

Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória

Public policies for cancer control in Brazil: elements of a trajectory

Luiz Antonio Teixeira¹, Marco Porto², Paula Arantes Botelho Briglia Habib³

Resumo

O artigo aborda a trajetória das políticas públicas para o controle do câncer no País entre os anos 1940 e o final dos anos 1980. Discute a criação do Serviço Nacional de Câncer, em 1942, seu perfil inicial e as questões que nortearam sua trajetória. Analisa as ações estatais contra a doença nos anos 1960 e a criação do Programa Nacional de Controle do Câncer, em 1974. A partir de uma perspectiva histórica, baseada na análise de documentos institucionais e de bibliografia especializada, buscou-se demonstrar a relação entre ampliação das políticas públicas nesta área, o desenvolvimento de uma nova comunidade médica — os cancerologistas — e as transformações sociopolíticas e econômicas ocorridas no País.

Palavras-chave: história natural das doenças; história da Medicina; Brasil.

Abstract

The article discusses the construction of public policies for cancer control in Brazil from the 1940s to the late 1980s. It examines the process that led to the creation of the National Cancer Service in 1942, the agency's initial paths and the issues that have guided its trajectory. It analyzes the state actions against the disease in the 1960s and the creation of the National Cancer Control Program, in 1974. From a historical perspective, based on analysis of institutional documents and relevant literature, the authors show the relation between the expansion of public policies in this area, the development of a new medical community — the oncologists — and sociopolitical and economic transformations in Brazil.

Keywords: natural history of diseases; history of Medicine; Brazil.

Trabalho realizado na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹Doutor em História Social pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil; Pesquisador do Departamento de Pesquisa em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz (DEPES/COC/FIOCRUZ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), FIOCRUZ; Coordenador do projeto “História do Câncer – atores, cenários e políticas públicas” (INCA/COC/FIOCRUZ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Doutora em História das Ciências e da Saúde pela COC/FIOCRUZ; Pesquisadora Visitante (Programa Inovatec) do DEPES/COC/FIOCRUZ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Endereço para correspondência: Luiz Antonio Teixeira – Avenida Brasil, 4.036, sala 400 – Mangueiras – CEP: 21040-361 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil – E-mail: teixeira@fiocruz.br

Fonte de financiamento: FAPERJ JCNE processo E26/102.203/2009 e CNPq – Edital Universal 478151/2010-1.

Conflito de interesse: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

Em dezembro de 1993, a Portaria nº 170 da Secretaria de Assistência à Saúde¹ representou o primeiro esforço do Ministério da Saúde para enfrentar, de modo organizado, a crescente demanda por tratamento de câncer no Brasil. Em 1998, a Portaria nº 3.535 da Secretaria de Assistência à Saúde² garantiu o atendimento integral aos pacientes com doenças neoplásicas malignas e estabeleceu uma rede hierarquizada de Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), também atualizando os critérios para o seu cadastramento. Este documento representou um avanço na área do planejamento em saúde, na medida em que a estimativa da necessidade assistencial considerava a base populacional (um CACON para 550.000 habitantes) e não mais a oferta espontânea dos prestadores, mas se manteve em uma posição conservadora ao centrar sua proposta no âmbito da terapêutica do câncer.

Em dezembro de 2005, uma nova Portaria — GM/MS nº 2.439³ — inovou a abordagem das neoplasias ao se valer do conceito do câncer como um problema de saúde pública para fixar as bases de uma ampla Política Nacional de Atenção Oncológica, cujos principais objetivos seriam: promover a qualidade de vida e da saúde da sociedade; organizar linhas de cuidado que envolvessem todos os níveis de atenção (básica e especializada, de média e alta complexidades) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos); e constituir redes hierarquizadas e organizadas, garantindo o acesso e o atendimento integral.

