

POLÍTICAS PÚBLICAS E A ATUAÇÃO DOS GESTORES FRENTE AO CÂNCER DE MAMA E DO COLO UTERINO

PUBLIC POLITICS AND THE ACTIONS OF MANAGERS IN FRONT TO BREAST AND UTERINE CERVICAL CANCER

Josiane Bizzi Schlemmer¹, Lívia Gelain Castilhos², Suzinara Beatriz Soares de Lima³

RESUMO

Objetivo: descrever sobre as políticas públicas nas neoplasias de mama e do colo uterino, assim como a atuação dos gestores nestes cânceres. **Metodologia:** revisão narrativa da literatura, realizada nas bases de dados: scielo, pubmed e lilacs. **Resultados:** selecionou-se 42 artigos, datados de 1984 a 2014. Os descritores utilizados foram: neoplasia de mama, neoplasia do colo do útero, políticas públicas e gestor de saúde. Foi possível observar que as produções científicas buscam orientar a população sobre a promoção, a prevenção e o tratamento do câncer de mama e do colo uterino, através de políticas públicas. Mostram também as responsabilidades dos gestores do sus na condução das ações nesta área. **Considerações Finais:** para que sejam efetivas estas políticas é preciso garantir que os gestores sejam parceiros no planejamento e na execução das mesmas, contribuindo para a prevenção do câncer, melhorando a qualidade de vida e prevenção de outras patologias.

Descritores: Neoplasia de Mama; Neoplasia do Colo do Útero; Políticas Públicas; Gestor em Saúde.

ABSTRACT

Objective: describe on public politics in breast and uterine cervical cancers, as well as the actions of managers in these cancers. **Methodology:** narrative review of literature in databases: scielo, pubmed and lilacs. **Results:** it was selected 42 articles, dated from 1984 to 2014. The keywords used were: breast neoplasm, uterine cervical neoplasm, public politics and health manager. It was observed that scientific productions seek to instruct the population about the promotion, the prevention and the treatment of breast and uterine cervical cancer through public politics. It also show the responsibilities of the sus managers in conducting actions in this area. **Conclusion:** for these politics to be effective it is necessary to ensure that managers are partners in planning and in the performing the tasks, contributing to cancer prevention improving the quality of life and prevention of other diseases.

Descriptors: Breast Neoplasm; Uterine Cervical Neoplasm; Public Politics; Health Manager.

¹ Mestre em Ciências Biológicas pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

² Doutora em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

³ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Introdução

Nas últimas décadas, o câncer ganhou grande dimensão, convertendo-se em um evidente problema de saúde pública mundial¹. A neoplasia é uma doença com uma base multifatorial e o conhecimento dos fatores de risco, especialmente os hábitos que podem ser modificados, são importantes na redução do número de casos desta doença².

A neoplasia de mama é a mais incidente entre as mulheres, à exceção do câncer de pele não melanoma, e, quando diagnosticado em fases iniciais tem grandes chances de cura, com uma sobrevida de 97% em cinco anos³. Atinge mulheres com idades principalmente entre 40 e 69 anos, sendo a maior causa de morte por câncer⁴. Não há estratégias específicas que permitam a prevenção primária do câncer de mama, embora sua incidência possa ser diminuída por meio de ações voltadas para a promoção da saúde, enfatizando a atenção aos fatores de risco, incluindo obesidade e tabagismo⁵. O câncer do colo do útero, por sua vez, é o terceiro tumor mais frequente na população feminina, atrás da neoplasia de mama e do câncer colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres no Brasil por esta doença⁶.

O diagnóstico de câncer impõe grande impacto emocional ao paciente e seus familiares, principalmente quando evolui para um estágio avançado, sem perspectiva de cura⁷⁻⁸. Os desconfortos físicos, psicossociais e espirituais vivenciados pelo paciente com câncer ocorrem paralelamente a outros enfrentamentos e a luta incessante no curso da doença diminui a qualidade de vida, merecendo a atenção dos profissionais da saúde⁹. A sobrevida do paciente com câncer é o parâmetro mais utilizado para avaliar resultados na área oncológica, inclusive epidemiológica, na qual as taxas de mortalidade são de alta relevância, sendo possível abordar técnicas estatísticas com observações obtidas em registros de serviços de saúde³.

