

Aspectos Históricos do Controle do Câncer de Mama no Brasil

Historical Aspects of Breast Cancer Control in Brazil

Aspectos Históricos del Control del Cáncer de Mama en Brasil

Marco Antonio Teixeira Porto¹; Luiz Antonio Teixeira²; Ronaldo Corrêa Ferreira da Silva³

Resumo

Introdução: O projeto História do Câncer procura analisar, sob perspectiva histórica, a trajetória do controle do câncer no Brasil. **Objetivo:** Elaborar uma análise histórica da implantação de ações, atividades, programas e políticas de controle do câncer de mama e discutir alguns dados de conjuntura. **Método:** Estudo qualitativo, a partir de fontes de dados primárias e secundárias, realizando o cruzamento dos dados para analisar o processo de transformação do controle do câncer de mama, utilizando para a análise do material a perspectiva do neoinstitucionalismo histórico. **Resultados:** Foram identificadas quatro fases históricas distintas. Uma primeira fase anterior ao surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma fase pós a implantação do SUS, mas anterior ao Documento de Consenso do Ministério da Saúde. Uma terceira fase de intensificação das ações e programas públicos de controle do câncer de mama. E uma última fase, em andamento, correspondente aos incentivos para a incorporação de atividades relacionadas à qualidade. **Conclusão:** Os aspectos encontrados e a própria proposta de periodização sugerem que as intervenções têm correlação não somente com o contexto vivido no período, mas também com o perfil mais geral das instituições que as propuseram e executaram. Ressalta-se o potencial que os estudos históricos têm em contribuir para o entendimento da implantação (ou não) de ações, programas e políticas públicas em diferentes contextos políticos, sociais, culturais e econômicos. **Palavras-chave:** Neoplasias da Mama-história; História do Século XX; História do Século XXI; Políticas Públicas; Saúde Pública

Pesquisa elaborada com auxílio do Projeto PAPES VI (Fiocruz/CNPq) e da Fundação do Câncer.

¹ Professor-Associado da Universidade Federal Fluminense (UFF); Doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz); Coordenador do projeto “História do Câncer – atores, cenários e políticas públicas”. Casa de Oswaldo Cruz (COC)/Fiocruz/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* mporto@globocom.

² Pesquisador da COC/Fiocruz; Doutor em História Social pela Universidade de São Paulo (USP); Coordenador do projeto “História do Câncer – atores, cenários e políticas públicas”. COC/Fiocruz/INCA. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* teixeira@fiocruz.br.

³ Médico-Oncologista Clínico e Sanitarista da Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica (DARAO)/INCA; Doutor em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* rsilva@inca.gov.br.

Endereço para correspondência: Departamento de Pesquisa em História das Ciências e da Saúde/COC/ Fiocruz. Av. Brasil, 4.036 - Sala 400. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP: 21040-361.

INTRODUÇÃO

Este texto analisa a trajetória das ações de prevenção e controle do câncer de mama no Brasil, a partir da década de 1970. Objetiva-se elaborar um panorama das transformações ocorridas nesse campo, enfatizando as políticas públicas de prevenção da doença. O marco inicial do estudo é a chegada dos primeiros mamógrafos ao país; nosso ponto de chegada se relaciona às discussões mais atuais sobre o controle de qualidade da mamografia. Este estudo é parte do trabalho realizado pelo projeto “História do Câncer – atores, cenários e políticas públicas”, uma parceria entre a Casa de Oswaldo Cruz (Fundação Oswaldo Cruz) e o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), que tem por objetivo analisar, sob a perspectiva histórica, a trajetória do controle do câncer no Brasil.

Este texto objetiva elaborar uma análise histórica da implantação de ações, atividades, programas e políticas de controle do câncer de mama e discutir alguns dados de conjuntura. Também procura situar essa trajetória histórica no âmbito mais amplo dos estudos de políticas públicas no Brasil.

MÉTODO

Este estudo se volta para a análise de uma política social, em particular para uma política pública de saúde relacionada ao câncer. A sua consecução segue as diretrizes dos trabalhos que enfatizam o papel das políticas governamentais, da estrutura do Estado e das ações das instituições sobre a sociedade, mostrando seu poder de contribuir com vigorosos instrumentos materiais e simbólicos na conformação da vida dos cidadãos. No campo das disciplinas sócio-históricas, a perspectiva de análise, hoje conhecida como neoinstitucionalismo histórico, ao voltar para o papel das instituições no jogo político, realçando seu poder na estruturação e conservação de políticas públicas, é de grande valia para a melhor compreensão da trajetória do nosso objeto.

