UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

DÉBORA CHERCHIGLIA DE MORAES

Ações de rastreamento oportunístico do câncer de mama implementadas por
enfermeiros da Atenção Básica de Saúde de Ribeirão Preto-SP

RIBEIRÃO PRETO

2014

DÉBORA CHERCHIGLIA DE MORAES

Ações de rastreamento oportunístico do câncer de mama
implementadas por enfermeiros da Atenção Básica de Saúde de
Ribeirão Preto-SP

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à Saúde da Mulher no
Ciclo Vital

Orientador: Marislei Sanches Panobianco

RIBEIRÃO PRETO

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

MORAES, DÉBORA CHERCHIGLIA DE

Ações de rastreamento oportunístico do câncer de mama implementadas por enfermeiros da Atenção Básica de Saúde de Ribeirão Preto-SP. Ribeirão Preto, 2014.

106 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Marislei Sanches Panobianco

1. Neoplasias da mama. 2. Programas de rastreamento. 3. Atenção primária à saúde. 4. Enfermagem.

MORAES, DÉBORA CHERCHIGLIA DE

Ações de rastreamento oportunístico do câncer de mama implementadas por enfermeiros da
Atenção Básica de Saúde de Ribeirão Preto-SP

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação Enfermagem Saúde Pública.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedicatória

A Deus, pela proteção, por renovar minha energia, onde sempre me refugiei encontrando forças para seguir em frente.

A minha mãe, pelo seu exemplo de força e sabedoria, pelos conselhos e proteção em todos os momentos, indispensável em minha vida. Meu alicerce que nunca mediu esforços para auxiliar na concretização dos meus sonhos.

Ao meu pai, meu exemplo de perseverança e dedicação, que sempre me apoiou nesta caminhada com seus conselhos, me incentivando a alcançar meus objetivos.

As minhas irmãs, Lidia e Lillian, pelo companheirismo, amor e carinho e por estarem ao meu lado sempre que preciso.

Aos meus sobrinhos, Giovana e Matheus e ao meu afilhado Henrique, pelo amor que transmitiam nas ligações telefônicas, me enchendo de alegria, motivando na concretização deste trabalho.

Ao meu avô, Antônio, meu exemplo de honestidade e determinação, pelos sábios conselhos.

Ao meu amor, companheiro, amigo e maior incentivador, Rafael, presente em toda esta trajetória, me protegendo e confortando nos momentos difíceis e comemorando com as minhas conquistas. Obrigada pelo carinho, apoio e pela paciência.

Agradecimentos

À minha orientadora, Profa. Dra. Marislei Sanches Panobianco, muito obrigada, pelo carinho, amizade, confiança e incentivo. Obrigada por acreditar no meu potencial e pelos seus ensinamentos, sabedoria e por seu exemplo de determinação e competência, auxiliando no meu crescimento profissional.

À Profa. Dra. Ana Maria de Almeida, pela orientação e apoio depositado no desenvolvimento deste trabalho, pelas sugestões enriquecedoras e ensinamentos, contribuindo com toda sua experiência

À Profa. Dra. Elisabeth Níglio de Figueiredo, pelas valiosas sugestões no exame de qualificação

À Profa. Dra. Maria Gaby Rivero de Gutiérrez, pelas discussões e orientações no grupo de pesquisa.

À enfermeira Maria Antonieta Spinoso Prado, pelo carinho, apoio e ensinamentos.

Às mestrandas Michele e Fabiana e doutoranda Edilaine, pelo companheirismo, apoio e torcida, por compartilharam comigo momentos de aprendizado e desafios do mestrado.

Aos meus familiares, tios, primos, cunhados (irmãos), pelo amor e atenção, que sempre me incentivaram a buscar a realização de meus sonhos.

Aos enfermeiros participantes do estudo, pela contribuição imprescindível na conclusão desta pesquisa.

À Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, pela autorização deste trabalho.

Aos meus companheiros de trabalho da área hospitalar e acadêmica que torceram por mim na elaboração deste projeto.

Ao Alex e Nelson, pelas orientações na assessoria estatística e auxílio no desenvolvimento do software.

A todos os docentes do Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP)

*Aos funcionários da Pós- Graduação do Departamento Materno- Infantil e Saúde Pública,
em especial a Shirley.*

Às minhas amigas que, de alguma forma, estiveram presentes.

Muito obrigada a todos!

*“Viva como se fosse morrer amanhã.
Aprenda como se fosse viver para sempre”
(Mahatma Gandhi)*

RESUMO

MORAES, D. C. **Ações de rastreamento oportunístico do câncer de mama implementadas por enfermeiros da Atenção Básica de Saúde de Ribeirão Preto-SP 2014.** 106f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Estudo descritivo, transversal, quantitativo, teve como objetivo geral: Identificar a implementação das ações de rastreamento oportunístico do CA de mama por enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Ribeirão Preto-SP e objetivou especificamente, caracterizar esses enfermeiros segundo dados de formação e capacitação profissional; descrever as ações de rastreamento oportunístico desenvolvidas por eles e comparar com as preconizadas pelo Ministério da Saúde; descrever os entraves para a execução dessas ações. Participaram 60 enfermeiros, atuantes há pelo menos um ano na rede municipal de saúde, com experiência em Atenção Básica e que não eram gerentes de unidade. Para coleta de dados, entre dezembro de 2013 e março de 2014, utilizaram-se formulários informatizados e impressos, e um *tablet* para inserção dos dados via sistema *web*. Estes foram analisados descritivamente, resultando em tabelas de frequência para variáveis qualitativas, com intervalo de confiança de 95% (IC95%), a partir do método de reamostragem de *bootstrap*. Utilizaram-se os softwares IBM SPSS 20 e Excel 2010. Constatou-se que a maioria dos enfermeiros atuava há mais de dez anos na rede e realizou cursos de especialização (44-73,3%), destacando-se aqueles em Saúde Pública. A capacitação profissional após 2004, no entanto, não foi realizada por 29 sujeitos (48,3%), e a maioria desconhece se há disponibilidade de documentos preconizados pelo Ministério da Saúde, para controle do câncer de mama nas UBSs. A maioria (43 - 71,7%) investiga fatores de risco para CA de mama e conhece os fatores para alto risco. Quanto aos exames de rastreio, 42 (70%) orientam e executam o Exame Clínico das Mamas, 40 (95,2%) solicitam avaliação médica para resultados suspeitos de malignidade, porém, desconhecem a faixa etária e a periodicidade correta de tal exame. Orientam acerca da primeira mamografia (MMG) (36-60%), a partir dos 40 anos (30-50%). Realizam busca ativa das mulheres com laudo de MMG suspeito para malignidade (39 - 65%). Não realizam busca das faltantes à MMG (46 - 76,7%); não encaminham mulheres com laudo suspeito à unidade de referência e desconhecem a periodicidade correta da MMG (44 - 73,3%). Quanto à ultrassonografia das mamas (USM), 38 (63,3%) consideram não haver intervalo para sua execução, 20 (33,3%) não souberam informar a periodicidade. Quanto ao autoexame, 42 (70%) orientam a realização, mensalmente (33 - 78,6%); (22 - 52,4%) orientam iniciá-lo na menarca. Quanto aos entraves, destacam-se: falta de tempo e de local apropriado para as atividades; sobrecarga de trabalho; dificuldade no agendamento da MMG e da USG; demora entre a solicitação desses exames e o retorno do resultado. Apenas o SIAB e o SISCAN estão implantados nas UBSs. Além da rede de internet precária e muitos itens a serem preenchidos, a maioria não consegue planejar ações a partir dos dados gerados por tais sistemas. Há necessidade de investimentos em capacitação profissional e gerenciamento dos serviços de saúde para incrementar as ações de educação em saúde, as medidas de rastreamento e o acesso aos exames de rastreio.

Palavras - chave: Neoplasias da Mama, Atenção Primária à Saúde, Programas de Rastreamento e Enfermagem.

