Agência Internacional para Pesquisa do Câncer (IARC), da OMS, alerta que, para o efetivo controle do câncer de mama, é preciso que sejam desenvolvidas ações inter-setoriais capazes de promover e organizar uma ampla cadeia de atenção à mulher, que vai desde a informação em saúde, passando pela promoção de uma vida saudável (com identificação e combate aos riscos evitáveis), até o acesso a detecção precoce e tratamento oportuno e adequado para a doença em todas as suas fases evolutivas.⁶

Porto et al (2013)⁷ analisam no projeto História do Câncer a implantação de ações, atividades, programas e políticas de controle do câncer de mama no Brasil. No estudo, os autores identificam “quatro fases históricas distintas”. Uma primeira fase, anterior ao SUS, compreendida entre 1971 a 1989, marcada pela chegada ao Brasil dos primeiros mamógrafos e a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984. Na segunda fase, a partir de 1990, período inicial da estruturação do SUS, ocorre o lançamento de um projeto-piloto do programa “Viva Mulher”, com importantes agendas relacionadas ao controle do câncer de mama. A terceira inicia-se em 2004, com a implantação das ações preconizadas pela Conferência de Consenso. Destacam-se o esforço para priorização política do câncer de mama pelo MS e Governo Federal e o desenvolvimento do SISMAMA – sistema de informação destinado à coleta, registro e análise de dados de câncer de mama no Brasil. A última fase, iniciada 2013 e ainda vigente, denominada “Era da Qualidade” é marcada pela preocupação científica com a indicação precisa e zelosa da mamografia, visto que há um comprovado aumento do risco de câncer de mama relacionado ao excesso de exposição à radiação ionizante. Surge daí a necessidade do controle extremo da qualidade do processo evitando que a mulher seja exposta ao exame desnecessariamente. Em 2012, tendo em vista o aperfeiçoamento, foi instituído o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM).

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

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

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

No período anterior a 1997, notamos que não houve estratégias sistemáticas para sua detecção precoce. De 1997 a 2004, investiu-se prioritariamente no conhecimento da população sobre o problema do câncer de

mama, em vistas das crescentes taxas de mortalidade, dando-se ênfase ao autoexame. A partir de 2005, a mamografia torna-se o principal método para a detecção precoce dos casos. A partir daí observa-se um crescente investimento em ampliação do acesso com inclusão de novas estratégias para garantia de cobertura para exames e tratamentos.

1º. Momento

Programa de Saúde Materno Infantil

A atenção à saúde da mulher no Brasil já se constituía como pauta política nas primeiras décadas do século XX. Porém, a abordagem da época limitava-se a estabelecer programas (em geral instituídos pelo governo federal de forma vertical e pouco integrados a outros programas) que preconizavam ações focadas na saúde materno-infantil “como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes”.⁸

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

O resultado do modelo vertical, com definições de metas formuladas a nível central, foi a segmentação da assistência à saúde da mulher com “privilégio da realização de determinadas intervenções”, pouco vinculadas à epidemiologia e reais necessidades de saúde local, produzindo assim baixo impacto nos indicadores de saúde. O PSMI – Programa de Saúde Materno Infantil - da década de 70 é um

exemplo de iniciativa restrita e segmentada implantada pelo MS na época. Foi a partir da década de 80, contudo, que as políticas de saúde começaram a ser pensadas considerando as especificidades e necessidades das mulheres no Brasil.

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

Programa “Assistência Integral à Saúde da Mulher”

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

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

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

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

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

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

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

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

São descritas ainda como estratégias de implantação: ampliação da capacidade resolutiva da “rede básica”; apoio ao desenvolvimento das secretarias de saúde para que desenvolvam planos ajustados às realidades locais; adequação, integração, regionalização e hierarquização da rede de unidades de saúde definida a partir da complexidade (em especial os

mecanismos de referência e contra referência); implementação da proposta de forma integrada; fortalecimento da capacitação de pessoal e toda a política de desenvolvimento de recursos humanos; investimento no desenvolvimento de pesquisas e estudos epidemiológicos sobre a saúde da mulher de forma a oferecer subsídios técnico-científicos para a implementação do programa.