As instituições – leis, normas, organizações e equipamentos materiais, criados em torno de interesses socialmente reconhecidos – enquanto estruturas intermediárias, que mediam as relações entre Estado e Sociedade, são efeitos estruturados a partir de barganhas sociais, detendo uma forte influência nos espaços onde estão inseridas. Sua ação formata, a partir de normas, regulamentações e práticas, o comportamento social das pessoas, e acabam alterando interesses e transformando realidades¹. A análise de sua atuação deve ter como base essa influência que tem frente aos atores sociais e sua caracterização como produto da história, ou seja, fruto da ação desses mesmos atores. O mais importante é que essas instituições, a partir de sua história particular, seus atores e conhecimentos e práticas acumulados, adquirem uma capacidade de manutenção de formas de atuação determinantes nas trajetórias de políticas e práticas

públicas. Ou seja, as instituições trazem, às políticas do presente, influências de sua conformação passada.

Para o trabalho, essa perspectiva analítica é de fundamental importância por permitir a compreensão do binômio transformação/manutenção que acompanhou a trajetória das políticas públicas relacionadas ao câncer de mama no período proposto. Além disso, essa perspectiva possibilita pensar como a ação específica de determinadas instituições atuou na formatação da política pública em questão.

O estudo tem como principais fontes primárias os documentos referentes ao programa “Viva Mulher” elaborados no âmbito do Ministério da Saúde, em especial, do INCA. Além da documentação levantada na Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede (DARAO)/INCA (relatórios técnicos, portarias e outros documentos normativos), utilizam-se fontes bibliográficas secundárias sobre o desenvolvimento da mamografia no país e entrevistas existentes no acervo de história oral do projeto “História do Câncer – atores, cenários e políticas públicas”. As fontes primárias trabalhadas tiveram como limites os anos de 1988 e 2006, pois nosso principal interesse foi analisar as políticas de prevenção sob o novo Sistema Único de Saúde (SUS).

A seleção e a utilização dessas fontes primárias têm como base a pesquisa, verificação e interpretação histórica. A partir de sua análise crítica e do cruzamento de suas informações com as obtidas em fontes secundárias, buscou-se avaliar o processo de transformação do controle do câncer de mama.

RESULTADOS

O câncer de mama é o segundo tipo mais frequente no mundo e o mais frequente na população feminina brasileira. Segundo estimativas do INCA², em 2012 e 2013, deverão ocorrer 52.680 casos novos de câncer de mama por ano, com um risco estimado de 52 casos por 100 mil mulheres. À 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 de 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 é aproximadamente 85%. Entretanto, nos países em desenvolvimento, a sobrevida fica em torno de 60%².

As principais estratégias para o controle do câncer da mama são: prevenção primária (identificação e correção dos fatores de risco evitáveis), prevenção secundária (detecção precoce e tratamento) e prevenção terciária (reabilitação e cuidados paliativos). As estratégias de prevenção secundária são únicas que promovem reduções

nas taxas de mortalidade e, por esse motivo, são as que vêm recebendo maior atenção dos sistemas nacionais de saúde³. A mamografia é o método de eleição para o rastreamento da população de risco padrão, não havendo, até o momento, qualquer exame clínico ou tecnologia que lhe seja superior⁴.

Para obter uma resposta sanitária efetiva, com melhor relação custo-benefício, programas de rastreamento do câncer de mama demandam sistemas de saúde bem estruturados e a disponibilidade de um variado elenco de instrumentos gerenciais⁵. Há cerca de duas décadas, alguns países desenvolvidos implantaram programas de rastreamento do câncer de mama e, hoje, apresentam reduções importantes da sua mortalidade⁵.

A análise dos dados disponíveis nos permitiu delinear as seguintes fases: 1ª. fase: anterior ao SUS (entre 1971 e 1990); 2ª. fase: Pós-SUS (entre 1990 e 2003); 3ª. fase: Pós-Consenso (entre 2004 e 2011). A partir de 2013, com a eventual implementação do recém-editado Programa Nacional de Qualidade em Mamografia, se poderá confirmar o surgimento de uma 4ª. fase, identificada com a incorporação do conceito de controle e garantia da qualidade na prestação de serviços de saúde.

1ª. FASE: PRÉ-SUS (1971 A 1989)

Em 1965, a indústria radiológica francesa *Companie Générale de Radiologie* (CGR) começou a produzir o primeiro mamógrafo – o senógrafo –, isto é, um equipamento desenhado especificamente para produzir imagens radiológicas das mamas. Até então, os exames da mama eram realizados, sem muita frequência, por aparelhos comuns de raios-X⁶.

Mesmo amplamente difundido a partir do final dos anos 1970, o uso da mamografia encontrou resistência no meio médico durante um longo período. Seus defensores destacavam a capacidade de detectar tumores menores, proporcionando aumento das chances de sobrevida das pacientes. Os críticos questionavam a intensa exposição à radiação durante a realização do exame⁷.