Apesar dos avanços conceitual e normativo, e embora as evidências científicas demonstrem que nos países em desenvolvimento cerca de um terço dos cânceres possam ser prevenidos e outro terço evitado⁴, o câncer é a segunda maior causa de morte no Brasil, com a estimativa de quase 500 mil novos casos em 2012⁵, mais de 70% dos casos são diagnosticados em estadiamento III e IV, isto é, já sem possibilidade de cura. Esses dados demonstram a dimensão e a complexidade do desafio que se apresenta ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Acreditamos poder trazer alguma luz para o enfrentamento desse desafio a partir da análise sócio-histórica da trajetória das políticas de câncer no País. Sabe-se hoje que os trabalhos relacionados ao câncer, assim como a outros problemas da saúde coletiva, não podem se restringir às análises do campo científico. Ao discutirem a implantação de políticas públicas, Atwood et al.⁶ reconhecem a interdependência entre as evidências científicas e as questões culturais — o contexto político e a mobilização social —, e concluem pela incapacidade de quaisquer dessas variáveis produzirem resultados efetivos isoladamente. Seguindo essa linha de análise, buscamos compreender como os médicos brasileiros deixaram de entender o câncer como problema de saúde individual e como

essa mudança se relacionou a condicionantes econômicos e a conjunturas mais amplas, nacionais e internacionais, possibilitando o ingresso dessa doença na agenda da saúde pública brasileira.

Este texto se insere no âmbito do projeto “História do câncer — atores, cenários e políticas públicas”⁷, uma parceria entre a Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), e o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). A partir da análise histórica dos processos de elaboração e implantação de ações e programas, este projeto buscou contribuir para a compreensão das transformações na concepção do câncer e das possibilidades de sua abordagem.

METODOLOGIA

O presente texto se caracteriza como um estudo de História Social, direcionado à análise de políticas públicas. Inicialmente, o trabalho se baseou nos dados contidos nas publicações “História e Saúde Pública: a política de controle do câncer no Brasil”⁸ e “De doença desconhecida a problema de saúde pública, o INCA e o controle do câncer no Brasil”⁹, primeiros estudos de caráter histórico sobre a trajetória das políticas públicas contra o câncer no Brasil. A partir da leitura dessas publicações, foi feita uma pesquisa qualitativa em fontes documentais oficiais, na legislação, referentes ao período 1960 a 2005, no conjunto de fontes secundárias sobre a História do Câncer no Brasil existentes nas bibliotecas da Academia Nacional de Medicina, INCA, FIOCRUZ e na Base de Dados HISA (Base Bibliográfica em História da Saúde Pública na América Latina e Caribe — COC). Também foram pesquisados documentos sobre a trajetória do INCA nas últimas duas décadas, disponíveis na página *web* dessa instituição, www.inca.gov.br.

Os limites temporais das fontes trabalhadas encontram-se entre 1900 e 2011. A seleção e utilização dessas fontes tiveram como base a pesquisa, verificação e interpretação histórica. A partir de análise crítica das fontes e do entrecruzamento das informações obtidas com os dados provenientes de trabalhos desenvolvidos nos campos da história do Brasil e, em particular da saúde pública, buscou-se avaliar o processo de transformação das políticas relacionadas ao câncer no País.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os primórdios das políticas de controle do câncer no Brasil

Durante as primeiras décadas do século XX, houve uma verdadeira tomada de consciência dos médicos brasileiros em relação ao câncer, o que levou ao surgimento das primeiras

iniciativas para incluí-lo na agenda da saúde pública nacional. O reconhecimento da importância da doença se relacionou muito mais ao contato de um grupo de profissionais com as discussões sobre a doença ocorridas em congressos internacionais do que à expressão epidemiológica e se formalizou nos debates ocorridos nas academias e periódicos médicos. Em relação às iniciativas diante da doença, destacam-se a inclusão de medidas para a sua prevenção no âmbito da Inspetoria da Lepre e Doenças Venéreas, criada por uma reforma sanitária ocorrida em 1920; a criação do primeiro hospital especializado no tratamento radiológico do câncer em Belo Horizonte, em 1922; e a criação do Centro de Cancerologia do Distrito Federal, em 1937, pelo cirurgião Mario Kroeff¹⁰.