ABSTRACT

MORAES, D. C. **Actions of opportunistic screening for breast cancer implemented by nurses in Primary Health Care in the city of Ribeirão Preto-SP.** 2014. 106p. Thesis (Master) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

This descriptive, cross-sectional and quantitative study aimed to identify the implementation of actions of opportunistic screening for breast cancer (CA) by nurses of Basic Health Units (BHU) of the city of Ribeirão Preto-SP. It aimed specifically to characterize these nurses according to data training and professional development; to describe actions of opportunistic screening developed by nurses and compare these actions with those recommended by the Ministry of Health; and to describe the barriers to implementing them. Sixty nurses, who work for at least a year in the municipal health with expertise in primary care and who were not managers unit, participated of the study. Data collection was performed between December 2013 and March 2014 through computerized and paper forms, and a tablet for data entry via web system. Data were analyzed descriptively, resulting in frequency tables for qualitative variables, with a confidence interval of 95% (95%CI) from the bootstrap resampling method. The IBM SPSS 20 software and Excel 2010 were used. It found that most nurses worked for over ten years in the network and conducted specialized courses (44-73.3%), highlighting those in Public Health. Professional training, however, was not performed for 29 subjects (48.3%) after 2004, and most are unaware about the availability of documents recommended by the Ministry of Health to control breast cancer in the BHU. The majority (43-71.7%) investigates risk factors for breast CA and knows the factors for high risk. Regarding screening tests, 42 (70%) advise and perform the clinical breast exam; 40 (95.2%) require medical evaluation for suspected malignancy results, however, are unaware of the correct age and frequency of such examination. They advise to start mammography screening (MMG) (36-60%) at age 40 (30-50%). In addition, they conduct active search of women with suspicious mammogram result for malignancy (39-65%). They do not perform the search for those missing a mammographic assessment (46-76.7%); do not refer women with suspicious mammogram to the referral unit and are unaware of the correct frequency of MMG (44-73.3%). As for breast ultrasonography, 38 (63.3%) believe there is no range for its execution; 20 (33.3%) did not know the frequency. As for self-examination, 42 (70%) advise it, monthly (33-78.6%); (22-52.4%) advise to start at menarche. Related to the barriers, it is highlighted the lack of time and appropriate place for the activities; work overload; difficulty in scheduling the MMG and the ultrasonography; delay between the request for these exams and the return of the result. Only the SIAB and SISCAN are deployed in the BHUs. Besides the precarious internet network and many items to be filled, the majority fails to plan actions based on the data generated by such systems. There is need to invest in professional development and management of health services to enhance the actions of health education, screening measures and access to screening exams.

Keywords: Breast Neoplasms, Primary Health Care, Mass Screening, Nursing.

RESUMEN

MORAES, D. C. **Acciones de cribado oportunista del cáncer de mama implementadas por enfermeros de la Atención Primaria de Salud en la ciudad de Ribeirão Preto-SP 2014.** 106h. Tesis (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Este estudio descriptivo, transversal y cuantitativo objetivó identificar la implementación de acciones de cribado oportunista del cáncer de mama por enfermeros de Unidades Básicas de Salud (UBS) de Ribeirão Preto-SP y objetivó específicamente caracterizar estos enfermeros de acuerdo con datos formación y capacitación profesional; describir acciones de cribado oportunista desarrolladas por ellos y compararlas con las recomendadas por el Ministerio de Salud; y describir las barreras para la ejecución de esas acciones. Participaron 60 enfermeros, activos por lo menos un año en la red municipal de salud con experiencia en la atención primaria y que no eran gerentes de unidad. Para la recolección de datos, entre diciembre de 2013 y marzo 2014, se utilizaron formularios computarizados y de papel, y un *tablet* para entrada de datos vía sistema *web*. Estos fueron analizados descriptivamente, lo que resultó en tablas de frecuencias para variables cualitativas, con intervalo de confianza de 95% (IC95%) a partir del método de remuestreo *bootstrap*. Se utilizaron el software IBM SPSS 20 y Excel 2010. Se encontró que la mayoría de los enfermeros trabajaba durante más de diez años en la red y realizaron cursos de especialización (44-73,3%), destacando los de Salud Pública. La capacitación profesional después de 2004, sin embargo, no fue realizada por 29 sujetos (48,3%), y la mayoría desconoce la disponibilidad de documentos recomendados por el Ministerio de Salud para el control del cáncer de mama en UBS. La mayoría (43-71,7%) investiga factores de riesgo para cáncer de mama y conoce factores de alto riesgo. En cuanto a las pruebas de detección, (42-70%) orientan y ejecutan el examen clínico de mama, 40 (95,2%) requieren una evaluación médica por sospecha de malignidad; sin embargo, desconocen la edad y frecuencia correcta de tal examen. Recomiendan que se haga la primera mamografía (MMG) (36-60%), a partir de los 40 años (30-50%). Realizan busca activa de mujeres con resultado de mamografía sospechoso de malignidad (39-65%). No realizan la búsqueda de los que no hicieron la mamografía (46-76,7%); no encaminan las mujeres con resultado de mamografía sospechoso a la unidad de referencia y desconocen de la frecuencia correcta de MMG (44-73,3%). En cuanto a la ecografía de mama, (38-63,3%) creen que no hay intervalo para su ejecución, (20-33,3%) no conocían la frecuencia. En cuanto a la auto-examen, (42-70%) recomiendan la realización, mensual (33-78,6%); (22 a 52,4%) recomiendan iniciarla en la menarquia. En cuanto a barreras, se destacan la falta de tiempo y lugar apropiado para las actividades; sobrecarga de trabajo; dificultad en marcar una cita para la mamografía y ecografía de mama; demora entre la solicitud de estos exámenes y devolución del resultado. Sólo el SIAB y SISCAN están implementados en las UBSs. Además de la red de internet precaria y muchos ítems para rellenar, la mayoría no consigue planificar acciones a partir de datos generados por estos sistemas. Existe la necesidad de invertir en la capacitación profesional y gestión de servicios de salud para mejorar acciones de educación en salud, medidas de cribado, y acceso a pruebas de cribado.

Palabras-clave: Neoplasias de Mama, Atención Primaria de Salud, Cribado Masivo y Enfermería

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Caracterização de enfermeiros, atuantes na rede municipal de saúde, de acordo com as unidades selecionadas na amostra. Ribeirão Preto, SP, dez. 2013 a mar. 2014.	45
TABELA 2 - Caracterização dos enfermeiros, atuantes na rede municipal de saúde, segundo tempo de trabalho na UBS e formação profissional. Ribeirão Preto, SP, dez. 2013 a mar. 2014.....	47
TABELA 3- Caracterização dos enfermeiros, atuantes na rede municipal de saúde, segundo a capacitação e o conhecimento sobre a disponibilidade de documentos na UBS. Ribeirão Preto, SP, dez. 2013 a mar. 2014.	48
TABELA 4- Ações para o controle do câncer de mama desenvolvidas por enfermeiros, segundo investigação de fatores de risco e periodicidade de acompanhamento. Ribeirão Preto, SP, dez. 2013 a mar. 2014.	50
TABELA 5 - Ações para o controle do câncer de mama desenvolvidas por enfermeiros, segundo ações de rastreamento por meio do ECM. Ribeirão Preto, SP, dez. 2013 a mar. 2014.....	53
TABELA 6 - Ações para o controle do câncer de mama desenvolvidas por enfermeiros, segundo ações de rastreamento por meio da MMG. Ribeirão Preto, SP, dez. 2013 a mar. 2014.	56
TABELA 7 - Ações para o controle do câncer de mama desenvolvidas por enfermeiros, segundo ações de rastreamento por meio do AEM. Ribeirão Preto, SP, dez. 2013 a mar. 2014.	59
TABELA 8 - Distribuição dos enfermeiros, atuantes na rede municipal de saúde, segundo implantação de sistemas de informação. Ribeirão Preto, SP, dez. 2013 a mar. 2014.	62
TABELA 9 - Distribuição dos problemas relacionados à utilização do sistema de informação- SIAB, em relação às respostas dos enfermeiros. Ribeirão Preto, SP, dez. 2013 a mar. 2014.	63
TABELA 10 - Distribuição dos problemas relacionados à utilização do sistema de informação- SISCAN, em relação às respostas dos enfermeiros. Ribeirão Preto, SP, dez. 2013 a mar. 2014.	64

LISTA DE SIGLAS

AB:	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AEM	Autoexame das mamas
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
BHIG	<i>Breast Health Global Initiative</i>
CACON	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CA de mama	Câncer de mama
CMSC	Centro Médico Social Comunitário
CSE	Centro Saúde Escola
DRS	Departamento Regional de Saúde
ECM	Exame clínico das mamas
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ESF	Estratégia saúde da família
FEBRASGO	Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HERP	Hospital Estadual de Ribeirão Preto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MATER	Centro de Referência em Saúde da Mulher (Maternidade do Complexo do Aeroporto)
MMG	Mamografia
MS	Ministério da Saúde
NETB	<i>National Evaluation Team for Breast Cancer Screening</i>