As dificuldades na prevenção primária contribuem para o aumento da incidência e da mortalidade por câncer de mama¹⁰. Esse tipo de neoplasia denuncia a vulnerabilidade da atenção primária à saúde da mulher no que se refere ao controle dos fatores de risco, assim como os procedimentos a serem implementados ante à instalação da referida doença¹¹.

O bom prognóstico do câncer de mama e do colo do útero quando detectado precocemente, incentiva a elaboração de estudos que identifiquem características da população feminina e sua relação com condutas positivas quanto a essas práticas preventivas. Tal conhecimento pode fundamentar ações dos profissionais de saúde e contribuir efetivamente para a melhoria da qualidade de saúde da mulher¹².

Os elevados índices de incidência e de mortalidade por câncer no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessa doença que incluem ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários¹³. Estudos da OMS demonstram que a implantação de programas nacionais ou regionais de controle do câncer são efetivos, independentemente da situação econômica do país ou da região, recomendando a implantação em nações onde a doença tenha expressão epidemiológica, os fatores de risco estejam em ascensão e exista a limitação de recursos financeiros¹⁴.

A gestão de trabalho e a educação tem sido uma questão crucial para a aceitação e a eficácia do tratamento do câncer. Cabe aos gestores federal, estadual e municipal, construir políticas a partir de suas instituições, promovendo condições de trabalho apropriadas e estímulo à formação continuada, organizando de fato uma rede de referência funcional, divulgando o potencial dos serviços e da política nacional de humanização de modo a permitir a atenção integral e qualificada aos pacientes¹⁶.

Os progressos do conhecimento da doença e de ações e de estratégias nesse campo podem alterar substantivamente os determinantes fundamentais para a recuperação e a aceitação da doença. Para que sejam efetivas, as políticas, programas e ações planejadas devem estabelecer metas e agir em conjunto, garantindo aos gestores envolvidos no processo, ser parceiros no planejamento e na execução das políticas, com isso proporcionar uma melhor qualidade de vida para esses pacientes¹⁵.

A partir disso, por se tratar de uma doença crônica, com alto nível de ascensão e considerada um grave problema de saúde pública mundial, se torna de fundamental importância o estudo das políticas públicas referentes ao câncer feminino para uma melhor qualidade de vida destes pacientes, assim como esclarecer as competências dos gestores nestas neoplasias. Nesse sentido, esta pesquisa tem por objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre as políticas públicas e a atuação dos gestores frente aos cânceres de mama e do colo uterino.

Metodologia

A pesquisa consiste de uma revisão narrativa da literatura de caráter exploratório e descritivo a respeito de políticas públicas e a ação dos gestores frente ao câncer de mama e do colo uterino.

A busca foi realizada nas bases de dados online *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), PUBMED e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), a fim de buscar as informações atualizadas disponíveis em relação ao tema do trabalho. Os descritores utilizados foram: neoplasia de mama, neoplasia do colo do útero, políticas públicas e gestor de saúde. Estes descritores foram utilizados isoladamente, após foi realizado o cruzamento entre eles em cada banco de dados acima citados.

Os critérios de inclusão foram: artigos completos disponíveis gratuitamente online, artigos disponíveis no idioma português e inglês e artigos que abordassem a temática proposta. Também foram incluídas portarias e diretrizes do Ministério da Saúde (MS) referentes ao tema. Os critérios de exclusão foram: editoriais, cartas ao editor, artigos repetidos e artigos que não abordassem a temática relevante ao alcance do objetivo da revisão. A coleta dos dados foi realizada pelo acesso online no período de março a julho de 2014.

Inicialmente nos bancos de dados citados acima foram encontrados 1.167 artigos, após o atendimento aos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 42 artigos, entre eles portarias e diretrizes, para integrar a presente revisão, datados de 1984 a 2014. O período escolhido das publicações foi devido ao marco histórico em 1984, com o lançamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) até o período do estudo.

Resultados e Discussão

A partir dos objetivos propostos, é possível identificar que as produções científicas selecionadas para o estudo (tabela 1) buscam informar e orientar a população sobre a promoção, a prevenção e o tratamento do câncer de mama e do colo uterino. Verificou-se maior incidência de periódicos (25 artigos) durante os anos de 2007 e 2014, e dentre os 42 periódicos selecionados, 14 são portarias ou diretrizes do MS, órgão responsável pela organização e pela elaboração de planos e de políticas públicas voltadas à promoção, a prevenção e a assistência à saúde dos brasileiros.