No início da década de 1970, num contexto de ampliação do interesse estatal na ampliação da cobertura da saúde pública e de valorização da compra de serviços do setor privado para atender os pacientes da saúde previdenciária, chegaram ao Brasil os primeiros mamógrafos com ampola de molibdênio. Em São Paulo, em 1971, por iniciativa de João Sampaio Góes Jr., o Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas em Oncologia e Obstetrícia (atual IBCC) adquiriu o primeiro aparelho⁸. No Rio de Janeiro, ainda nesse ano, o Serviço das Pioneiras Sociais também comprou um mamógrafo que, segundo Peixoto⁴, passou a realizar cerca de 250 exames diariamente.

Em 1984, no âmbito da redemocratização do país e com o ressurgimento de organizações da sociedade civil, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que postulava um cuidado mais amplo à saúde da população feminina brasileira, para além da

tradicional atenção ao ciclo gravídico-puerperal. A partir de 1985/86, o Conselho Nacional de Direitos da Mulher (CNDM) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) passaram a desenvolver um trabalho conjunto com vistas à consolidação do PAISM em nível nacional, cujo conceito de integralidade incluía atividades de prevenção e controle do câncer do colo do útero⁹. Quanto ao câncer de mama, as técnicas recomendadas se restringiam ao exame clínico das mamas (ECM) e ao autoexame das mamas (AEM)⁶. Ainda nesse ano, a Campanha Nacional de Combate ao Câncer (da Divisão Nacional de Doenças Crônicas e Degenerativas) constituiu um grupo de trabalho destinado a propor uma nova estratégia de abordagem do câncer no país⁶.

Em 1987, em que pese a ampla aceitação do conceito de atenção integral à saúde da mulher, foi criado o Programa de Oncologia (Pro-Onco)⁶, pois os oncologistas apontavam a necessidade de estratégias específicas para o controle do câncer no país, entre elas, um projeto de “Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cervicouterino”. As ações relativas ao câncer de mama mantinham-se limitadas à veiculação de materiais de educação em saúde (cartazes e folders, campanhas na TV e no cinema) para incentivo ao autoexame⁶.

2ª. FASE: PÓS-SUS (1990 A 2003)

A partir de 1990, o novo contexto sanitário criado pela estruturação do SUS - por meio da Lei Orgânica da Saúde (Lei no. 8080) - criou possibilidade para o desenvolvimento de ações de prevenção dos agravos e de promoção da saúde. Em 1997, surge o primeiro esboço de atuação nacional da saúde pública no campo do controle dos cânceres femininos, com o lançamento de um projeto-piloto denominado “Viva Mulher”¹⁰. Ao longo de aproximadamente seis anos, essa iniciativa se desenvolverá em etapas bastante heterogêneas – projeto-piloto; 1ª. fase de intensificação; fase de consolidação; 2ª. fase de intensificação; programa - e, em seu período inicial, se voltará, exclusivamente, para o controle do câncer do colo do útero.

Em 1998, embora ainda situada no nível da construção de propostas, surge a primeira iniciativa relacionada ao controle do câncer de mama¹⁰. No mês de novembro, o ministério da Saúde realizou a oficina de trabalho “Câncer de mama - perspectivas de controle”, com a participação de vários segmentos da sociedade civil e de sociedades científicas da área. Ao final do evento, traçaram-se os objetivos gerais de um futuro programa e as diretrizes que o norteariam. Essa oficina tem relevância histórica, por registrar a percepção da desigualdade no acesso à tecnologia e ao diagnóstico precoce, e por marcar o início de uma discussão organizada sobre a necessidade de ações contínuas que consolidassem um programa de controle.

Em 1999, os profissionais responsáveis pelo “Viva Mulher” discutiram a incorporação de um “Módulo de Controle do Câncer de Mama”¹¹, que seria executado em duas etapas. Na primeira, no período de 2000 a 2001,

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

Apenas em março de 2002, quando as ações acima propostas já deveriam entrar na sua etapa de execução, a 2ª. fase de intensificação ampliou o escopo do “Viva Mulher”, que passou a incluir formalmente o controle do câncer de mama¹². No entanto, as ações consequentes a essa decisão foram a distribuição, por comodato, para algumas Secretarias Municipais de Saúde, de 50 mamógrafos e de 1.350 agulhas e 135 pistolas para punção por agulha grossa (PAG – ou *core biopsy*) – com vistas à introdução deste método de biópsia dos tumores da mama no SUS –, e a elaboração de materiais educativos direcionados aos profissionais de saúde¹².

Em novembro de 2003, o Ministério da Saúde, o INCA e a Área Técnica da Saúde da Mulher, com o apoio da Sociedade Brasileira de Mastologia, realizaram uma oficina de trabalho para discussão e aprovação de recomendações referentes ao controle do câncer de mama¹³. Participaram, além de técnicos de diferentes áreas do Ministério, gestores, pesquisadores que atuam na área de controle de câncer e representantes de Sociedades Científicas afins e de entidades de defesa dos direitos da mulher. O documento de consenso resultante apresenta as recomendações para a prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos do câncer de mama e aponta estratégias a serem utilizadas para a sua implementação no SUS.