NETC	<i>National Expert and Training Center</i>
NSH	Sistema Nacional de Saúde Pública
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PNQM	Programa Nacional de Qualidade em Mamografia
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RNM	Ressonância magnética
SAS	Secretaria de Assistência em Saúde
SAMU	Serviço de atendimento móvel de urgência
SBM	Sociedade Brasileira de Mastologia
SIASUS	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SIGA	Sistema Integrado de Gestão e Assistência
SISREG	Sistema de Regulação
SISCAN	Sistema de Informação de Câncer
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBDS	Unidades Básicas Distritais de Saúde
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidades de Saúde da Família
USG	Ultrassonografia
USPSTF	<i>United States Preventive Services Task Force</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	23
2.1 Objetivo Geral	24
2.2 Objetivos Específicos	24
3 MARCO TEÓRICO.....	25
3.1 Programas de rastreamento do câncer de mama no mundo e as políticas públicas de rastreamento no Brasil	26
3.2 O controle do câncer de mama na Atenção Básica e a atuação do enfermeiro	31
4 MATERIAL E MÉTODO	36
4.1 Tipo de estudo	37
4.2 Local do estudo e sujeitos do estudo	37
4.3 Instrumento de coleta de dados	40
4.4 Procedimento de coleta dos dados.....	40
4.5 Procedimentos éticos	41
4.6 Cálculo amostral	42
4.6.1 Seleção da amostra e qualidade da informação	42
4.7 Análise dos dados	42
5 RESULTADOS	43
5.1 Abordagem das ações de prevenção e detecção precoce do câncer de mama na Atenção Básica	44
5.1.1 Caracterização das Unidades de Saúde e dos enfermeiros no controle do câncer mamário, em relação ao tempo de trabalho, formação e capacitação profissional	44
5.1.1.1 Caracterização das UBSs.....	44
5.1.1.2 Caracterização dos enfermeiros em relação ao tempo de trabalho e à formação profissional	46
5.1.1.3 Caracterização dos enfermeiros, em relação à capacitação profissional e ao conhecimento de documentos disponíveis na UBS.....	47
5.2 Ações desenvolvidas pelos enfermeiros no rastreamento oportunístico do câncer de mama	49
5.2.1 Investigação dos fatores de risco	49
5.2.2 Ações relacionadas ao Exame clínico das mamas.....	52

5.2.3 Ações relacionadas à Mamografia.....	55
5.2.4 Ações relacionadas à Ultrassonografia das mamas	58
5.2.5 Ações relacionadas ao Autoexames das mamas.....	58
5.2.6 Ações gerais no controle do câncer de mama.....	60
5.2.6.1 Sistemas de Informação.....	60
5.2.6.2 Ações dos enfermeiros no controle do CA de mama, em relação à disponibilidade da Agenda da Mulher, reuniões educativas e consulta de enfermagem	65
5.3 Comparação entre as ações realizadas pelos enfermeiros das UBSs, no rastreamento do câncer de mama, com as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde	65
6 DISCUSSÃO	67
6.1 Caracterização dos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde selecionadas para o estudo, segundo dados de formação, capacitação profissional e conhecimento acerca de documentos disponíveis na UBS	68
6.2 Ações e atividades desenvolvidas por estes profissionais com relação ao rastreamento oportunístico do câncer de mama e comparação das ações que estão sendo realizadas com as ações propostas pelo Ministério da Saúde.....	70
6.3 Entraves para a execução das ações de rastreamento oportunístico do CA de mama.....	80
7 CONCLUSÃO.....	84
REFERÊNCIAS	87
APÊNDICES	97
ANEXOS	104

1 INTRODUÇÃO

A incidência do câncer aumentou substancialmente nos últimos anos, paralelamente aos avanços científicos e tecnológicos que propiciaram a caracterização de uma sociedade moderna com novos estilos de vida. Este acontecimento ocasionou um impacto global, devido ao crescimento e envelhecimento da população, com consequente aumento dos gastos financeiros destinados à detecção, ao diagnóstico e ao tratamento da doença (BRASIL, 2014).

O câncer de mama (CA de mama) é o que mais atinge mulheres no mundo, correspondendo a aproximadamente 25% dos casos novos de todos os tipos de câncer diagnosticados na população feminina (BRASIL, 2014). Dados estatísticos apontam o aumento de sua frequência, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Para 2014, são esperados no Brasil 57.120 casos novos da doença e estima-se um risco de 56,09 casos para cada 100 mil mulheres. Na região Sudeste, esse risco é de 71,18 casos novos por 100 mil mulheres, maior que o índice nacional, e para o Estado de São Paulo são estimados 16.160 novos casos, o que gera uma taxa bruta de incidência de aproximadamente 73/100.000 mulheres (BRASIL, 2014).

No município paulista de Ribeirão Preto, local onde este estudo foi realizado, o coeficiente de mortalidade por CA de mama tem apresentado ascensão, segundo informações da Secretaria Municipal da Saúde. Os últimos dados publicados apontam que, em 2004, o coeficiente foi de 17,30 por 100 mil mulheres, enquanto no Estado de São Paulo foi de 14,08 (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, 2005).

O desenvolvimento de novas tecnologias e de fármacos mais efetivos para o tratamento do CA de mama, assim como a melhoria da prestação de serviços, têm contribuído para o controle do agravo e para elevar a sobrevida das pessoas acometidas. Entretanto, apesar da melhora da sobrevida, permanece uma série de desafios que se apresentam após os tratamentos, no que se refere aos comprometimentos físicos, psicológicos e sociais, em curto ou longo prazo. Esses comprometimentos podem ser agravados pelo fato de o diagnóstico acontecer tardiamente (CHO; YOO; KIM, 2006; HEWITT; GREENFIELD; STOVALL, 2006). No Brasil, um terço dos casos novos dessa neoplasia corresponde à doença localmente avançada ou tardiamente diagnosticada (MARTINS et al., 2009).

Nesse sentido, torna-se evidente a importância dessa neoplasia no contexto das políticas públicas de saúde, com destaque para a necessidade de capacitação dos profissionais, organização dos serviços de saúde e ações educativas às usuárias. Investimentos em ações de prevenção, detecção precoce e implementação de programas efetivos no controle da doença

são apontados como medidas fundamentais na redução deste agravamento (BRASIL, 2014; SMITH, 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

A prevenção é um fator essencial no controle da doença, pois muitos sofrimentos e 40% das mortes podem ser evitados, quando medidas preventivas são realizadas. Portanto, essas medidas devem ser planejadas e implementadas nos programas de saúde pública, promovendo intervenções eficazes para a redução dos riscos da doença, mesmo em populações com recursos limitados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

As ações de prevenção primária para o CA de mama são consideradas um desafio, devido ao fato de a doença apresentar variados fatores de risco que podem ser hereditários ou relacionados ao ciclo reprodutivo da mulher, os quais não podem ser modificados, ou ainda relacionados aos hábitos de vida e às características genéticas específicas do tumor. Sendo assim, a prevenção secundária dessa patologia é a maneira mais eficaz para o controle do CA mamário, permanecendo como a principal estratégia para melhorar a sobrevida e diminuir a mortalidade pela doença, dividindo-se em diagnóstico precoce e rastreamento (BRASIL, 2011a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

O diagnóstico precoce consiste em identificar os sinais e sintomas em mulheres com a doença clínica em fase inicial, de modo que se possa intervir o mais rápido possível, e para isso é necessária a conscientização da população e dos profissionais da saúde que devem atuar na observação desses sinais e sintomas (BRASIL, 2011a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Já o rastreamento, termo derivado do inglês *screening*, consiste na realização periódica e sistemática de exames em mulheres assintomáticas, usuárias dos serviços de saúde, tendo por finalidade a identificação do câncer em estágio inicial (BRASIL, 2011a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Nesse sentido, apesar de ser bastante conhecido e indicado, o autoexame das mamas (AEM) não se caracteriza como uma estratégia de detecção precoce. O Ministério da Saúde (MS) Brasileiro e a *American Cancer Society* recomendam que ele seja utilizado para promover a educação em saúde, na intenção de a mulher conhecer o próprio corpo, recorrendo precocemente aos serviços de saúde, ao observar alguma alteração, mas não como um método isolado para detecção (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2013; BRASIL, 2011a; LOURENÇO; MAUAD; VIEIRA, 2013).

Os exames de rastreamento mais utilizados são o exame clínico das mamas (ECM) e a mamografia (BRASIL, 2011a; LOURENÇO; MAUAD; VIEIRA, 2013). O ECM constitui-se como parte do exame físico e ginecológico e deve ser realizado em todas as consultas, pelos

profissionais, médico ou enfermeiro, capacitados. Cabe ao profissional realizar adequadamente as técnicas de inspeção estática e dinâmica, além da palpação das regiões axilares e mamárias, posicionando a mulher corretamente em decúbito dorsal. Já a mamografia (MMG) é um exame radiológico, realizado com equipamento específico que emite uma dose mínima de radiação, sendo considerado o método mais eficaz para o rastreamento do CA de mama. A MMG depende de vários fatores, desde aqueles relacionados à mulher (densidade das mamas, idade, utilização de terapia de reposição hormonal), até os fatores relacionados à variabilidade técnica do exame (BRASIL, 2004).