Tabela 1 - Síntese dos artigos selecionados para a pesquisa

Nº	Objetivo	Revista (Ano)
1	Estimar a incidência do câncer no Brasil no ano de 2014/2015	Organização Mundial da Saúde - OMS (2014).
2	To determine the characteristics of epidemiological research on risk factors for breast cancer in female samples from the general population in Brazil.	Cadernos de Saúde Pública (2005).
3	To investigate whether multifocality (MF) is a factor that has significant effect on overall survival when controlling for known prognostic factors	The Breast (2004).
4	Identificar as possíveis fases de atraso na condução de pacientes com câncer de mama atendidas em um hospital público, desde a suspeita até o diagnóstico e o início do tratamento.	Revista da Associação Médica Brasileira (2008).
5	To identify the prevalence of the risk factors for breast cancer among women between 40 and 69 years old in the city of Maringá, Paraná State, Brazil.	Revista Latino-America de Enfermagem (2010).
6, 15, 25, 28, 29, 31, 33, 34, 37, 39	Fornecer informações sobre câncer.	Instituto Nacional de Câncer - INCA (2004, 2005, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014).

Nº	Objetivo	Revista (Ano)
7	Descrever políticas e diretrizes gerenciais	World Health Organization (WHO) (2002).
8	Refletir sobre os problemas éticos e bioéticos que apresenta o tratamento de uma doença terminal.	Revista Cubana de Medicina General Integral (2009).
9	Avaliar o processo de tomada de decisão e a qualidade de vida de pacientes adultos, oncológicos, internados em unidade de cuidados paliativos.	Acta Paulista de Enfermagem (2012).
10	To compare the profile of women looking for gynecological care to the profile of women invited to participate in the program, assessing breast and cervical cancer risk factors in each group and comparing Papanicolaou's test and mammography results.	Einstein (2010).
11	Verificar os fatores de risco para o câncer de mama em funcionárias de uma universidade do Ceará e sua relação com as práticas de saúde desenvolvidas por estas mulheres.	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (2008).
12	Identificar a frequência com que é realizado o diagnóstico precoce do câncer de mama e de colo uterino no município de Guarapuava, Paraná.	Revista da Escola de Enfermagem da USP (2010).
13, 22, 23, 26, 27, 30, 32, 35, 36, 38, 40, 41, 42	Fornecer diretrizes e portarias sobre o câncer de mama e do colo uterino, assim como informações sobre estes cânceres.	Brasil. Ministério da Saúde. (1984, 1998, 1999, 2006, 2009, 2010, 2011, 1013).
14	Apresentar inicialmente aspectos da Epidemiologia do câncer no Estado de São Paulo.	Revista de Administração em Saúde (2005).
16	Analisar a percepção dos usuários sobre o acolhimento.	Revista Brasileira de Enfermagem (2014).
17	Conhecer o mecanismo da anorexia-caquexia em portadores de câncer.	Revista Brasileira de Cancerologia (2006).
18	Avaliar nutricionalmente uma paciente com câncer de endométrio.	Estudo de Caso - Universidade São Judas Tadeu (2006).
19	Terapia Nutricional em casos de Câncer.	Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia (2007).
20	Screening to detect cancer early, an increasingly important cancer control activity.	Journal of National Cancer Institute (2001).
21	Guidelines for International Breast Health and Cancer Control-Implementation.	Guidelines for International Breast Health and Cancer Control-Implementation (2008).
24	Estruturar um serviço de abrangência nacional voltado para as ações de prevenção e controle do câncer.	Revista Brasileira de Cancerologia (1997).

O câncer no Brasil tem relevância pelo perfil epidemiológico que vem apresentando, e, com isso, o tema conquista espaço nas agendas políticas e técnicas de todas as esferas de governo^{6,17}. Há décadas, com o desenvolvimento das indústrias e o crescimento das cidades o ser humano tem sido exposto a uma grande quantidade de compostos químicos que estão distribuídos no ambiente e são capazes de danificar o material genético. Dessa forma, a célula lesada ao invés de exercer normalmente sua função, ela acaba agindo descontroladamente, até formar uma massa denominada tumor¹⁸.

Os fatores de risco para o surgimento do câncer podem ser de origem genética ou constitucional e ambiental. Dentre os fatores ambientais, predominam o tabaco, o álcool, a exposição a raios solares, a obesidade, a alimentação, entre outros¹⁹.