Apesar dessa efervescência, o alicerce do que viria a ser a política nacional de controle da doença só seria erguido a partir de 1941, quando uma reforma do então Ministério da Educação e Saúde instituiu serviços verticalizados, de caráter nacional, direcionados às doenças vistas como entrave ao desenvolvimento nacional⁸. Entre os 16 serviços criados nesse momento, um destinava-se ao câncer. A criação do Serviço Nacional de Câncer (SNC) se relaciona ao intenso trabalho do médico gaúcho Mario Kroeff, que tirou proveito da sua proximidade com o poder durante o governo getulista e pôs em marcha um incansável trabalho de conscientização das elites políticas e econômicas sobre a importância epidemiológica da doença e a necessidade de seu controle. Como cirurgião especializado em câncer, ele criou no Distrito Federal o Centro de Cancerologia, pequeno hospital especializado no tratamento da doença que viria a se transformar no INCA. Além disso, Kroeff protagonizou a criação do SNC e foi seu primeiro diretor¹¹.

O SNC tinha como principais funções a elaboração de estudos epidemiológicos para a prevenção do câncer e o auxílio financeiro e técnico às unidades locais de tratamento. O Serviço era composto pelo Instituto de Câncer do Distrito Federal (antigo Instituto de Cancerologia) — responsável pelo atendimento aos cancerosos, pelas pesquisas relacionadas à doença e pelo ensino da cancerologia — e pela Seção de Organização e Controle, responsável pela busca de normatização das ações contra o câncer e pela estruturação da rede de instituições locais direcionadas à doença. Embora o SNC tenha tido um pequeno raio de ação em seus primeiros anos, progressivamente a ele se incorporaram diversos hospitais filantrópicos, unidades mantidas por governos estaduais e entidades civis (ligas) de apoio à criação de novas instituições. Esse conjunto viria a compor uma rede denominada Campanha Nacional de Combate ao Câncer, embrião da ação nacional contra a doença¹¹.

Não obstante o crescente interesse pelo tema, a política de controle do câncer continuaria muito aquém das necessidades nacionais, tanto no campo da prevenção como no

do tratamento. Em relação ao primeiro aspecto, campanhas educativas começaram a ser organizadas nas cidades do Rio de Janeiro (então capital federal) e de São Paulo, a partir do final da década de 1940. Apesar de seu caráter inovador e do grande interesse popular que geravam, eram geograficamente restritas, deixando a maior parte do país distante de informações sobre a doença. No que tange ao tratamento, o problema da falta de leitos permanecia em decorrência da inexistência de planejamento que garantisse o acesso dos pacientes nas regiões onde as necessidades eram maiores. Os hospitais dedicados aos cancerosos se estabeleciam em função das possibilidades ou dos interesses das instituições privadas — filantrópicas ou não —, que se vinculavam ao SNC para obter auxílio para tratamento gratuito de cancerosos¹².

A ampliação da rede de instituições relacionadas ao tratamento de câncer no País ocorreu simultaneamente ao aumento do interesse médico-científico na doença e ao fortalecimento institucional do campo da cancerologia. Os principais marcos desse processo foram a criação da Sociedade Brasileira de Cancerologia (1946); o surgimento da Revista Brasileira de Cancerologia, a partir do ano seguinte; a organização do VI Congresso Internacional de Câncer, da União Internacional Contra o Câncer no Estado de São Paulo, em 1953; e o fortalecimento do Instituto de Câncer que, em 1957, passou a funcionar em uma nova e bem aparelhada sede na Praça da Cruz Vermelha, no Rio de Janeiro¹¹.