Em resumo, o consenso recomenda o rastreamento por meio do exame clínico das mamas anual para mulheres a partir de 40 anos e o exame mamográfico bienal para mulheres de 50 a 69 anos. Para mulheres de risco elevado, a recomendação é a realização do exame clínico das mamas e mamografia anuais, a partir dos 35 anos de idade. Além disso, enfatiza a necessidade de garantir acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados¹³.

3ª. FASE: PÓS-CONSENSO (2004 A 2011)

A partir de 2004, em diferentes intensidades, se iniciou a progressiva implantação das ações técnicas consolidadas pela Conferência de Consenso. Neste âmbito, se relacionam iniciativas bastante heterogêneas, que demandaram estratégias de natureza e complexidade distintas. As maiores prioridades parecem ter sido o

esforço pela progressiva priorização política do câncer de mama – em princípio, na esfera do Ministério da Saúde e, a seguir, no governo federal –; a edição de publicações técnicas para a divulgação de parâmetros de programação indispensáveis à organização de programas de controle de câncer e a elaboração de ferramentas para apoio aos gestores municipais e estaduais. Neste aspecto, destaca-se o desenvolvimento de um sistema de informação próprio – o Sismama –, dedicado à coleta, registro e análise de dados, capaz de propiciar aos gestores de saúde a capacidade de avaliar e monitorar o desempenho de sua rede de serviços diagnósticos.

O tópico final do Documento de Consenso, denominado “Recomendações para o SUS”, estabelece um esboço de roteiro das ações desse período, onde se destacam¹³:

- a) implantar o rastreamento mamográfico no país, com garantia de diagnóstico, tratamento em tempo hábil e seguimento das mulheres com alteração mamária;
- b) elaborar e implantar normas técnico-operacionais para a estruturação da rede de saúde e a definição dos fluxos assistenciais visando a subsidiar os gestores municipais e estaduais;
- c) implantar sistema de informação nos serviços de mamografia credenciados pelo SUS;
- d) criar mecanismos de garantia da qualidade, como parte dos critérios para credenciamento e monitoramento dos serviços de mamografia no SUS.

Em 2005, o ministério da Saúde editou a Política Nacional de Atenção Oncológica¹⁴, na qual se destacou o controle do câncer de mama como componente fundamental e elemento obrigatório dos planos estaduais e municipais de saúde. Em 2006, a importância da detecção precoce dessa neoplasia foi reafirmada no Pacto pela Saúde, como uma das prioridades nacionais no conjunto de ações de controle propostas pelo “Pacto pela Saúde”¹⁵. Nesse documento, os objetivos e metas propostos para o controle do câncer de mama foram:

- a) ampliar para 60% a cobertura de mamografia, conforme diretriz de cuidado;
- b) realizar a punção em 100% dos casos necessários, conforme diretriz de cuidado.

Em 2007, a Portaria nº. 91/GM instituiu um processo único de pactuação entre as Secretarias de Estado de Saúde e o Ministério da Saúde, incorporando metas e indicadores relacionados às prioridades do Pacto pela Saúde, entre elas o câncer de mama. Também em 2007, foi lançado o Programa “Mais Saúde - 2008/2011”. O seu “Eixo 2 – Atenção à Saúde” – determinava a priorização, em todas as medidas, das metas do Pacto da Saúde referentes ao controle dos cânceres do colo do útero e mama, entre outros.

Finalmente, em 2009, o INCA e o DataSUS finalizaram o desenvolvimento do Sistema de Informação de Controle do Câncer de Mama (Sismama)¹⁶, ferramenta para própria ao gerenciamento das ações de detecção precoce do câncer de mama. Os dados gerados por esse sistema permitem estimar a cobertura da população-alvo, a qualidade dos exames, o intervalo de tempo

para a realização dos exames diagnósticos, a situação do seguimento das mulheres com exames alterados, entre outras informações relevantes ao acompanhamento e melhoria das ações de rastreamento e diagnóstico. Em suma, trata-se de uma ferramenta essencial capaz de propiciar aos gestores de saúde avaliar e monitorar o desempenho de sua rede de serviços diagnósticos.

Ainda em 2009, seis anos após a consolidação dos parâmetros técnicos realizada pela Conferência de Consenso, o INCA realizou o *Encontro Internacional sobre Rastreamento do Câncer de Mama*¹⁷. Os debates sobre as evidências científicas disponíveis e as experiências com rastreamento populacional do câncer de mama realizado por sistemas públicos de saúde, na América do Norte e na Europa, concluíram pela manutenção das diretrizes definidas no evento de 2003. Participaram do evento gestores de saúde, representantes de organizações da sociedade civil dessa área, sociedades e associações científicas, universidades e institutos de pesquisa, além de alguns dos maiores especialistas em rastreamento do Brasil, Canadá, Estados Unidos, Holanda, Itália e Noruega.