No Brasil, de acordo com Instituto Nacional de Câncer (INCA), órgão do MS, a estimativa para o ano de 2014/ 2015, aponta para a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. Sem considerar os casos de câncer de pele não melanoma, estima-se 395 mil casos novos de câncer, sendo 204 mil para o sexo masculino e 190 mil feminino. Em mulheres, os tipos mais incidentes serão os cânceres de mama, cólon e reto e colo do útero⁶. Em 2030, a carga global será de 21,4 milhões de casos novos de câncer e 13,2 milhões de mortes por câncer, em consequência do crescimento e do envelhecimento da população, bem como da redução na mortalidade infantil e nas mortes por doenças infecciosas em países em desenvolvimento⁶.

O conhecimento sobre a situação dessa doença permite estabelecer prioridades e alocar recursos de forma direcionada para a modificação positiva desse cenário na população brasileira, cujo controle e prevenção deverão ser priorizados em todas as regiões. As abordagens para enfrentar esse problema são múltiplas, incluindo: ações de educação para saúde em todos os níveis da sociedade; prevenção para indivíduos e grupos; apoio e estímulo à formulação de legislação específica para o enfrentamento de fatores de risco relacionados à doença e fortalecimento de ações em escolas e ambientes de trabalho⁶.

Alguns cânceres têm sido objetos de políticas de saúde coletiva, visando seu rastreamento e redução de sua mortalidade. O aumento substancial no uso de testes para detectar este tipo de doença, durante as décadas de 1980 e 1990, não ocorreu de maneira uniforme em todos os estratos sociais, apenas os que tinham melhores condições financeiras se beneficiaram²⁰. Com relação ao desenvolvimento de estratégias nacionais de controle do câncer, a OMS enfatiza que os países devem levar em consideração as seguintes abordagens: prevenção primária, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos²¹.

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e de doméstica. As metas desses programas eram definidas pelo nível central de gestão nacional, sem qualquer avaliação das necessidades de saúde das populações locais. Um dos resultados dessa prática foi a fragmentação da assistência e o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher²².

Ações de controle do câncer de mama e do colo do útero tiveram um marco histórico em 1984, com o lançamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) pelo MS, que propunha o cuidado para além da tradicional atenção ao ciclo gravídico-puerperal. Em suas bases programáticas, é destacada a prevenção dos cânceres do colo do útero e da mama²³. Este programa tem como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, de hierarquização e de regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção. Esse programa incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, no planejamento familiar, doença sexualmente transmissível, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres. Essa estratégia política contribuiu com avanços no campo da saúde da mulher, mas precisava expandir em aspectos preventivos e de promoção da saúde²².

O Programa de Oncologia do Instituto Nacional de Câncer/MS (Pró-Onco) foi criado em 1986, como estrutura técnico-administrativa da extinta Campanha Nacional de Combate ao Câncer. Em 1990, o programa tornou-se Coordenação de Programas de Controle de Câncer e suas linhas básicas de trabalho eram a informação e a educação sobre os cânceres mais incidentes, dentre eles, o câncer de mama e do colo do útero²⁴.

Em 1995, o MS reconheceu a necessidade de um programa de âmbito nacional, visando ao controle do câncer do colo do útero. O projeto-piloto, denominado "Viva Mulher", foi implantado em 1997 e priorizava mulheres entre 35 e 49 anos que nunca haviam feito o exame preventivo ou que estavam sem fazê-lo há mais de três anos. Neste programa também foram iniciadas ações para formulação de diretrizes e estruturação da rede assistencial na detecção precoce do câncer de mama. Em 1999, deu-se início à estruturação funcional e técnico-gerencial para o controle do câncer de mama, cujo programa foi expandido a nível nacional com iniciativas voltadas para a detecção precoce²⁵.

Em 1998, o MS instituiu o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero. A primeira fase de intensificação ocorreu com a adoção de estratégias para estruturação da rede assistencial, estabelecimento de um sistema de informações para o monitoramento das ações e dos mecanismos para mobilização e captação de mulheres, assim como definição das competências nos três níveis de governo²⁶.

No ano de 1999, foi implantado pelo INCA em parceria com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS) (Datasus), o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO, uma ferramenta de gerência das ações do programa de controle do câncer de colo do útero²⁷.

Em 2004, o Documento de Consenso propôs as diretrizes técnicas para o controle do câncer de mama no Brasil. Este documento recomenda, como principais estratégias de rastreamento populacional, um exame mamográfico pelo menos a cada dois anos, para mulheres de 50 a 69 anos de idade, e o exame clínico anual das mamas, para mulheres de 40 a 49 anos²⁸.