No Brasil, a mamografia está disponível para agendamento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), em todo o país. Em 2012, foram realizados mais de 2.139.238 exames, sendo que no primeiro semestre mais de um milhão de mulheres entre 50 e 69 anos, faixa etária prioritária, fez mamografia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o que representou um aumento de 41% em comparação ao mesmo período, no ano de 2010 (BRASIL, 2012a).

Além da mamografia, outros exames de imagem, como o ultrassom e a ressonância magnética, podem auxiliar no diagnóstico da patologia. A ultrassonografia (USG) da mama é um método utilizado em mulheres com menos de 35 anos de idade com presença de lesões palpáveis, sendo ainda um método complementar ao exame mamográfico em mulheres com idade superior a 35 anos nas seguintes ocasiões: nódulo regular; nódulo sem expressão e com densidade assimétrica difusa (BRASIL, 2004).

Já a ressonância magnética (RNM) é um método que possibilita investigar a vascularização das lesões por meio da administração de contraste intravenoso. Este é um exame que está sendo utilizado com maior frequência por apresentar elevada especificidade na identificação de lesões mamárias ocultas no exame físico e nos exames convencionais (LEOPOLDINO et al., 2005).

Uma vez que a prevenção e o rastreamento da neoplasia da mama são identificados como estratégias fundamentais para o controle da doença, a redução das taxas de mortalidade por este tipo de câncer pode estar relacionada à implementação de programas de rastreamento e esforços para uma detecção precoce (RENSHAW et al., 2010).

Os programas de rastreamento podem ser classificados em oportunistas ou organizados. No rastreamento oportunístico, os exames de rastreio são oferecidos às mulheres que procuram espontaneamente as unidades de saúde, ou seja, ele ocorre de forma não sistemática; já o rastreamento organizado é direcionado às mulheres elegíveis de uma suposta população que são convidadas formalmente a realizar exames periódicos, havendo uma

vigilância das mulheres inscritas (BRASIL, 2011a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Cabe citar que os programas de rastreamento organizado do CA de mama apresentam maiores potenciais de redução das taxas de morbimortalidade pela doença, devido à seleção das mulheres, proporcionando a diminuição de triagens desnecessárias e reduzindo custos por meio do monitoramento e avaliação dos participantes, diferente do rastreamento oportunístico. No Brasil, somente Curitiba, capital do Estado do Paraná, segue um programa de rastreamento organizado, que foi implantado em 2009 (BRASIL, 2011b; SMITH, 2011).

A dificuldade de implementação de programas de rastreamento organizado no país é enfatizada pela falta de estrutura nos serviços públicos de saúde na implementação de rotinas inerentes ao funcionamento desses programas, pelos gastos elevados com procedimentos referentes à mamografia e pela baixa cobertura de mamografia na população-alvo (BRASIL, 2006a). Diante dessas dificuldades, as ações de controle do CA de mama vêm ocorrendo de forma isolada em cada uma das localidades brasileiras (GEBRIM; QUADROS, 2006; MARCHI; GURGEL, 2010).

O rastreamento no país, em geral, segue as diretrizes do “Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso”, o qual recomenda a realização anual do rastreamento para todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade, por meio do ECM que deve ser realizado em todas as consultas ginecológicas, independente da idade, por ser parte da assistência integral à saúde da mulher; para todas as mulheres entre 50 e 69 anos recomenda a realização da mamografia, com intervalo de, no máximo, dois anos entre os exames; e para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver a patologia, o documento preconiza, a partir dos 35 anos de idade, a realização anual do ECM e da mamografia. Além disso, deve ser garantido o acesso ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados (BRASIL, 2004).

É importante citar, no entanto, que o controle e a certificação dos programas de rastreamento implantados no país não apresentam informações consistentes sobre sua eficácia (TIEZZI, 2010).

Parada e colaboradores (2008) acrescentam que as ações de rastreamento para o CA mamário no Brasil estão em processo de organização, pois as políticas públicas referentes ao rastreamento desta neoplasia são recentes, e a disponibilidade de mamografia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é limitada. Evidenciam, ainda, que a mamografia se restringe

aos grandes centros urbanos, dificultando a muitas mulheres, tanto o acesso quanto a adesão aos programas de rastreamento.

Ainda em relação às dificuldades para o rastreamento do CA de mama, cabe lembrar que no Brasil há controvérsias quanto à faixa etária preconizada para a realização da mamografia. Enquanto o Instituto Nacional de Câncer (INCA) preconiza a realização do exame bienal para mulheres entre 50 e 69 anos (BRASIL, 2004), a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), em conjunto com a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), acrescentam a essa recomendação a realização do rastreamento mamográfico anual para mulheres acima de 40 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA, 2008).

Segundo a SBM, a controvérsia em relação à faixa etária para a realização da mamografia ocorre pelo fato de que, apesar de estudos evidenciarem a diminuição das taxas de mortalidade em mulheres acima dos 50 anos de idade, atualmente estudos demonstram a redução da mortalidade em mulheres na faixa etária entre 40 e 49 anos, variando entre 30% e 49% a redução da mortalidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA, 2008).

A eficácia do rastreamento depende de um adequado programa de detecção precoce do câncer de mama composto de vários componentes que interagem em diferentes níveis do sistema de saúde e estaria inserido num contexto social, cultural, econômico e político. Além disso, faria parte de um amplo programa de controle do câncer de mama em que estariam incluídas as dimensões prevenção, tratamento e cuidados paliativos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

A mais recente proposta do MS é que a atenção ao CA de mama seja realizada por meio de Redes de Atenção à Saúde (RAS). Estas redes são constituídas estruturalmente por organização das ações e serviços de saúde, utilizando variados recursos e tecnologias (leve, leve-dura e dura), na tentativa de garantir a integralidade da assistência à saúde. Cabe destacar que o objetivo da RAS é a integração das ações de cuidado e serviços de saúde de maneira qualificada e humanizada, na intenção de aumentar a acessibilidade, eficácia e a equidade da população aos serviços de saúde (BRASIL, 2013a).

Cabe enfatizar que, entre os quatro compromissos prioritários instituídos pelo MS na composição da RAS (Portaria MS/GM nº 1.473, de 24 de junho de 2011), destaca-se a atenção às ações de prevenção, de diagnóstico e de tratamento dos cânceres de colo de útero e de mama (BRASIL, 2011c).

A proposta da atenção ao CA de mama por meio de RAS encontra-se em um instrumento intitulado “Caderno de Atenção Básica – Controle dos Cânceres do Colo do

Útero e da Mama” e o objetivo é o de auxiliar na qualificação das ações de promoção, detecção precoce e controle com enfoque na Atenção Básica (AB). O MS considera que as equipes de Atenção Básica têm o papel fundamental de coordenar e ordenar redes de atenção à saúde. São responsáveis ainda pela articulação dos diversos serviços e unidades de saúde que compõem as redes, participando na definição de fluxos e elenco das necessidades de saúde de determinada população. Com relação à detecção precoce, tanto as ações de rastreamento quanto as de diagnóstico precoce devem ser realizadas na rotina diária das equipes (BRASIL, 2013a).

Considerando que, entre os profissionais da equipe de saúde da AB, o enfermeiro tem um papel fundamental em relação às ações de controle do CA de mama (JACOMÉ et al., 2011), este estudo se propõe a investigar como ocorre o rastreamento oportunístico do CA mamário nas Unidades Básicas de Saúde do município de Ribeirão Preto, com ênfase nas ações dos enfermeiros que atuam nessas unidades, acreditando que ele possa fornecer subsídios para responder à seguinte questão: As ações de rastreamento oportunístico de CA de mama propostas pelo Ministério da Saúde estão sendo implementadas pelos enfermeiros da Atenção Básica do município de Ribeirão Preto?

Conhecer a realidade local sobre o rastreamento do CA de mama poderá fornecer subsídios para se pensar e discutir a elaboração de estratégias de aprimoramento das ações e de sua execução pelos enfermeiros que atuam na Atenção Básica de Saúde deste e de outros municípios do Estado de São Paulo e de todo o país.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Identificar a implementação das ações de rastreamento oportunístico do CA de mama por enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Ribeirão Preto/SP.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde selecionadas para o estudo, segundo dados de formação e capacitação profissional;
- Descrever as ações e atividades desenvolvidas por estes profissionais com relação ao rastreamento oportunístico do câncer de mama;
- Comparar a correspondência das ações que estão sendo realizadas com as ações propostas pelo Ministério da Saúde;
- Descrever os entraves para a execução dessas ações.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Programas de rastreamento do câncer de mama no mundo e as políticas públicas de rastreamento no Brasil

A preocupação dos organismos nacionais e internacionais em subsidiar as ações de controle do CA de mama levou diversos países a implantar programas de rastreamento efetivos, contribuindo na redução das taxas de morbimortalidade. Entretanto, ainda não há um consenso mundial para o rastreamento do CA de mama que acaba por ser oferecido de diferentes formas, em diversos países.