Ratificando a trajetória de priorização política adquirida por essa neoplasia, em 2011, o Governo Federal lançou, em Manaus, o Plano de Fortalecimento do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama¹⁸, que integra um projeto mais amplo de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer. O objetivo principal desse plano de fortalecimento é reduzir o tempo entre o diagnóstico e o tratamento da doença, de modo a diminuir sua mortalidade. As ações sobre o câncer de mama, que serão desenvolvidas até 2014, visam à ampliação do acesso aos exames de rastreamento da doença com qualidade, em especial a mamografia.

4º. FASE: A ERA DA QUALIDADE? (A PARTIR DE 2013)

Estudos epidemiológicos têm comprovado a associação entre radiação ionizante e risco aumentado para câncer de mama, por um período de latência maior do que dez anos, na dependência da dose utilizada, do intervalo entre as doses e da idade da paciente, entre outros fatores de risco¹⁹. Esse dado reforça a necessidade de que a indicação de realização da mamografia se dê em uma estrita avaliação de risco/benefício, e que haja um extremo zelo com a qualidade do processo, para evitar exposição da mulher em nível superior ao necessário e para que a radiação utilizada produza a melhor imagem possível.

Canella et al.²⁰ estudaram as mamografias rejeitadas pelo Hospital do Câncer III (Unidade hospitalar do INCA especializada no tratamento do câncer de mama) e concluíram que, no ano anterior, mais de 73% dos exames provenientes da rede de saúde e apresentados no setor de triagem daquele hospital demonstravam má qualidade técnica e, como consequência, precisaram ser repetidos em um curto espaço de tempo após a mamografia anterior. As principais causas de rejeição foram: erro de posicionamento, imagem sem contraste, artefatos e filmes sub-revelados. Em outro estudo²¹, no qual se fez

uma avaliação da qualidade da imagem nos serviços de mamografia no Distrito Federal, a principal fonte de perda da qualidade das mamografias foi o desempenho das processadoras.

Para avaliar a efetividade das ações de vigilância sanitária no Programa de Controle de Qualidade dos Serviços de Mamografia no Estado da Paraíba, no período de 1999 a 2003, foi realizado um estudo²² que indicou um impacto positivo sobre a qualidade destes serviços de saúde. No ano de 1999, a média de conformidade dos serviços de mamografia avaliados atingiu 68%; no ano de 2000, na segunda avaliação da qualidade das imagens, a média de conformidade atingida foi de 77%; em 2001, na terceira avaliação, a média atingida foi de 82%; no ano de 2002, no quarto ano de avaliação, a média resultou em 77%; e no ano de 2003, a média foi de 81%.

Com base em dados empíricos, o INCA iniciou uma parceria com o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), três Vigilâncias Sanitárias municipais e uma estadual, para desenvolver o Projeto-Piloto de Qualidade em Mamografia²³. De março de 2007 a agosto de 2008, foram avaliados 53 serviços de mamografia do SUS no Estado da Paraíba (11 serviços) e nas cidades de Belo Horizonte (18), Goiânia (13) e Porto Alegre (11). Foram capacitados 126 técnicos em radiologia e 57 radiologistas, além da capacitação dos técnicos das vigilâncias sanitárias locais. Entre os objetivos específicos do projeto-piloto, constavam: 1) Criar mecanismos de garantia da qualidade da imagem, do laudo/diagnóstico e da dose de radiação empregada (controle de risco); 2) estabelecer critérios para o credenciamento e monitoramento contínuo dos serviços de mamografia do SUS; 3) implementar um sistema automatizado de coleta, processamento e gerenciamento de informações; 4) qualificar os recursos humanos para garantir a qualidade dos serviços de mamografia. Ao final do projeto, identificou-se a necessidade de expansão das ações de controle da qualidade da mamografia em todo o país, por meio de um programa nacional.

Em 2012, tendo em vista o aperfeiçoamento metodológico e os dados acumulados pelo projeto-piloto, além de pressões da sociedade civil organizada e do INCA, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM)²⁴, com o objetivo de garantir a qualidade dos exames oferecidos à população, de modo a minimizar o risco associado ao uso dos raios-X. O Programa será executado pelo INCA em conjunto com a Secretaria de Assistência em Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) e apoio do CBR, a Anvisa e todos os serviços de diagnósticos por imagem que realizam mamografia, sejam eles serviços do SUS ou não SUS.