Em 2005, o MS instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, onde reconheceu a magnitude do câncer como problema de saúde pública. Com o lançamento desta política, o controle dos cânceres do colo do útero e de mama foi destacado como componente fundamental dos planos estaduais e municipais de saúde²⁹. Neste mesmo ano, foi elaborado o Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo e de Mama (2005-2007), que propôs seis diretrizes estratégicas: aumento de cobertura da população-alvo, garantia da qualidade, fortalecimento do sistema de informação, desenvolvimento de capacitações, estratégia de mobilização social e desenvolvimento de pesquisas³⁰.

A importância da detecção precoce dessas neoplasias foi reafirmada no Pacto pela Saúde em 2006, com a inclusão de indicadores na pactuação de metas com estados e municípios para a melhoria do desempenho das ações prioritárias da agenda sanitária nacional³⁰.

A implantação do Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA), em junho de 2009, o aumento da oferta de mamografias pelo MS (Mais Saúde 2008-2011) e a publicação de documentos, dentre os quais os parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama e as recomendações para a redução da mortalidade do câncer de mama, lançadas pelo INCA em 2010, vêm dinamizando a organização das ações de controle³¹.

Em 2010, o MS, considerando a persistência da relevância epidemiológica do câncer de colo do útero e sua magnitude social, instituiu um grupo de trabalho com a finalidade de avaliar o Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo do Útero³². As conclusões e as recomendações foram reunidas no plano de ação para redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero²⁹.

A priorização do controle do câncer de mama e do colo do útero foi reafirmada em março de 2011, com o lançamento do Plano Nacional de Fortalecimento da Rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer. O plano prevê a intensificação das ações de prevenção, diagnóstico e de tratamento do câncer nos estados e municípios. Em relação ao câncer de mama, a perspectiva é a garantia de confirmação diagnóstica das lesões palpáveis e das identificadas no rastreamento; implantação da gestão da qualidade da mamografia; a ampliação da oferta de mamografia de rastreamento; a comunicação e a mobilização social e o fortalecimento da gestão do programa³⁴.

Também em 2011, o desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde - Rede de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer do Colo do Útero e Mama - é reafirmado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde, tanto no que se refere a sua organização, quanto na qualidade e no impacto da atenção prestada, e representa o acúmulo e o aperfeiçoamento da política de saúde com aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS, como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania, garantindo o acesso aos serviços e ao cuidado integral³⁵.

As ações da Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica são diversas no controle dos cânceres do colo do útero e da mama, que vão desde cadastro e identificação da população prioritária ao acompanhamento das usuárias em cuidados paliativos. As ações de prevenção da saúde são uma estratégia fundamental, não só para aumentar a frequência e a adesão das mulheres aos exames, como para reforçar sinais e sintomas de alerta, que devem ser observados pelas usuárias³⁶.

A atenção secundária à saúde são compostos por unidades ambulatoriais, que podem ou não estar localizadas na estrutura de um hospital; e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, responsáveis pela oferta de consultas e de exames especializados, devendo servir de referência para um conjunto de unidades de Atenção Básica, prestando atendimento mediante encaminhamento³⁶.

A atenção terciária é composta por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico hospitalares. A atenção especializada constitui referência para a Atenção Básica dentro da lógica de hierarquização e de regionalização do SUS. A Rede de Atenção Terciária, no caso da atenção ao câncer, é o nível assistencial no qual são realizados os procedimentos cirúrgicos e de alta complexidade em oncologia, como cirurgia oncológica, radioterapia e quimioterapia, e que é responsável pela oferta ou coordenação dos cuidados paliativos dos pacientes com câncer³⁶.

Ainda em 2011, foi publicada pelo INCA, a atualização das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero³⁷. A inclusão das ações de controle de câncer está entre os 16 objetivos estratégicos do MS para o período 2011 – 2015, com destaque para a ampliação de acesso, diagnóstico e tratamento em tempo oportuno dos cânceres de mama e do colo do útero⁶.

Em 2013, instituiu o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN), no âmbito do SUS. Trata-se de uma versão em plataforma web que integra o SISCOLO e o SISMAMA³⁸.