No final da década de 1980 e início de 1990, Canadá, Inglaterra, Suécia e Finlândia iniciaram a organização de programas de rastreamento organizado com base na mamografia (BRASIL, 2011b).

Os Estados Unidos, um dos países pioneiros na implementação de programas de rastreamento organizado, seguem as recomendações para o rastreamento mamográfico, preconizado pela Força-Tarefa Norte-Americana de Serviços Preventivos (*U.S. Preventive Services Task Force*, USPSTF). Essa organização preconiza a realização de mamografia bianualmente por mulheres entre 50 e 74 anos, com exceção daquelas que fazem parte dos grupos de risco para a doença (U. S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2009).

Da mesma forma, o Canadá contempla 13 programas de rastreamento, tendo como base a realização da mamografia, porém algumas províncias realizam o ECM e têm autonomia na organização e implantação de seus programas de rastreamento. A recomendação é a realização da mamografia bienal para mulheres entre 50-69 anos. A implementação do programa de rastreamento mamográfico contribuiu para o declínio da mortalidade por câncer de mama, sendo observada a adesão de 70% das mulheres da população- alvo (CANADIAN PARTNERSHIP AGAINST CANCER, 2012).

Outro exemplo mundial de programas de rastreamento mamográfico bem- sucedido é o da Holanda. A qualidade do programa é coordenada pelo *National Expert and Training Center* (NETC) e pelo *National Evaluation Team for Breast Cancer Screening* (NETB). A cobertura atual inclui mais de 80% da população- alvo, sendo convidadas para participar aproximadamente 1,1 milhão de mulheres a cada ano. Os exames são realizados a cada dois anos e são revisados por dois radiologistas capacitados. Ao detectarem alguma alteração, as mulheres são convocadas e direcionadas a centros especializados em diagnóstico e tratamento (DUIJIM, et al., 2004).

O Registro de Câncer da Noruega, criado em 1951, é um dos mais antigos do mundo. Os programas de rastreamento do CA de mama e cervical são de responsabilidade desse Órgão o qual obriga, por lei, que os médicos informem todos os casos de câncer, com o objetivo de identificar o câncer em estágio inicial. O câncer mamário é o mais incidente, representando 23% dos casos de câncer na população feminina, e o programa de rastreamento deste câncer teve início em 1995/96, dividido em 32 unidades de rastreamento em todo o país, sendo quatro unidades móveis. A população-alvo são mulheres entre 50 e 69 anos. A cada dois anos, elas recebem uma carta-convite pessoal com local e data para atendimento e realização dos exames de rastreio. O intervalo de rastreamento é de dois anos, e o método mais utilizado é a mamografia (DAMTJEMHAUG, 2009).

Já na Itália, a saúde é gerenciada por um Sistema Nacional de Saúde Pública (NSH), no qual a prevenção da neoplasia mamária é considerada um procedimento de saúde essencial, envolto em leis, programas e financiamentos. Neste país não existe um programa nacional e sim recomendações e financiamento para organização e implementação dos programas de rastreamento regionais que são organizados, oferecidos gratuitamente à população, e a maioria deles recomenda a realização da mamografia bienal em mulheres com idade entre 50 e 69 anos (FRIGERIO et al., 2009).

Em relação aos países de média e baixa renda, estudo realizado pelo grupo *Breast Health Global Initiative* (BHGI) que acompanha ações de controle do CA de mama, nesses países, discutiu, em seu último encontro realizado em 2010, algumas barreiras para diminuir o estágio dessa neoplasia no momento do diagnóstico. A pesquisa evidenciou que as duas principais barreiras para a detecção precoce em estágios iniciais estão relacionadas à organização dos serviços de saúde, considerando a desorganização e ineficiência de programas de rastreamento; e aos usuários destes serviços, devido a fatores psicológicos e socioculturais que interferem na adesão aos serviços ofertados (YIP et al., 2011).

No que se refere aos riscos e benefícios da implantação de programas de rastreamento, pesquisas europeias levantaram sérias questões sobre o balanço entre os benefícios e riscos do rastreamento do CA de mama baseado em estudos de mortalidade desse tipo de câncer entre países com diferentes tipos de rastreamento e mesma capacidade de oferta de tratamento (AUTIER et al, 2010).

No caso do Brasil, estudos apontam que apesar dos programas e ações de rastreamentos instituídos no país, ainda são observados altos índices de casos novos e mortalidade por CA de mama. Aproximadamente 60% das mulheres têm detectado o câncer mamário tardiamente, nos estágios III e IV (BRASIL, 2011a; REZENDE et al., 2009).

Sabendo-se ainda que o CA de mama tem um bom prognóstico se diagnosticado e tratado precocemente, é provável que as altas taxas de mortalidade encontradas na população feminina aconteçam pelo fato de o diagnóstico ser realizado em estágios avançados (BRASIL, 2011a; LOPES et al., 2010; REZENDE et al., 2009).

Nessa perspectiva, os esforços devem ser realizados por todos os países e devem ser direcionados para a realização do diagnóstico precoce, em estágio inicial da doença, por meio de melhorias no acesso aos serviços de saúde, da diminuição das barreiras culturais e sociais e do aprimoramento dos programas de controle do CA de mama.

Historicamente, em nosso país, as ações de controle do CA de mama foram iniciadas nos anos de 1980, com o lançamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual preconizava o cuidado mais amplo à mulher para além da tradicional atenção ao ciclo gravídico-puerperal. O PAISM 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, em planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama, sendo estas direcionadas para o rastreamento e detecção precoce, de forma oportunista, em âmbito nacional (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011a).

Em 1986, foi criado o Programa de Oncologia do Instituto Nacional de Câncer, o Pro-Onco, como uma estrutura técnico-administrativa, e, em 1990, tornou-se Coordenação de Programas de Controle de Câncer, enfatizando o trabalho na educação em saúde e informação em relação aos cânceres mais incidentes na população, entre eles o de mama (BRASIL, 2004, 2011a).

Em 1996, foi implementado o “Programa Viva Mulher” que deu início a ações para formulação de diretrizes e estruturação das redes assistenciais de saúde na detecção precoce dos cânceres de colo de útero e de mama. O objetivo era reduzir a mortalidade por esses tipos de câncer, além das repercussões físicas e sociais acarretadas na mulher acometida (BRASIL, 2004, 2011a).

Em 2001, foi instituída a Lei nº 10.223, tornando obrigatória, em todo o território nacional, a liberação de cirurgia plástica reparadora da mama pelos planos de saúde e seguros privados às mulheres que sofreram algum tipo de mutilação decorrentes do tratamento da neoplasia da mama (BRASIL, 2001).

Ainda nesse contexto, ao identificar a necessidade de definir estratégias a serem priorizadas no controle da neoplasia da mama, o MS, a partir de um trabalho do INCA e a Área Técnica da Saúde da Mulher, e que contou com o apoio da Sociedade Brasileira de

Mastologia, publicou, em 2004, o Documento de Consenso para o Controle do Câncer de Mama que apresenta as recomendações para a prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos do CA de mama e aponta possíveis estratégias que devem ser utilizadas para a sua implementação no SUS (BRASIL, 2004).

Apesar da implantação desses programas e da definição de diretrizes para o controle do CA de mama no Brasil, a manutenção das altas taxas de incidência e mortalidade pela doença estimulou a criação de novas políticas públicas direcionadas a essa causa.

Nesse sentido, em 2005, foi lançada a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), incorporada pela Portaria nº 2.439/2005, definindo que em todos os territórios federados devem ser realizadas ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, além de instituir a criação da rede de atenção oncológica, composta por: Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia. Na assistência à saúde na AB, a PNAO enfatiza que a saúde deve realizar ações de âmbito individual e coletivo para a prevenção e o combate ao câncer (BRASIL, 2005a).

Na sequência, foi criado o Plano de Ação para o Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama 2005-2007, constituído por seis diretrizes estratégicas que têm como objetivo reduzir a incidência, mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais das neoplasias do colo e da mama, por meio de ações de prevenção, detecção precoce, tratamento e reabilitação. A implementação dessas ações é priorizada na AB (BRASIL, 2005b).