DISCUSSÃO

Este texto tem um caráter preliminar. Sua principal intenção é mapear, de forma cronológica, os eventos

relacionados ao controle do câncer de mama no Brasil, ainda sem o objetivo de analisar as causas, o curso dos eventos e suas consequências. Os eventos em questão representam as ações, atividades, programas e políticas implementados pelas instituições públicas de saúde. Essa opção acaba por refletir o movimento de priorização das ações, programas e políticas de saúde para a esfera pública, a centralização e unificação do comando das políticas de saúde para o Ministério da Saúde e o processo de redemocratização do país e da reforma sanitária nas décadas de 1970, 1980 e 1990.

No início da década de 1970, quando os primeiros mamógrafos chegaram ao Brasil, o modelo de atenção à saúde se voltava apenas para as ações individuais, de caráter curativo. Assim, a 1ª. fase proposta por nosso estudo se caracteriza pelo predomínio da medicina previdenciária, baseada no modelo centrado na atenção hospitalar e na compra de serviços de prestadores privados. Tais características não apenas impediam que a maior parte da população tivesse acesso à prestação de serviços de saúde, como inviabilizavam ações de prevenção de qualquer nível (primária, secundária ou terciária) e de detecção precoce, sobretudo no que se refere ao controle de doenças crônico-degenerativas.

A partir de 1990, a implementação do SUS altera, progressivamente, a realidade descrita e demarca o início da 2ª. fase do processo estudado, na qual se cria um contexto mais favorável à abordagem do câncer de mama. Nessa etapa, surge a primeira abordagem organizada dos cânceres femininos no Brasil – o programa “Viva Mulher” – que, do ponto de vista prático, dedica ampla prioridade ao controle do câncer do colo do útero. Exemplo disto pode ser observado pelo desenvolvimento – durante a fase de consolidação do projeto (1990/2000) – de um sistema de informação dedicado ao monitoramento das ações típicas desse câncer (o Siscolo), sendo postergado o desenvolvimento do módulo referente ao câncer de mama (o Sismama), que só ocorreria em 2009. Ainda assim, a preocupação com a crescente incidência dessa neoplasia culminará com a formulação de um marco técnico – o Documento de Consenso – capaz de referenciar a organização da pauta de intervenções da fase subsequente.

A partir de 2004, em diferentes intensidades, se iniciou a implantação das ações técnicas organizadas pela Conferência de Consenso. Nesse âmbito, encontram-se iniciativas bastante heterogêneas, que demandaram estratégias de natureza e complexidade distintas. As maiores prioridades parecem ter sido o esforço pela progressiva priorização política do câncer de mama – em princípio, na esfera do Ministério da Saúde e, a seguir, no Governo Federal –; a edição de publicações técnicas para a divulgação de parâmetros de programação indispensáveis à organização de programas de controle de câncer e

a elaboração de ferramentas para apoio aos gestores municipais e estaduais.

Em 2012, amparado por diversas evidências e subsidiado pelo projeto-piloto desenvolvido pelo INCA, o Ministério da Saúde editou a portaria que cria o PNQM. Nesse momento, apenas se pode estimar para os próximos anos o desenvolvimento de uma nova fase, em que a permanente preocupação com o acesso aos serviços de mamografia seja combinada com a imposição de mecanismos de garantia de qualidade.

Entretanto, dois novos eventos também ocuparam e ocupam a agenda de controle do câncer de mama no país. A crescente participação da sociedade civil organizada, seja ela as sociedades médicas ou as ONGs relacionadas ao câncer de mama, e a crescente divulgação de relatórios de programas, estudos científicos e reportagens na mídia sobre benefícios e malefícios de diferentes intervenções sanitárias, especialmente o rastreamento mamográfico.

O primeiro evento pode ser comprovado pela grande mobilização da sociedade civil no mês de outubro nos últimos quatro anos por ocasião do “Outubro Rosa”*. O segundo evento pode ser comprovado pelo monitoramento das reportagens veiculadas em diferentes mídias (TV, jornal, rádio e internet) sobre o câncer de mama e suas estratégias de controle e a crescente produção científica (artigos científicos, dissertações e teses)^{3,25}.

CONCLUSÃO

Os aspectos encontrados em nossa pesquisa – e a própria proposta de periodização – sugerem que esse processo se tem desenvolvido com intervenções, em muito, relacionadas ao contexto vivido no período e também formatadas pelo perfil mais geral das instituições que as propuseram e executaram. Assim, no início da década de 1970, pouco depois da chegada dos primeiros mamógrafos ao país, o Programa Nacional de Controle do Câncer, então dirigido pelo mastologista Sampaio Góes, foi responsável pela importação dos primeiros mamógrafos, distribuídos a hospitais públicos e privados para prover mamografia em diversas regiões do Brasil.

A crise econômica que atingiu o Brasil em meados dessa década foi um dos impeditivos de ampliação da política de controle da doença. Além disso, nesse momento, o sistema de saúde estava dividido em medicina previdenciária e saúde pública, sendo que essa última contava com pouquíssimos recursos federais. Somente no contexto de reforma institucional da saúde, ocorrido com o processo de redemocratização do país, o controle do câncer de mama, via prevenção, pode ser visto de forma mais ampla e articulada.