O MS através da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (2013) define as responsabilidades dos gestores do SUS na condução das ações nesta área. Competem ao MS e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (vários níveis de gestão), em seu âmbito de atuação, organizar a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, considerando-se todos os pontos de atenção (promoção, prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos) de forma oportuna, para o controle do câncer. Garantem também que todos os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento às pessoas com câncer, possuam infraestrutura adequada, recursos humanos capacitados, recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes, de maneira a garantir o cuidado necessário. Além disso, os gestores devem garantir atuação territorial; a formação e a qualificação dos profissionais e dos trabalhadores de saúde; monitorar e avaliar a cobertura, produção, desempenho e qualidade dos serviços de prevenção e de controle do câncer no país no âmbito do SUS, entre outras³⁹.

As competências do Gestor Federal, ou seja, o MS, é prestar apoio institucional às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no processo de qualificação e de consolidação da atenção ao paciente com câncer; assim como definir diretrizes gerais para a organização de linhas de cuidado para os tipos de câncer mais prevalentes na população brasileira. Pertence também ao MS analisar as informações providas dos sistemas de informação federais vigentes que tenham relação com o câncer e utilizá-las para planejamento e programação de ações e de serviços de saúde e para tomada de decisões. Compete também elaborar protocolos e diretrizes clínicas terapêuticas de maneira a qualificar o cuidado das pessoas com câncer; realizar estudos no intuito de subsidiar os gestores de saúde e tomadores de decisões no que se refere à incorporação de novas tecnologias ou novos usos de tecnologias já existentes no SUS. Incumbe ainda, estabelecer diretrizes e recomendações, em âmbito nacional, para a prevenção e o controle do câncer, levando em consideração aspectos epidemiológicos, sociais, culturais e econômicos do local que irá incorporar e implantar as diretrizes e recomendações assim como, efetuar a habilitação dos estabelecimentos de saúde que realizam a atenção à saúde das pessoas com câncer³⁹.

Já aos Gestores Estaduais, ou seja, as Secretarias de Saúde dos Estados, competem coordenar a organização e a implantação dos planos regionais e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; definir estratégias de articulação com as Secretarias Municipais de Saúde com vistas ao desenvolvimento de planos regionais para garantir a prevenção e o cuidado integral da pessoa com câncer. Cabe ainda, coordenar o apoio aos Municípios para a implantação das linhas de cuidado de tumores específicos, assim como analisar os dados estaduais relacionados às ações de prevenção e de controle do câncer produzidos pelos sistemas de informação vigentes e utilizá-los de forma a otimizar o planejamento das ações e a qualificar a atenção prestada às pessoas com câncer. Além destas, compete implantar e manter o funcionamento do sistema de registros hospitalares de câncer nas unidades habilitadas em alta complexidade em oncologia; analisar os dados enviados pelas Secretarias Municipais de Saúde, divulgar suas informações e enviá-las para o INCA/Secretaria de Assistência à Saúde/MS e para a Secretaria de Vigilância em Saúde, responsáveis pela consolidação nacional dos dados. Cabe ainda selecionar, contratar e remunerar os profissionais de saúde que compõem as equipes multidisciplinares, assim como manter atualizado seus dados e apoiar os Municípios na educação permanente dos profissionais de saúde a fim de promover a qualificação profissional, entre outras³⁹.

As responsabilidades que competem ao Gestor Municipal, ou seja, às Secretarias Municipais de Saúde, são pactuar regionalmente todas as ações e os serviços necessários para a atenção integral da pessoa com câncer; planejar e programar as ações e os serviços necessários para a prevenção e o controle do câncer, assim como o cuidado das pessoas com câncer. Cabe também planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população e operacionalizar a contratualização dos serviços, quando não existir capacidade instalada no próprio município. Além destas, pactuar as linhas de cuidado na região de saúde, garantindo a oferta de cuidado às pessoas com câncer nos diferentes pontos de atenção; assim como atuar na regulação e no fluxo de usuários entre os serviços da rede de atenção à saúde. Compete também analisar os dados municipais relativos às ações de prevenção prestados às pessoas com câncer e utilizá-los de forma a otimizar o planejamento das ações locais e a qualificar a atenção das pessoas com

neoplasia, assim como selecionar e contratar os profissionais de saúde que compõem as equipes multidisciplinares dos estabelecimentos de saúde públicos e manter seus dados atualizados, entre outras³⁹. À Secretaria de Saúde do Distrito Federal competem as atribuições reservadas às Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios³⁹.