No que se refere às preocupações com as políticas de saúde oncológica no âmbito da AB, foi instituído, em 2006, o Pacto pela Saúde com base nos princípios constitucionais do SUS, com definição integrada e articulada de três componentes: o Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. O Pacto pela Vida expressa compromissos entre os gestores do SUS em torno de prioridades relativas a situações de saúde da população brasileira. Dentre estas prioridades, destaca-se a redução da mortalidade por câncer mamário (BRASIL, 2006b).

Em 2009, foi implantado, em todo o país, o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA), incorporado pela Portaria nº 779/ Secretaria de Assistência em Saúde (SAS) de dezembro de 2008, o qual destacou a importância do gerenciamento das ações de detecção precoce do câncer mamário que possibilita o acompanhamento das ações de rastreamento por meio da padronização de laudos de mamografias (BRASIL, 2009a). É importante destacar que, nesse mesmo ano, foi realizado o Encontro Internacional sobre

Rastreamento do Câncer de Mama, no Rio de Janeiro, reunindo representantes do MS e das secretarias estaduais de saúde. O encontro teve como objetivo o conhecimento e aproximação da experiência de programas de rastreamento bem-sucedidos da Europa, Canadá e Chile, resultando em resumos com recomendações para implementação de programas de rastreamento organizado do câncer de mama (BRASIL, 2009b).

Nesse contexto, 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 “Recomendações para a redução da mortalidade do câncer de mama no Brasil” (BRASIL, 2010), vêm dinamizando a organização das ações de controle (BRASIL, 2011a).

Ainda na tentativa de garantir o rastreamento adequado da doença, foi publicado em 2011, pelo MS o documento “Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer” que tem como um dos eixos: Fortalecimento do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Mama e Ampliação e Qualificação da Assistência Oncológica no SUS. O documento tem como objetivo a garantia de acesso a todas as mulheres com lesões palpáveis na mama, ao imediato esclarecimento diagnóstico e tratamento; a garantia do acesso à mamografia de rastreamento com qualidade a todas as mulheres da população-alvo e a qualificação da rede de atenção para o controle do CA de mama (BRASIL, 2011d).

Outra ação importante a ser mencionada é a publicação da Portaria nº 531 do Gabinete do Ministro, instituindo o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM), ocorrida em 26 de março de 2012, com o objetivo de garantir a qualidade dos exames mamográficos oferecidos à população e reduzir os riscos associados ao uso dos raios-X na mamografia. O Programa é executado pelo INCA em conjunto com a SAS do Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e todos os serviços de diagnósticos por imagem que realizam mamografia, e foi resultado de um longo processo que remonta ao final do ano de 2006 com a proposta do Projeto-Piloto de Qualidade em Mamografia (BRASIL, 2012a).

Recentemente, em 2013, foi publicada a Portaria nº 1.253/2013 que tem como objetivo submeter aos Estados e municípios o custeio do exame de mamografia na faixa etária de 40 a 49 anos, e a responsabilidade de custeio do governo federal apenas para a faixa etária de 50 a 69 anos (BRASIL, 2013b). Estas alterações, no entanto, vêm ocasionando críticas por parte de gestores e pela própria população feminina, havendo a possibilidade de diminuir a adesão das mulheres aos programas de rastreamento.

Ainda em 2013, foi criada, no mês de dezembro, a Portaria 3.394 que instituiu o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN), considerando a necessidade de melhorias dos sistemas de informação e possibilitando o monitoramento das ações de detecção precoce do câncer mamário, a confirmação do diagnóstico e o tratamento precoce (BRASIL, 2013c).

Dessa forma, pode-se inferir que a criação das políticas públicas e dos programas de rastreamento da neoplasia, na intenção de reduzir as taxas de incidência e mortalidade por câncer de mama, reflete a preocupação de entidades nacionais e internacionais no controle deste agravo que acomete e mata tantas mulheres no Brasil e no mundo todo.

3.2 O controle do câncer de mama na Atenção Básica e a atuação do enfermeiro

A construção e o fortalecimento da assistência à saúde na AB culminaram com a criação do SUS, na década de 1980, caracterizado como um marco de reorganização da saúde brasileira, com a proposta de representar um compromisso com o cidadão em termos constitucionais, e sendo considerada a política de maior inclusão social implementada no país.

O SUS foi promulgado pela Constituição Federal Brasileira de 1988, reconhecendo a saúde como um direito do cidadão e assegurado pelos princípios éticos (universalidade, equidade e integralidade); e doutrinários (regionalização, hierarquização e participação popular). O sistema é organizado de maneira regionalizada e hierarquizada com direção única nas três esferas de governo (União, Estados e municípios).

A Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 foi regulamentada em todo o território brasileiro e institui o SUS como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, sendo a iniciativa privada participante de maneira complementar, nos diferentes níveis de assistência à saúde (BRASIL, 2007).

O acesso à assistência à saúde deve ser universal, igualitário e ordenado às ações e aos serviços de saúde que se completam de forma regionalizada e hierarquizada, nos três níveis de assistência. O nível primário é aquele que utiliza menores recursos tecnológicos do sistema, onde a capacitação profissional é de formação geral e abrangente para atender aos diversos eventos prevalentes na população. Já o nível secundário abrange equipamentos de intermediário recurso tecnológico, e a capacitação profissional situa-se em áreas específicas de cuidado. Os serviços nesse nível de assistência devem estar adequados com equipamentos

e pessoal habilitado para atender às situações que forem referenciadas no primeiro nível de assistência. E por fim, o nível terciário abrange equipamento com alta tecnologia, e os profissionais necessitam de uma especialização mais específica. Este nível deve estar aparelhado para atender às situações que o nível secundário não conseguir resolver e demanda de eventos mais onerosos, do ponto de vista dos recursos tecnológicos e financeiros, do que os demais níveis de assistência à saúde (BRASIL, 2007).

O primeiro nível de assistência à saúde no SUS é organizado pela Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde (APS) que se constitui como a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a AB caracteriza-se por um conjunto de ações de caráter individual e coletivo que compreende ações de promoção e proteção à saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde; é desenvolvida por medidas democráticas e participativas por meio da execução de práticas gerenciais e sanitárias, tendo como eixo norteador os princípios do SUS. Essas práticas são direcionadas a populações de áreas bem delimitadas denominadas territórios e são realizadas por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que utiliza tecnologias de alta complexidade e baixa densidade. Além disso, esse nível de assistência é orientado pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011d, 2012b).

O potencial de alcance da APS, segundo Starfield (2002), é mensurado pela abordagem capacidade-desempenho, sendo a acessibilidade, a variedade de serviços, a população eletiva e a continuidade os elementos estruturais dos serviços de saúde relevantes que definem esse potencial. Além disso, os dois aspectos processuais que traduzem esse potencial são: a utilização dos serviços de saúde pela população e o reconhecimento de problemas por profissionais de serviços de saúde.

Para um melhor entendimento desse potencial de alcance da AB, os elementos estruturais e os aspectos processuais dos serviços de saúde são definidos como:

Acessibilidade: local mais próximo de atendimento aos usuários da área de abrangência dos serviços de saúde, possibilidade de atender à demanda espontânea e a grau de utilidade do serviço a população.

Variedade de serviços: tipos diversificados de serviços disponíveis aos usuários.

Definição da população eletiva: conhecimento dos aspectos da população da área de abrangência do serviço de saúde e o reconhecimento de inclusão do indivíduo neste serviço.

Continuidade: acompanhamento na íntegra das necessidades dos indivíduos, possibilitando o seguimento por outros profissionais da saúde e a importância da percepção do sujeito em relação a essa continuidade da assistência.

Utilização dos serviços de saúde: pode ser iniciada pela procura espontânea do paciente ou por encaminhamento de um profissional da saúde, para problemas diversificados. Relaciona-se aos diferentes níveis de assistências à saúde e dimensão dos serviços.

Reconhecimento de um problema: caracteriza-se como uma fase antecedente ao diagnóstico.

Cabe ressaltar que a reorganização da Atenção Básica culminou com a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), em 1994, como iniciativa do MS, como uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB, ao reorganizar o processo de trabalho, ampliando a resolutividade e efetividade do impacto na situação de saúde dos indivíduos, além de ocasionar uma relação de custo-efetividade aos sistemas de saúde, para integralidade da assistência (BRASIL, 2012b).

Apesar de a AB ser norteada pelos princípios do SUS, na implementação de um conjunto de práticas para saúde individual e coletiva, em relação aos pacientes oncológicos ainda são encontrados alguns desafios para se alcançarem a integralidade e a equidade da assistência à sua saúde.