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

2º. Momento

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

À época do surgimento desse Programa, no Brasil o câncer de mama ocupava, o primeiro lugar em incidência (31.590 casos) e mortalidade (8.670 mortes),¹⁰ segundo estimativa INCA para 2001. Mais de 50% dos casos eram diagnosticados em estágios avançados (III e IV), apontando para a necessidade de identificar os principais fatores de risco, evitando assim o diagnóstico tardio. A principal pauta relacionada ao combate das neoplasias mamárias passaram a ser a necessidade de criação de novos programas voltados para a detecção precoce.

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

Em 18 de agosto de 1998, em um feito inédito no país, o Ministério da Saúde iniciou uma grande ação de mobilização social, por meio da qual mulheres de 35 à 49 anos de idade foram convidadas para comparecer à unidade de saúde mais próxima de suas residências, para serem submetidas ao exame citopatológico. Esta atividade, que se estendeu até 30 de setembro do mesmo ano, expandiu para todo o território nacional estratégias definidas à partir de um Projeto Piloto, ocorrido entre janeiro de 1997 e junho de 1998, do qual participaram 124.440 mulheres, residentes em seis localidades selecionadas¹³

Focado inicialmente nas ações de controle do câncer de colo de útero, o Viva Mulher teve suas ações ampliadas em novembro de 2000. Lançou-se aí a primeira fase do “Projeto de Capacitação de Recursos Humanos na Área da Saúde” voltado

para o treinamento de recursos humanos para o cuidado e exame das mamas e alocação de mamógrafos e pistolas para biópsia por agulha grossa (*core biopsy*) em pólos de diagnósticos estaduais.¹⁰

Com o Programa, as mulheres que compareciam à Unidade de Saúde para realizar o exame preventivo do câncer do colo do útero (Papanicolau), a partir de 25 anos de idade, eram, na consulta com o profissional de saúde, médico (a) ou enfermeiro(a), submetidas a anamnese e realizavam o Exame Clínico das Mamas (ECM). Na oportunidade ainda, os profissionais ensinavam o Autoexame das Mamas (EAM). Após o ECM, as mulheres com exame anormal seriam encaminhadas a uma consulta médica especializada, onde se avaliaria a necessidade de mamografia, exame citopatológico ou histopatológico, bem como a indicação de tratamento especializado ou retorno para uma nova avaliação. Para mulheres com situação de alto risco, recomendava-se a mamografia anual.

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

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

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

Documento de Consenso

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

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

No mesmo período, dados de países desenvolvidos como os Estados Unidos, o Canadá, o Reino Unido, a Holanda, a Dinamarca e a Noruega apontavam para um aumento na incidência de câncer de mama, porém com redução da mortalidade. Estes dados foram associados ao investimento em técnicas de rastreamento adequadas, como a mamografia.

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

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

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

Dentre as recomendações para o SUS merecem destaque a implantação ampla do rastreamento mamográfico no país, com garantia do diagnóstico, tratamento em tempo hábil e seguimento das mulheres com alterações mamárias; a elaboração e implantação de normas técnico-operacionais para a estruturação da rede de saúde e a definição dos fluxos assistenciais visando subsidiar os gestores municipais e estaduais; a implantação do sistema de informação nos serviços de

mamografia credenciados pelo SUS e a criação dos indicadores e parâmetros assistenciais para cálculo da necessidade de oferta de serviços em todos os níveis de atenção ao câncer de mama; a revisão das normas técnicas para o credenciamento, o controle e a avaliação dos serviços de mamografia no SUS, com criação de mecanismos de garantia de qualidade, como parte dos critérios para o credenciamento e monitoramento de serviços de mamografia no SUS. Ainda recomendou-se a revisão de portarias com vistas a reestruturar os cuidados paliativos, o investimento em uma política de formação de quadros preparados para atenção ao câncer de mama e a realização de estudos de avaliação econômica, visando a incorporação racional, pelo SUS, de novas tecnologias na área de tratamento de cancer.

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

3º. Momento

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

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

A primeira, instituída pela Portaria MS/GM Nº 2.439 em dezembro de 2005 (revogada em 2013)¹⁵ definia a articulação das ações nos três níveis, respeitadas as competências dos entes de governo; a organização da assistência em oncologia a partir dos componentes: Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia.^{15,16}

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

incidência e mortalidade mantinham-se praticamente inalteradas ao longo dos anos.¹⁸

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

3º. Momento

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

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

A primeira, instituída pela Portaria MS/GM Nº 2.439 em dezembro de 2005 (revogada em 2013)¹⁵ definia a articulação das ações nos três níveis, respeitadas as competências dos entes de governo; a organização da assistência em oncologia a partir dos componentes: Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia.^{15,16}

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

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

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

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

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

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

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

Pacto pela Saúde

O Pacto pela Saúde foi lançado como um compromisso entre federação, estados e municípios para consolidação do SUS, através da Portaria MS/GM nº 399 de fevereiro de 2006.²⁰ Fazem parte do Pacto pela Saúde os componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Pacto em defesa do SUS.