Esse conjunto de eventos resultou no melhor posicionamento dos profissionais do câncer em seu campo de atuação, possibilitando-lhes mais apoio para suas demandas institucionais, aspecto facilmente observável no progressivo aumento das verbas do SNC e no crescente número de instituições a ele filiadas. No entanto, acreditamos que o ponto fundamental nesse processo foi o surgimento de uma nova comunidade, de especialistas em câncer, a partir dos cursos de cancerologia elaborados pelo INCA, a partir de 1944. Ministrados pelos mais conceituados especialistas na doença do País e por pesquisadores estrangeiros, tais cursos foram de grande importância na homogeneização dos saberes sobre a doença e no fortalecimento e criação de identidade dos cancerologistas brasileiros. De suas carteiras, despontaram os médicos responsáveis pelas seções — ou mesmo pela direção geral — do INCA e por várias direções do SNC¹².

Em tempos de privatização

Muitos cancerologistas do início da década de 1960 viam o câncer como um problema social e acreditavam que seu controle deveria ter como base uma pauta coordenada de ações no campo da prevenção, da educação em saúde, do diagnóstico e do tratamento. Essa concepção começava a

tomar o lugar da noção de combate à doença, que tinha como base ações autônomas dirigidas aos indivíduos afetados. Ela implicava a busca de uma nova legislação que viabilizasse a prevenção dos cânceres profissionais e dos demais tipos passíveis de prevenção; a criação de um registro de câncer, que possibilitasse aos cancerologistas informações mais exatas sobre a incidência da doença nos diversos grupos sociais e espaços geográficos; a democratização do acesso às unidades de tratamento; a ampliação da responsabilidade em relação à doença para além do mundo da medicina; e a maior ação do Estado na formulação, coordenação e financiamento das ações a ela relacionadas¹³.

Essa nova maneira de compreender o câncer, as ações para o seu controle e o papel do Estado foram abafados com o golpe militar de 1964. A partir de então, os dirigentes do Ministério da Saúde, com base na ideologia do liberalismo econômico e com uma concepção privatizante em relação à saúde, passaram a postular que o câncer era uma questão da medicina hospitalar de base privada. Na concepção dos dirigentes do Ministério, por não ser uma doença epidêmica ou contagiosa, o câncer não poderia ser entendido como um problema de saúde pública e seu controle deveria se restringir às ações curativas individuais⁸.

Na primeira década do período autoritário, a política em relação ao câncer buscou reforçar as ações médico-hospitalares por meio da compra de serviços privados pelo Estado, no âmbito da medicina previdenciária. A partir de 1969, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), ampliou-se a compra de serviços privados em clínicas e hospitais. No campo da Oncologia, essa prática representou a principal ação do Estado diante da doença e, embora permitisse a ampliação do número de tratamentos, o fazia de forma pouco eficiente e descoordenada¹².

Nesse período, no âmbito institucional não aconteceram grandes mudanças na organização do controle do câncer. Apesar de reformulações, como a criação da Campanha Nacional contra o Câncer, em 1967, e a transformação do Serviço Nacional de Câncer em Divisão Nacional de Câncer (DNC), em 1970, as ações contra a doença não se ampliaram. Pelo contrário, a contínua crise econômica dos primeiros anos pós-golpe determinaram a redução das verbas dirigidas à doença. Tal situação era criticada abertamente pelos cancerologistas que, em 1968, publicaram um manifesto na Revista Brasileira de Cancerologia, pedindo ao governo um novo tratamento para a questão, principalmente no que dizia respeito aos recursos para sua prevenção e tratamento¹⁴.

Somente em meados da década de 1970, quando a busca de consenso político levou o governo a incluir questões sociais em sua agenda de desenvolvimento, esse quadro se

transformaria. Em um período caracterizado pelo grande crescimento econômico, pela busca de apoio popular à estrutura de poder vigente e pelo grande apreço às ações de planejamento difundidas pelos organismos internacionais, surgiriam as primeiras iniciativas que viam o câncer como um problema de saúde de grande magnitude, a ser contido por uma ação governamental planejada.