Nesse sentido, uma das estratégias para o fortalecimento dos cuidados de saúde na área da oncologia foi a criação da já citada Política Nacional de Atenção Oncológica que implicou na articulação de cuidados aos pacientes com câncer em todos os níveis de assistência à saúde. Essa política do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b, p. 1) aponta que a AB envolve:

[...] ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como ao diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, aos cuidados paliativos e às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados.

Dessa forma, o âmbito da AB constitui um cenário estruturante para o desenvolvimento de várias ações para o controle das neoplasias e cuidados aos pacientes oncológicos. Dentre essas ações destaca-se o cuidado integral à saúde da mulher, especificamente no controle dos cânceres do colo de útero e de mama, neoplasias mais frequentes nessa população. Além disso, a AB representa um local privilegiado para a realização de ações educativas (LOPES et al., 2010).

Torna-se evidente, portanto, a importância da AB nas ações de detecção precoce do CA de mama, uma vez que essas devem ser realizadas rotineiramente e se tornarem parte essencial do trabalho dos profissionais da equipe de saúde, dando continuidade ao atendimento por meio de ações educativas, acompanhamento da usuária, regulação para serviços especializados, tratamento e reabilitação.

Nesse sentido, a necessidade de uma atuação adequada e eficiente da equipe de profissionais da saúde na atenção integral à saúde da mulher, na AB, envolvendo a prevenção e detecção precoce do câncer mamário, é contemplada nas diretrizes do MS brasileiro e corroborada pelas diretrizes da *American Cancer Society*. Ambas preconizam a necessidade de rever e atualizar a história familiar da mulher atendida nos serviços de saúde, assim como orientar e promover a educação em saúde (AMERICA CANCER SOCIETY, 2013; BRASIL, 2006c; SMITH, 2011).

A equipe de profissionais da saúde atuantes na AB é composta por enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, médico, agente comunitário de saúde, cirurgião-dentista, auxiliar/técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012b). O enfermeiro tem um papel fundamental na implementação de ações de controle do CA de mama, e estas devem ser realizadas no âmbito da interdisciplinaridade, incluindo informações sobre formas de detecção precoce, para a prevenção, promoção e recuperação da saúde individual ou coletiva. Além de assumir atividades do cuidado direto, este profissional se responsabiliza também pelas atividades de supervisão, treinamento, controle da equipe, incluindo atividades consideradas de cunho gerencial, além da prática clínica que deve ser enfatizada por esse profissional na Atenção Básica de Saúde (MATUMOTO et al., 2011).

Cabe ressaltar que as atribuições do enfermeiro da AB no controle do câncer de colo de útero e de mama estão definidas pelo Ministério da Saúde e incluem: realizar atenção integral à saúde da mulher; realizar consulta de enfermagem e nesta realizar a coleta de exame de Papanicolaou e o exame clínico das mamas, solicitar exames complementares e prescrever medicações conforme protocolos; realizar o cuidado domiciliar; realizar atividade de cunho administrativo por meio da supervisão e coordenação do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e da equipe de enfermagem; realizar atividades de educação permanente a todos os profissionais da equipe; e manter a disponibilidade de suprimentos dos insumos e materiais necessários para as ações propostas no Caderno de Atenção Básica: Controle dos Cânceres de Colo do Útero e de Mama (BRASIL, 2013a).

Os estudos sobre as ações e atuação do enfermeiro no rastreamento do câncer mamário são escassos (CAVALCANTE et al., 2013; LOURENÇO, MAUAD; VIEIRA, 2013), no

entanto cabe citar um deles, realizado por Freitas et al.(2012), que analisou a importância do atendimento médico e do enfermeiro no estímulo à adesão de mulheres ao rastreamento mamográfico, concluindo que as mulheres entrevistadas relataram a importância da abordagem desses profissionais durante as consultas e sugeriram, por meio de seus depoimentos, que a interação satisfatória entre a mulher e o profissional da saúde tem um papel fundamental na adesão aos exames de rastreamento. A mesma pesquisa evidenciou que apesar de os enfermeiros terem contato direto com 20% das mulheres, apenas, a qualidade da assistência prestada por este profissional é considerada um preditor para adesão ao rastreamento deste tipo de câncer.

Ainda nesse contexto, Nichols (2012) ressalta a importância do conhecimento do profissional enfermeiro em relação às ações de rastreamento do câncer mamário e enfatiza a relevância de suas orientações às usuárias para recorrerem precocemente aos serviços de saúde para exames específicos do rastreamento mamográfico.

No entanto, apesar de todo o trabalho da equipe de saúde, incluído o do enfermeiro, no intuito de promover ações de controle da doença e consequente redução da mortalidade pelo CA de mama, ainda é observado que o atendimento da rede básica é deficiente, faltam diretrizes, treinamento e acesso rápido para o primeiro atendimento. A falta de acesso das pacientes aos centros básicos e de referência atrasa o diagnóstico, com piora no prognóstico do CA de mama. Casos mais avançados provocam custos e as chances de cura são inferiores a 30% (GEBRIM; QUADROS, 2006).

A melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde primários requer a combinação de várias estratégias que devem incentivar a adesão do usuário aos serviços de saúde. Dessa maneira, as equipes da AB devem atuar seguindo os preceitos da PNAB, para ações de educação em saúde mais eficazes, buscando o conhecimento e adesão da população e incluindo as práticas voltadas para o rastreio da neoplasia da mama.

Evidencia-se, portanto, que o enfermeiro atuante nessa equipe tem um papel fundamental, devido às várias ações desempenhadas na equipe de saúde, dentre elas a educação em saúde, proporcionando à mulher incentivo à adesão aos programas de rastreamento do CA de mama.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Este estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa é derivado da pesquisa intitulada “**Ações no controle do câncer de mama: identificação das práticas na Atenção Básica**”, caracterizada como um estudo multicêntrico desenvolvido em parceria pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP), e visa a identificar a implementação das ações preconizadas pelo MS para o rastreamento do câncer de mama.

O estudo transversal permite que todas as medidas sejam realizadas em um único “momento”, não existindo período de seguimento dos indivíduos. Este tipo de estudo retrata a relação das variáveis naquele momento, quando foram levantadas, permitindo a detecção da frequência dos fenômenos. Os delineamentos transversais são especialmente apropriados para descrever a situação, *status* do fenômeno ou a relação entre os fenômenos em um ponto fixo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

A utilização do estudo transversal é apropriada para esta pesquisa por permitir a descrição das variáveis que poderão caracterizar os fatores determinantes no processo de investigação das ações de rastreamento do câncer de mama, realizadas pelos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde, informando a situação existente no momento da coleta dos dados.

Já o delineamento de pesquisa, no estudo quantitativo, apresenta estratégias que o pesquisador planeja adotar para desenvolver informações precisas e interpretáveis. Envolve atributos mensuráveis de um fenômeno, além da predominância, incidência e tamanho deste. Em geral o pesquisador planeja as comparações em seus estudos, de modo que os resultados sejam nitidamente interpretáveis (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.2 Local do estudo e sujeitos do estudo

O estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto-SP, situado na região noroeste do Estado de São Paulo, Brasil, a 313 quilômetros da capital São Paulo. Apresenta uma extensão territorial de 652 Km², sendo que a população recenseada em 2010 foi de 604.682 habitantes, caracterizando-se como um dos municípios mais populosos do Estado (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Localizada

próximo aos principais polos econômicos e tecnológicos do interior de São Paulo, a cidade apresenta bons indicadores de infraestrutura e um dos melhores padrões de vida. A área da saúde é composta por uma ampla rede de serviços de saúde de natureza privada e pública (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, 2013a).

A rede de assistência à saúde do município é composta por quinze instituições hospitalares, caracterizando-se como um polo de referência regional de saúde para os demais municípios do Departamento Regional de Saúde (DRS XIII) e para outras DRSs. Estão sob responsabilidade do Estado, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP- USP), o Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto, o Hospital Estadual de Ribeirão Preto (HERP) e o Centro de Referência em Saúde da Mulher (MATER).

Os serviços de assistências de urgência e emergência são realizados nos Pronto-Atendimentos das Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS) e pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e uma Unidade de Pronto- Atendimento (UPA) (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, 2013a).

A rede de Atenção Básica do município é fortalecida pelo Projeto “Ethos” de Atenção à Saúde (2003) que afirma a importância da Atenção Básica como sistema regulador de todo o sistema de saúde, para integralidade da assistência. Essa rede é constituída atualmente por 48 estabelecimentos distribuídos em cinco distritos de saúde, compostos por cinco UBDSs, um Centro Médico Social Comunitário (CMSC), dois Centros de Saúde Escola (CSE), 24 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 16 Unidades de Saúde da Família (USF) (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, 2013a).