Dentre as prioridades do Pacto pela Vida consta a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama. O câncer de mama foi considerado uma das 11 prioridades do Pacto pela Saúde. Como meta apresentou-se para estados e municípios a ampliação de 60% a cobertura de mamografia, além da realização da

punção em 100% dos casos necessários, conforme protocolo estabelecido pelo INCA/MS.

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

Programa Mais Saúde: Direito de Todos

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

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

SISMAMA

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

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

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

Encontro Internacional sobre Rastreamento do Câncer de Mama

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

Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama

Em 2009, com o objetivo de subsidiar o planejamento e a regulação das ações no rastreamento de câncer de mama e, sobretudo, servir de referência para a

previsão e estimativa de gastos do conjunto mínimo de procedimentos a serem ofertados à população alvo, foram apresentados os Parâmetros Técnico para o Rastreamento do Câncer de Mama.²⁵

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

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

O Plano Nacional de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, de 2011, teve como principal objetivo intensificar as ações de controle nos estados e municípios, através de investimentos técnicos e financeiros. Em relação aos investimentos para controle do câncer de mama, as perspectivas apontadas foram a garantia de confirmação diagnóstica das lesões palpáveis e das identificadas no rastreamento; a implantação da gestão da qualidade da mamografia; a ampliação da oferta de mamografia de rastreamento na população alvo; a comunicação e mobilização social; e o fortalecimento da gestão do programa. Na atenção terciária, foi apontada a necessidade de dar continuidade às ações de ampliação do acesso ao tratamento do câncer com qualidade, conforme objetivos da Política Nacional de Atenção Oncológica.²⁶

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

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

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

Programa de Mamografia Móvel

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

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

Para tanto, propôs-se o desenvolvimento de ações coordenadas para garantia do fornecimento regular do exame mamográfico às mulheres na faixa etária elegível para o rastreamento do câncer de mama, bianualmente; o fortalecimento de ações de prevenção secundária para o câncer de mama, com favorecimento para o seu diagnóstico precoce e o encaminhamento em tempo adequado para a confirmação diagnóstica e o tratamento especializado; o fortalecimento do desenvolvimento regional da rede de atendimento à população nos três níveis de atenção à saúde e a articulação de ações para aumento da cobertura mamográfica em todo território nacional, prioritariamente em favor daquelas entre 50 e 69 anos de idade.

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

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

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

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

Sistema de Informação de Câncer (SISCAN)

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

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

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

Seu principal objetivo foi integrar os sistemas de informação do câncer do colo do útero e do câncer de mama, permitindo o gerenciamento das ações de detecção precoce, quais sejam rastreamento e diagnóstico precoce do câncer. A

implantação do SISCAN traz para a pauta das discussões do câncer a preocupação com melhoria da qualidade do atendimento prestado.²⁹

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

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

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

O Serviço de Referência foi criado para compor o Componente Atenção Especializada da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas com o objetivo de fortalecer as ações voltadas para o diagnóstico precoce, a confirmação diagnóstica e ao tratamento especializado dos cânceres de mama.

Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama

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

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

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

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

Para definir as diretrizes, foram realizadas revisões sistemáticas da literatura a fim de dar respostas a perguntas sobre segurança e eficácia das seguintes tecnologias de rastreamento: mamografia; autoexame das mamas; exame clínico

das mamas; ressonância nuclear magnética; ultrassonografia; termografia; e tomossíntese; além das estratégias de diagnóstico precoce relacionadas à conscientização, à identificação de sinais e sintomas e à confirmação diagnóstica em um único serviço.