Em 1973, no âmbito da Divisão Nacional do Câncer, então dirigida pelo ginecologista paulista Sampaio de Góes, foi instituído o Programa Nacional de Controle do Câncer (PNCC). O programa tinha como objetivo coordenar as ações referentes ao câncer em âmbito nacional, integrando as atividades do Ministério da Saúde e da Previdência Social. A partir de um mapeamento das instalações e dos equipamentos voltados para o tratamento de câncer nos hospitais públicos e privados do país — efetuado em colaboração com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) — foi elaborado um plano para equipar e garantir o bom funcionamento das unidades. Para apoio ao planejamento das ações contra a doença, foi prevista a elaboração de um registro nacional de câncer, pelo Ministério da Saúde, e instituído o reembolso para todos os procedimentos relativos ao câncer executados fora do setor público, despertando o interesse de laboratórios e hospitais privados com relação às ações de diagnóstico e tratamento do câncer¹².

O PNCC deu ênfase aos cânceres ginecológicos, incentivando a criação de campanhas de prevenção do câncer de colo de útero em parceria com secretarias estaduais e entidades filantrópicas. Em alguns estados, como em São Paulo, campanhas e programas de prevenção já estavam em curso. Em Campinas, por exemplo, ainda em 1968, o médico José Aristodemo Pinotti havia criado um programa de controle do câncer de colo de útero no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), do qual era diretor. Esse programa contava com auxílio da OPAS e alcançou grande êxito, tornando-o modelo para o controle do câncer de colo de útero em países em desenvolvimento. A partir do PNCC, o Ministério da Saúde decidiu incentivar as secretarias estaduais a criarem seus próprios programas preventivos e investiu na melhor qualificação de pessoal, com a criação de cursos para a formação de citotécnicos. A partir da década de 1970, as campanhas preventivas assumiram uma posição central no controle do câncer de colo de útero¹⁵.

Em 1975, com o objetivo de ampliar a cobertura previdenciária ao câncer e dar maior consistência ao seu controle, o Ministério da Previdência Social criou um novo programa. O Programa de Controle do Câncer (PCC) buscava ampliar a integração entre as ações de prevenção e de tratamento no âmbito da medicina previdenciária — utilizando a rede de

ambulatoriais e hospitais públicos — e tinha como diretriz que todo cidadão brasileiro tivesse acesso ao tratamento gratuito por meio da Previdência Social.

Em 1980, com a ampliação das dificuldades econômicas decorrentes da crise mundial do petróleo, o PNCC não foi incluído no III Plano Nacional de Desenvolvimento e perdeu uma fonte importante de recursos financeiros, de modo a inviabilizar a continuidade do programa⁹, revelando a insuficiência do modelo proposto. Neste contexto, o câncer perdeu seu *status* de doença estratégica, voltando a integrar a rotina dos serviços de saúde. A busca de planejamento integrado entre a saúde pública e previdenciária nas políticas de controle do câncer e a ampliação da cobertura das ações foram as maiores heranças do PNCC e do PCC.

No caminho da democracia

O processo de redemocratização política do País trouxe consigo o anseio por uma reforma sanitária que ampliasse o papel do Estado quanto à saúde da população, universalizando o acesso aos serviços e encerrando a divisão entre saúde pública e previdenciária. Os autores que estudaram esse processo mostram que os sanitaristas com pensamento progressista, que já atuavam em importantes instituições do Estado, convergiam com essas aspirações. Também afirmam que a unificação dos sistemas de saúde previdenciário e público foi antecedida por diversas iniciativas que buscaram integrar suas atividades¹⁶. Com relação às ações direcionadas ao câncer, essas experiências forneceram a base para a criação de uma política efetiva para o controle da doença.