Para que isso ocorresse, o processo aproveitou a experiência institucional criada com o “Viva Mulher”,

*Em todo o mundo, o mês de outubro é considerado o mês de mobilização da sociedade civil para a causa do câncer de mama.

inicialmente pensado exclusivamente para o controle do câncer do colo do útero. A capacidade de ação já existente nesse programa e a sua vinculação ao INCA – instituição pioneira nas atividades de controle do câncer e núcleo de reflexão e execução das políticas públicas no setor – favoreceram a implantação das ações contra o câncer de mama. A atuação do Instituto na produção de materiais que possibilitassem a divulgação dos parâmetros técnicos, ampliando a informação dos profissionais de saúde locais sobre o problema do câncer de mama, ratifica isso.

O caráter especulativo de uma eventual 4ª. fase evidencia a precocidade de uma conclusão mais definitiva quanto à trajetória do controle do câncer de mama no Brasil. No entanto, essa trajetória se mostra relacionada às transformações institucionais ocorridas no período. Neste caso, ao papel protagonista da vigilância sanitária e das organizações profissionais de classe que passaram a atuar em conjunto, mediados pelo ministério da Saúde, com o objetivo de promover a qualidade das mamografias.

Para finalizar, gostaríamos de ressaltar o potencial que os estudos históricos têm em contribuir para o entendimento da implantação (ou não) de ações, programas e políticas públicas em diferentes contextos políticos, sociais, culturais e econômicos. Muitas questões se relacionam a esses processos, no entanto, acreditamos que esses estudos podem fornecer subsídios para sua melhor compreensão – assim como para a percepção de caminhos para uma melhor utilização dos diferentes recursos humanos, materiais, financeiros e tecnológicos – a partir da compreensão de que processos de criação de políticas e ações de saúde não ocorrem num vácuo; pelo contrário, eles são frutos de conformações institucionais e levam consigo muito do passado das instituições e atores que participaram de sua formulação.

CONTRIBUIÇÕES

Marco Antonio Teixeira Porto e Luiz Antonio Teixeira contribuíram na concepção e planejamento do projeto de pesquisa; na obtenção e/ou análise e interpretação dos dados; na redação e revisão crítica. Ronaldo Corrêa Ferreira da Silva contribuiu na obtenção e/ou análise e interpretação dos dados; na redação e revisão crítica.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Lima LD, Machado CV, Gerassi CD. O neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In: Mattos RA, Baptista TWF. Caminhos para análise das políticas de saúde. Rio de Janeiro: UERJ; 2011. p.111-137 [acesso 2012 Dez 12]. Disponível em: <http://www.ims.uerj.br/ccaps>.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
3. Silva RCF. Evidências científicas e análise comparada de programas de rastreamento: elementos para a discussão de pré-requisitos ao rastreamento organizado de câncer de mama no Brasil [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2012.
4. Peixoto JE. A trajetória da mamografia – à procura da qualidade [palestra]. In: Projeto “História do Câncer – atores, cenários e políticas públicas”. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2012.
5. International Agency for Research on Cancer. Breast cancer screening. IARC handbooks for cancer prevention. Lyon: IARC; 2002.
6. Teixeira LA, Porto MA, Noronha CP. O câncer no Brasil, passado e presente. Rio de Janeiro: Outras Letras; 2012.
7. Van Steen, A; Van Tiggelen, R. Short history of mammography: a Belgian perspective. JBR–BTR. 2007; 90(3): 151-3.
8. Capucci F. Filosofia Sampaio Góes: Instituto Brasileiro de Controle do Câncer - IBCC 35 anos. São Paulo: Editora Activa Comunicação; 2003.
9. Conselho Nacional de Direitos da Mulher. IV Conferência Mundial Sobre a Mulher: ação para igualdade, desenvolvimento e paz (Pequim, 1995). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1996.
10. Ministério da Saúde (Brasil). Viva Mulher. Relatório novembro de 2000: metas cumpridas e novas perspectivas. Rio de Janeiro: INCA; 2000.
11. Ministério da Saúde (Brasil). 2ª fase de intensificação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. Brasília, DF: Centro de Documentação; 2001.
12. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Viva mulher: Programa Nacional de Controle de Câncer do Colo do Útero e de Mama: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas. Rio de Janeiro: INCA; 2002.
13. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Controle do câncer de mama: documento de consenso. Rev bras cancerol. 2004; 50(2):77-90.
14. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2439/GM, de 8 de dezembro de 2005. Institui a política nacional de atenção oncologia: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União. 2005 Dez 09; Seção 1, fls.80-81.
15. Ministério da Saúde (Brasil). Mais saúde: direito de todos: 2008–2011. 2. ed. Brasília, DF: MS; 2008. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
16. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). SISMAMA: informações para o avanço das ações de controle do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2010.
17. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Encontro internacional sobre rastreamento do câncer de mama. Rio de Janeiro: INCA; 2009 [acesso 2012 Dez 12].

Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/encontrorastreamentomama/site/home>.

18. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Comunicação e informação. Agência de notícias. Presidente Dilma lança ações de fortalecimento do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. 2011 [acesso 2012 Dez 12]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2011/presidente_dilma_lanca_plano_acao_para_fortalecer_programa_nacional_de_controle_do_cancer_do_colo_uterio_e_de_mama.
19. Law J, Faulkner K, Young KC. Risk factors for induction of breast cancer by X-rays and their implications for breast screening. *Br J Radiol*. 2007; 80(952):261-6. Epub 2006 Oct 12.
20. Canella EO, Kestelman FP, Barbalho TMM. Causas de mamografias rejeitadas no Hospital do Câncer III [tema livre 07.03]. *Rev Imagem*. 2004; 26 (Supl.1):96.
21. Corrêa RS, Peixoto JE, Silver LD, Dias CM, Nogueira MS, Hwang SF, et al. Impacto de um programa de avaliação da qualidade da imagem nos serviços de mamografia do Distrito Federal. *Radiol bras*. 2008; 41(2):109-14.
22. Ramos MMB, Dimenstein R, Lederman HM. Impacto das ações de vigilância sanitária no programa de controle de qualidade dos serviços de mamografia no Estado da Paraíba, no período de 1999 a 2003. *Radiol bras*. 2010; 43(5):319-23.
23. Instituto Nacional de Câncer. Projeto piloto de qualidade em mamografia. Rio de Janeiro: INCA; 2008 [acesso 2012 dez 12]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancermama/site/home/controlabilidade_mamografia/.
24. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 531, de 26 de março de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM). *Diário Oficial da União*. 2012 Mar 27; Seção 1, p. 91-3.
25. Castro R. Câncer na mídia: uma questão de saúde pública. *Rev bras cancerol*. 2009; 55(1): 41-8.

Abstract

Introduction: The History of Cancer project intends to examine, considering a historical perspective, the trajectory of cancer control in Brazil. **Objective:** To develop a historical analysis of the implementation of actions, activities, programs and policies to control breast cancer besides to discuss some contextual data. **Method:** A qualitative study, using primary and secondary sources, performing the intersection of data to analyze the transformation process of breast cancer control according to the perspective of historical neo-institutionalism as base to the material analysis.

Results: We identified four different historical phases: a first stage prior to the appearance of SUS (Brazil's public health system); a phase post SUS implantation, but previous to the Consensus Document of the Ministry of Health; a third phase of intensification of breast cancer control actions and programs, and a final stage, in progress, corresponding to incentives for comprise quality process activities. **Conclusion:** The results and the periodization proposal itself suggest that the interventions have correlations not only with the context lived in the period, but also with the more general profile of the institutions that have proposed and executed those interventions. It is important to stand out the potential that historical studies have to contribute to the understanding of the implementation (or not) of actions, programs and policies in different political, social, cultural and economic contexts.

Key words: Breast Neoplasms-history; History, 20th Century; History, 21st Century; Public Policies; Public Health

Resumen

Introducción: El proyecto Historia del Cáncer intenta analizar, bajo la perspectiva histórica, la trayectoria del control del cáncer en Brasil. **Objetivo:** Desarrollar un análisis histórico de la implantación de acciones, actividades, programas y políticas de control del cáncer de mama y discutir algunos datos de coyuntura. **Método:** Estudio cualitativo a partir de fuentes de datos primarias y secundarias, realizando el cruce de datos para analizar el proceso de transformación del control del cáncer de mama, utilizando para el análisis del material la perspectiva de neoinstitucionalismo histórico. **Resultados:** Han sido identificadas cuatro fases históricas distintas. Una primera fase antes del surgimiento del Sistema Nacional de Salud (SUS). Una fase después de la implantación del Sistema Nacional de Salud (SUS), pero antes del Documento de Consenso del Ministerio de Salud. Una tercera fase de intensificación de las acciones y programas públicos de control del cáncer de mama. Y una última fase, en curso, correspondiente a los incentivos para la incorporación de actividades relacionadas a la calidad. **Conclusión:** Los aspectos encontrados y la propia propuesta de periodización sugieren que las intervenciones tienen correlación no sólo con el contexto vivido en el periodo, pero también con el perfil más general de las instituciones que las propusieron y ejecutaron. Se destaca el potencial que los estudios históricos tienen en contribuir para el entendimiento de la implantación (o no) de las acciones, programas y políticas públicas en diferentes contextos políticos, sociales, culturales y económicos.

Palabras clave: Neoplasias de la Mama-historia; Historia del Siglo XX; Historia del Siglo XXI; Políticas Públicas; Salud Pública