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

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

Considerações Finais

A evolução das políticas voltadas à saúde da mulher nos últimos 50 anos demonstra uma crescente preocupação com as especificidades das necessidades femininas, sugerindo que resultaram do reconhecimento da dimensão cidadã da mulher brasileira neste período. A superação da obrigação de situar às políticas públicas no eixo materno-infantil evidencia também a mudança do paradigma epidemiológico das décadas anteriores, cujos desafios (diminuir a taxa de mortalidade infantil e morte materna), embora ainda não completamente superados, parecem ter perdido a exclusividade na agenda governamental.

O câncer de mama é um dos maiores representantes de doenças crônicas para as mulheres em uma época de transição demográfica, epidemiológica, e intensificação bio e micropolítica. Do ponto de vista da mudança de paradigma na no controle do câncer de mama podemos delimitar pelo menos três pontos de inflexão. O primeiro anterior a 1997 ainda sem estratégias estruturadas para detecção precoce da doença. O segundo que se inicia em 1997, onde as tecnologias empregadas para a abordagem do problema crescente das mortes causadas pelo câncer de mama e seu diagnóstico tardio era a conscientização e o incentivo ao autoexame. O terceiro, a partir de 2005 e que se estende até os dias atuais, se caracteriza pelo emprego do *screening* baseado na mamografia e intensos

programas de gestão (bastante preocupados com a gerência da informação das ações e resultados mais imediatos), que incluem incentivos financeiros e propostas normativas muitas vezes focadas ao nível municipal para o aumento da oferta de acesso a exame e tratamento. Muitas destas estratégias são baseadas em programas semelhantes implantados em países da OCDE.

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

Referências Bibliográficas

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

10. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Conhecendo o Viva Mulher; Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. Rio de Janeiro:INCA, 2001
11. BRASIL, Assistência Integral a Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática. / Ministério da Saúde, Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.
12. SANTOS NETO, E.T et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. Saúde soc. [online]. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000200011>, 2008. Acesso em: 04/03/2016.
13. BRASIL. Viva Mulher. Câncer de Colo de Útero: Informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro. INCA, 2002.
14. BRASIL. Controle do Câncer de Mama – Documento de Consenso. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro. INCA, 2004.
15. CONASS, Nota Técnica 26 - Política Nacional De Atenção Oncológica. Brasília, 2005.
16. BRASIL, Portaria MS/GM Nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005. Ministério da Saúde/ Brasília, 2005.
17. BRASIL, Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / (Cadernos de Atenção Básica; n. 13) (Série A. Normas e Manuais Técnicos) - Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Ministério da Saúde, Brasília, 2006
18. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de Ação para o Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama / 2005 – 2007 - Diretrizes estratégicas. Ministério da Saúde, Brasília, 2005.
19. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Recomendações para o Controle do Câncer de Mama. Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, 2004.
20. BRASIL. Portaria MS/GM Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Ministério da Saúde / Brasília, 2006.
21. BRASIL. Mais Saúde: direito de todos: 2008 – 2011 / Ministério da Saúde, Secretaria- Executiva. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
22. BRASIL. Portaria MS/SAS Nº 779, de dezembro. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, 2008.

23. INCA. Estimativa da Incidência de Câncer para 2008 no Brasil e nas cinco Regiões (online) Rio de Janeiro, 2008. http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=1793. Acesso em 12/05/2016
24. INCA. Encontro internacional sobre rastreamento do câncer de mama: resumo das apresentações. – Coordenação Geral de Ações Estratégicas, INCA, Rio de Janeiro: 2009.
25. BRASIL. Parâmetros para o rastreamento do câncer de mama: recomendações para gestores estaduais e municipais. / Instituto Nacional de Câncer Ministério da Saúde. – Rio de Janeiro, 2009.
26. INCA, Controle do Câncer de Mama - Histórico das Ações. Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 2011. http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/progr_ama_controle_cancer_mama/historico_acoes. Acesso em 03/05/2016.
27. BRASIL, Portaria MS/SAS Nº 1.228, de 30 de outubro de 2012, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, 2012.
28. BRASIL, Portaria MS/GM Nº 874, de 16 de maio de 2013. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília, 2013.
29. BRASIL, Portaria MS/GM Nº 3.394, de 30 de dezembro. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília, 2013.
30. INCA, Sistema de Informação do Câncer: Manual Preliminar para Apoio à Implantação, INCA, Rio de Janeiro, 2013.
31. BRASIL, Portaria MS/GM Nº 189, de 31 de janeiro de 2014, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília, 2014.
32. INCA. Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil, INCA, Rio de Janeiro, 2015.