Ainda em 2013, o MS redefiniu a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. A QualiCito consiste na definição de padrões de qualidade e na avaliação da qualidade do exame citopatológico do colo do útero por meio do acompanhamento, pelos gestores do SUS, do desempenho dos laboratórios públicos e privados prestadores de serviços para o SUS⁴⁰.

Em 2014, instituiu o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico do Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação⁴¹. E por fim, ainda em 2014, o MS, por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), iniciou a campanha de vacinação de meninas entre 9 e 13 anos contra o papiloma vírus humano (HPV). A vacina é quadrivalente, oferecendo proteção contra os subtipos 6, 11, 16 e 18 do HPV. A vacina traz importante contribuição nas ações de prevenção do câncer do colo do útero⁴².

Para que sejam efetivas, as políticas, os programas e as ações planejadas para prevenir o câncer entre populações, é preciso garantir que todos os profissionais envolvidos no processo sejam parceiros no planejamento e na execução das políticas. Os formuladores de políticas e formadores de opinião precisam estabelecer metas e especificar as expectativas que sejam de longo prazo e realísticas⁶.

Devido ao grande número de mulheres com esta doença, é imprescindível que ocorra a expansão do conhecimento sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da doença na população feminina. Portanto, é de suma importância a atuação do gestor nas políticas públicas, pois cabe a ele elaborar diretrizes, visando à melhoria dos serviços prestados à população, também criar programas ou inovar as políticas já existentes, definindo novas estratégias para solucionar problemas da coletividade, sempre de acordo com a viabilidade social, econômica e política.

Considerações Finais

Ao término deste estudo, pôde-se observar que o câncer, no Brasil, assume uma importância epidemiológica cada vez maior, com o aumento do número de novos casos e devido ao número de mortes por esta doença em geral, inclusive para alguns tumores considerados evitáveis ou curáveis.

Contudo, verificou-se que apesar da magnitude do problema e dos transtornos físicos e emocionais vinculados à doença, o conhecimento hoje disponível nas publicações existentes, por meio de políticas públicas e ações desenvolvidas com equipes multidisciplinares, permitem prevenir novos casos, bem como a detecção precoce e o consequente tratamento imediato. Técnicas adequadas de controle e de cuidados paliativos disponíveis podem garantir uma melhor qualidade de vida aos pacientes com quadros mais avançados da doença.

Também pode-se observar pelos resultados obtidos no momento da busca, a importância de programas estratégicos, ações educativas e políticas públicas de saúde que busquem conscientizar a população sobre a prevenção do câncer de mama e do colo do útero. As políticas públicas estabelecem metas e encaminham soluções para resolver problemas sociais nas mais diversas áreas, como na área da saúde, através de ações contra os cânceres de mama e do colo do útero.

A atuação dos gestores também se mostrou de suma importância, pois cabe a eles realizar estudos no intuito de aperfeiçoar técnicas e embasar conhecimentos para tomadas de decisões no que diz respeito ao câncer. Devem ainda, proporcionar aos profissionais da saúde atualizações, para uma melhor capacitação dos mesmos, assim como divulgar ações preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher.