Ainda em 1982, a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social (CIPLAM) aprovou a proposta de criação de um Sistema Integrado de Controle do Câncer (SICC), coordenado conjuntamente pelo Instituto Nacional de Previdência Social e pelo Departamento Nacional de Doenças Crônicas-Degenerativas (DNDCD) do Ministério da Saúde¹⁷. Essa rede passou a agregar 25 hospitais de câncer, com o objetivo de garantir um padrão de assistência mais abrangente e homogêneo. Cinco anos mais tarde, às vésperas da reforma sanitária que criou o Sistema Único de Saúde, o governo federal criou o Programa de Oncologia (Pro-Onco), um termo de cooperação técnica entre o INAMPS e o Ministério da Saúde, que tinha por objetivo implementar ações nacionais para informação, prevenção, diagnóstico e controle do câncer. A partir desse período, as atividades relativas ao câncer, que permaneciam no âmbito da DNDCD, foram aos poucos transferidas para o INCA, que voltava a se fortalecer após a crise determinada pela sua incorporação ao sistema universitário de ensino⁹.

As transformações na área da saúde, que se consolidaram na Constituição de 1988, ao consagrá-la como direito de todos

e responsabilidade do Estado, e culminaram com a criação do Sistema Único de Saúde, em 1990, por meio da Lei nº 8.080, influenciaram profundas transformações no INCA. O processo de revitalização institucional que se iniciara na década de 1980, com sua maior participação no campo da formulação de políticas, se ampliou a partir desses novos marcos e o Instituto assumiu a responsabilidade pelos programas antes sediados no Ministério.

A partir de 1989, o Instituto passou a coordenar o Programa Nacional de Combate ao Fumo que, a partir da década seguinte, teve uma importante atuação no processo de criação de uma política antitabagista no País. O Instituto também elaborou campanhas educativas de prevenção e detecção precoce de outros cânceres, e passou a coordenar as ações desenvolvidas pelas secretarias dos Estados. Em 1990, o Pro-Onco foi transferido para o INCA, ampliando sua capacidade de ação e passando a se concentrar em três áreas: informação, educação e prevenção. Em sua atuação, buscava a integração com secretarias municipais e estaduais de saúde, serviços e hospitais de câncer, universidades e a sociedade civil¹².

CONCLUSÃO

Durante grande parte do século XX, a atuação da saúde pública em relação ao câncer teve como base o auxílio financeiro a entidades filantrópicas ou pertencentes aos estados e a normatização de procedimentos médicos e hospitalares para o tratamento da doença. Fruto de um arranjo de saúde pública já existente em relação a outras doenças crônicas-degenerativas ou de grande amplitude social, como a lepra e a tuberculose, esse modelo parecia adequado a uma doença que, embora fosse extremamente letal, até os anos 1950, parecia ter pouca expressão epidemiológica. Nesse contexto, iniciativas pioneiras, como a criação do Instituto do Radiun de Belo Horizonte (1922), a fundação do Centro de Cancerologia do Distrito Federal, pelo médico Mario Kroeff, e a posterior criação de diversos centros anticancerosos com o auxílio de sociedades civis dos diversos estados — ligas — deram a tônica da ação contra a doença no país⁹.

Esse perfil de organização de saúde em relação ao câncer se manteve até os anos 1960, quando, num contexto de grande desenvolvimento tecnológico e elevação dos custos referentes a procedimentos de maior complexidade, a política previdenciária buscou, cada vez mais, comprar serviços privados. Cunhado em um período de fraca atuação da saúde pública e de grande valorização do papel da iniciativa privada no sistema de saúde, esse modelo, embora tenha ampliado a cobertura do tratamento de pacientes com câncer, em consonância com a progressiva ampliação da cobertura do sistema

previdenciário, conviveu com a insuficiência de recursos e com o desmantelamento da principal instituição pública relacionada à doença, o INCA¹⁷.