Todavia, novos estudos precisam ser realizados e as estatísticas acompanhadas devido ao tema ser de grande abrangência. Os estudos epidemiológicos são importantes para fortalecer o cuidado em saúde de pessoas com câncer, pois identificam os casos e os fatores de risco para a doença. Como em todo processo educativo que exige estratégias de ação rumo à mudança de comportamento, ações educativas e políticas públicas a respeito de fatores modificáveis devem ser sempre criadas, assim como aqueles relacionados aos hábitos de vida, uma vez que a adoção de hábitos saudáveis contribui não só para a prevenção do câncer como melhora significativamente a qualidade de vida desses pacientes e previne outras patologias.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, OMS, 2014. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/index.asp?ID=7>. Acesso em: 23 de abril de 2014.
2. Pinho VFS., Coutinho ESF. Risk factors for breast cancer: a systematic review of studies with female samples among the general population in Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(2):351-60.
3. Pedersen L, Gunnarsdottir KA, Rasmussen BB, Moeller S, Lannig C. The prognostic influence of multifocality in breast cancer patients. *The Breast*. 2004; 13(3):188-93.
4. Trufelli DC, et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. *Rev Assoc Med Bras*. 2008; 54(1):72-76.
5. Matos JC, Pelloso SM, Carvalho MDB. Prevalence of Risk Factors for Breast Neoplasm in the City of Maringá, Paraná State, Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010; 18(3):352-9.
6. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Controle do Câncer de Mama. Rio de Janeiro, 2014.
7. World Health Organization (WHO). National Cancer Control Programmes: policies and managerial guidelines [Internet]. 2th ed. Geneva; 2002. Available from: <http://www.who.int/en>
8. Muñiz MS, Pérez CG. Reflections about the ethical and bioethical problems in treatment presenting with a terminal disease. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2009; 25(4):98-106.
9. Wittmann-Vieira R, Goldim JR. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(3):334-9.
10. Borges JBR, Guarisi R, Lacerda AA, Poli JL, Borges PCG, Moraes SS. Active search of women as an efficacy factor for a breast and cervical cancer screening program in the city of Jundiá, São Paulo, Brazil. *Einstein*. 2010; 8(1):34-9.
11. Linardi AG, Silva RM, Mendonça FAC. Práticas de saúde decorrentes dos fatores de risco para o câncer de mama em mulheres trabalhadoras. *Rev. Rene*. 2008; 9(3):92-8.
12. Bim CR, Pelloso SM, Carvalho MDB, Prevedelli ITS. Diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino em mulheres do município de Guarapuava, PR, Brasil. *Rev Esc Enferm*. 2010; 44(4):940-46.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
14. Filho MN, Cecilio AM. Subsídios para um novo modelo de atenção ao câncer no Estado de São Paulo. *RAS*. 2005; 7(28):95-111.
15. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Brasil). Políticas e ações para prevenção do câncer no Brasil: alimentação, nutrição e atividade física. 2. reimpr. / INCA. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância – Rio de Janeiro: INCA, 2012.
16. Lopes GVDO, Menezes TMO, Miranda AC, Araújo KL, Guimarães ELP. Acolhimento: quando o usuário bate à porta. *Rev Bras Enferm*. 2014; 67(1):104-10.
17. Silva MPN. Síndrome da anorexia-caquexia em portadores de câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2006; 52(1):59-77.
18. Corrêa GO. Câncer Endométrio, HAS-DM. 2006. 129 f. Estudo de Caso – Curso de Graduação em Nutrição, Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, 2006.
19. Bricarello LP, Vasconcelos MIL, Rodrigues TFF. Terapia Nutricional em casos de Câncer. In: Silva SMCS, Mura JDP. Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia. São Paulo: Roca; 2007. p. 693-709.
20. Breen N, Wagener DK, Brown ML, Davis WW, Ballard-Barbush R. Progress in cancer screening over a decade: results of cancer screening from the 1987, 1992, and 1998 National Health Interview Surveys. *J Natl Cancer Inst*. 2001; 93(22):1704-13.
21. Anderson BO, et al. Guidelines for International Breast Health and Cancer Control–Implementation. 2008; 113(8):2221–43.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.
24. Abreu E. Pró-Onco 10 anos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro. 1997; 43(4)7.
25. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Controle do Câncer de Mama: Documento do Consenso. Rio de Janeiro, 2004.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3040, de 21 de Junho de 1998. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 408, de 30 de Agosto de 1999. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

28. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Controle do Câncer de Mama: Documento do Consenso. Rio de Janeiro, 2004.
29. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Portaria 2439. Política Nacional de Atenção Oncológica. Rio de Janeiro, 2005.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, 2006.
31. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama. Rio de Janeiro, 2009.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 310 de 10 de Fevereiro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
33. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo/ Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2010.
34. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Controle do Câncer do Colo do Útero. Rio de Janeiro, 2011.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.473 de 24 de junho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília- DF. 2 ed. 2013.
37. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
39. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. Rio de Janeiro, 2013.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.388, de 30 de dezembro de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 189, de 31 de janeiro de 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia Prático Sobre HPV: Guia de Perguntas e Respostas para Profissionais de Saúde. Brasília: Ministério de Saúde, 2013.

Josiane Bizzi Schlemmer Braun

Endereço para correspondência – Rua: Valério Paiva, nº 246,
Bairro: Centro, CEP: 97400-000, São Pedro do Sul, RS, Brasil.

E-mail: jobizzi@yahoo.com.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0217671314699365>

Lívia Gelain Castilhos – liviagelain@gmail.com

Suzinara Beatriz Soares de Lima – suzibslima@yahoo.com.br

**Enviado em 05 de agosto de 2014.
Aceito em 09 de novembro de 2015.**