Em meados dos anos 1970, num contexto de expansão econômica e busca de novos caminhos para a atenção à saúde, a partir de ações planejadas, elaboradas em consórcio com a iniciativa privada, surge uma nova perspectiva para política de controle do câncer, agora visto como um problema de grande monta, em virtude da gradual ampliação de sua incidência. Os programas desse período, apesar de envolverem verbas vultosas e rigoroso planejamento, não tiveram continuidade nem qualquer fiscalização, propiciando que muitos investimentos do setor público se transferissem para a iniciativa privada sem a garantia de cumprimento das metas sociais que lhe foram atribuídas⁹.

A partir do final dos anos 1980, cada vez mais as ocupações com o câncer ganharam novas dimensões e

características. Em um contexto de valorização da prevenção e das ações básicas, e de busca pela integração dos diferentes subsistemas de saúde então vigentes, o câncer passou a ser visto como um problema de maior amplitude, que não poderia se restringir ao âmbito das ações curativas de alta complexidade e a campanhas pontuais, dirigidas a populações específicas. A base para o controle do câncer passou a ser construída a partir da prevenção, da detecção precoce e da integração dos serviços³.

Apesar dos avanços nas décadas seguintes, as inexistência de recursos e formas de financiamento adequados à saúde, o inconsistente e heterogêneo nível de organização do SUS nas diferentes regiões e as precárias condições de vida de amplos segmentos da população brasileira dificultaram a elaboração e implantação de um plano nacional de controle de câncer^{18,19}.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria/SAS nº 170, de 17 de dezembro de 1993. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 19753-6, 1993.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.535/GM, de 2 de setembro de 1998. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 196-E, Seção 1, p. 53-54, 14 out., 1998.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439/GM, de 08 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 76, Seção 1, p. 80-81, 09 dez., 2005.
4. Lingwood RJ, Boyle P, Milburn A, Ngoma T, Arbutnott J, Kerr SH, et al. The challenge of cancer control in Africa. *Nat Rev Cancer*. 2008;(8):398-403.
5. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
6. Atwood K, Colditz GA, Kawachi I. From public health science to prevention policy: planning science in its social and political contexts. *Am J Public Health*. 1997;87(10):1603-6.
7. Casa de Oswaldo Cruz, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA. História do Câncer – atores, cenários e políticas públicas [Internet]. [cited 2011 Sep 22]. Available from: www.historiadocancer.coc.fiocruz.br
8. Bodstein R. História e Saúde Pública: a política de controle do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: PEC/ENSP; 1987.
9. Teixeira LA, Fonseca CMO. De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2007.
10. Teixeira LA. O câncer na mira da medicina brasileira. *Revista Brasileira de História da Ciência*. 2009;2(1):104-17.
11. Teixeira LA. O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX. História, Ciência, Saúde – Manguinhos. *Câncer no século XX: ciência, saúde e sociedade*. 2010;17(Suppl 1):S13-31.
12. Teixeira LA, Porto MAN, Claudio P. O Câncer no Brasil: passado e presente. Rio de Janeiro: Outras Letras/FAPERJ; 2012.
13. Marsillac J. Notas sobre o câncer como problema de saúde pública. *Arquivo de Oncologia*. 1968;9(1).
14. Manifesto dos cancerologistas. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 1968;24(38):5-7.
15. Teixeira LA, Lowy I. Imperfect tools for a difficult job: Colposcopy, 'colpocitology' and screening for cervical cancer in Brazil. *Soc Stud Sci*. 2011;41(4):585-608.
16. Escorel S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Giovanella L. et al. (eds.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008. p. 385-434.
17. Tanaka OY, Escobar EM, Gimenez AS, Camargo KG, Lelli CL, Yoshida TM. Gerenciamento do setor saúde na década de 80, no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 1992;26(3):185-94.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Vianna SM (ed.). Atenção de Alta Complexidade no SUS: desigualdades no acesso e no financiamento. Projeto Economia e Saúde. Volume I. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 620 p.

Recebido em: 12/04/2012
Aprovado em: 06/07/2012