Os cinco Distritos são denominados: Central (Distrito Central); Leste (Distrito do Castelo Branco); Oeste (Distrito do Sumarezinho); Norte (Distrito do Quintino) e Sul (Distrito da Vila Virgínia). A distribuição das unidades de saúde que compõem estes distritos é apresentada no quadro a seguir:

Quadro 1 Unidades de Saúde que compõem cada um dos Distritos de Saúde de Ribeirão Preto e unidades selecionadas para este estudo.

DISTRITOS DE SAÚDE	UNIDADES DE SAÚDE	UNIDADES DE SAÚDE SELECIONADAS
Distrito Central	<ul style="list-style-type: none"> - UBDS Central* - CSE Vila Tibério* - UBS Campos Elíseos - UBS Jardim João Rossi* - UBS PAM II - UBS Vila Tibério 	3
Distrito Leste	<ul style="list-style-type: none"> - UBDS Castela Branco* - UBS Bonfim Paulista - UBS Jardim Juliana* - UBS Santa Cruz - UBS São José* - UBS Vila Abranges* - USF Jardim Zara* 	5
Distrito Norte	<ul style="list-style-type: none"> - UBDS Quintino Facci II - UBS Jardim Aeroporto - UBS Marincek* - UBS Quintino Facci I* - UBS Ribeirão Verde* - UBS Simioni* - UBS Vila Mariana - UBS Valentina Figueiredo* - USF Avelino Palma* - USF Estação do Alto* - USF Geral do Correia de Carvalho - USF Jardim Heitor Rigon 	7
Distrito Oeste	<ul style="list-style-type: none"> - UBDS Sumarezinho - CMSC Vila Lobato - CSE Ipiranga* - UBS DomMielle* - UBS Ipiranga* - USF Jardim Paiva* - UBS Jardim Presidente Dutra* - UBS José Sampaio* - UBS Vila Recreio* - USF Jardim Eugênio Mendes Lopes* - USF Maria Casagrande Lopes* - USF Núcleo 1 - USF Núcleo 2 - USF Núcleo 3 - USF Núcleo 4 - USF Núcleo 5* - USF Núcleo 6 - USF Jardim Jamil Cury (Portal do Alto)* - USF Vila Albertina* 	12
Distrito Sul	<ul style="list-style-type: none"> - UBDS Vila Virgínia* - UBS Adão do Carmo Leonel - UBS Jardim Maria das Graças* - UBS Parque Ribeirão Preto* 	3
TOTAL	48	30

*Unidades selecionadas no estudo

Para a seleção dos participantes da pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão foram: enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde selecionadas, de ambos os sexos, sem restrição etária, que atuassem há, pelo menos, um ano na rede municipal de saúde, com experiência em Atenção Básica e que não fossem gerentes das unidades.

O cenário para a presente investigação foram as Unidades Básicas de Saúde selecionadas para o estudo, localizadas nos cinco distritos de saúde do município de Ribeirão Preto.

Inicialmente foram selecionadas 30 unidades, nas quais atuavam 96 enfermeiros. No entanto, duas destas unidades foram excluídas do estudo, pois as enfermeiras nelas atuantes não se adequaram aos critérios de inclusão da pesquisa. Uma das unidades contava com duas enfermeiras, sendo uma gestora e outra que atuava há menos de um ano na rede municipal de saúde (UBS Jardim Presidente Dutra); em uma segunda unidade; a enfermeira responsável estava de licença- gestante e a sua substituta atuava há menos de um ano na rede municipal de saúde (USF Valentina Figueiredo). Sessenta enfermeiros atuantes nas outras 28 unidades selecionadas encaixaram-se nos critérios de inclusão, foram convidados e aceitaram participar da pesquisa, compondo, assim, a amostra da mesma.

4.3 Instrumento de coleta de dados

Foi utilizado um instrumento constituído por 30 questões, construído segundo as ações determinadas à Atenção Primária à Saúde (APS) no Programa de Controle de Câncer de Mama (APÊNDICE A). O instrumento foi validado em conteúdo por *experts* na temática e, posteriormente, foi realizada a validação semântica junto a enfermeiros da Atenção Básica da região sudeste de São Paulo, por Marques (2011). Suas variáveis foram organizadas, segundo as dimensões estrutura e processo propostas por Donabedian (1988).

4.4 Procedimento de coleta dos dados

Anteriormente à coleta de dados, foi efetuado um levantamento na Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto sobre o número de enfermeiros atuantes nas 30

Unidades Básicas de Saúde selecionadas para o estudo. Em seguida, a pesquisadora realizou contato telefônico com todos esses enfermeiros, a fim de identificar se eles contemplavam os critérios de inclusão da pesquisa. Aqueles que se encaixavam nesses critérios foram convidados para participar do estudo, sendo que a coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2013 a março de 2014, nos horários de atendimento das unidades de saúde e de acordo com a disponibilidade dos enfermeiros.

Ainda antecedendo à coleta, foi realizado um treinamento para utilização do formulário informatizado, com a utilização de um *tablet* por meio de recursos do sistema *WEB*, a fim de proporcionar meio mais eficiente e controlado de obtenção do dado. Como a entrada de dados é controlada, a possibilidade de erros é vastamente minimizada quando comparada ao formulário de papel, pois os dados são direcionados ao servidor assim que a entrevista for finalizada (em tempo real).

A coleta de dados foi realizada mediante a aplicação deste formulário informatizado, utilizando o sistema *WEB*, em horário previamente agendado pelo enfermeiro. Já nos estabelecimentos em que o suporte tecnológico não possibilitava a utilização de tal sistema, a coleta foi realizada em formulário de papel e, em seguida, os dados foram digitados no sistema *WEB*.

4.5 Procedimentos éticos

Foram respeitados os procedimentos éticos para pesquisas com seres humanos, contidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013d). O desenvolvimento da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- EERP/ USP (Protocolo CAAE: 16982513.7.1001.5393) (Anexo A) e obteve anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (Anexo B). Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, informados sobre o anonimato e sobre seu direito de desistir de participar em qualquer etapa, sem que tivessem qualquer prejuízo. Todos procederam à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

4.6 Cálculo amostral

4.6.1 Seleção da amostra e qualidade da informação

O estudo em questão utilizou processo de amostragem por conveniência, utilizando as mesmas unidades sorteadas no processo amostral de usuárias do estudo “AÇÕES NO CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA: IDENTIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO BÁSICA”. Para o cálculo amostral das usuárias dos serviços de saúde, optou-se por uma amostra complexa, a partir da produção de serviços de 42 unidades de saúde do município (existentes no momento da realização do cálculo amostral) e, posteriormente elas foram distribuídas por unidade de saúde e por faixa etária. A seleção de unidades foi feita aleatoriamente, e todos os enfermeiros provenientes dessas unidades foram convidados a participar do presente protocolo.

O critério para incluir os enfermeiros foi estar há mais de um ano na rede. Foram excluídos os gerentes das unidades e aqueles profissionais que estavam de férias ou em situação de afastamento profissional por qualquer motivo.

Os dados foram colhidos em questionários e digitados em sistema informatizado num módulo específico (<http://www.observatoriocancerdemama.com.br>). Dupla digitação foi realizada em 10% dos questionários e em 10% das questões. A concordância entre as duas digitações foi considerada excelente (Coeficiente de Kappa: 1.00).

4.7 Análise dos dados

O processo de análise de dados da presente pesquisa constou de uma análise descritiva resultando em tabelas de frequência para variáveis qualitativas (ordinais ou nominais). As análises descritivas contaram ainda com a inclusão do intervalo de confiança para a proporção (IC95%), calculado pelo método de reamostragem de *bootstrap*, que obtém sua amostra via amostragem com reposição da amostra original em 1.000 vezes (EFRON; TIBSHIRANI, 1993). Esse processo foi realizado com apoio computacional dos softwares IBM SPSS 20 (*Statistical Package for the Social Sciences*) e Excel 2010 ® (Microsoft Office).

5 RESULTADOS

A apresentação dos resultados consta da análise descritiva dos dados relacionados às ações de rastreamento do CA de mama, desenvolvidas por enfermeiros na Atenção Básica, no município de Ribeirão Preto.

5.1 Abordagem das ações de prevenção e detecção precoce do câncer de mama na Atenção Básica

Esta etapa foi organizada em duas sessões. Primeiramente, são apresentadas as características das UBSs selecionadas para o estudo e dos enfermeiros atuantes nessas unidades, e a seguir são apresentadas as ações desenvolvidas pelos enfermeiros das UBSs, em relação ao rastreamento do CA de mama e aos entraves encontrados no desenvolvimento dessas ações, além do comparativo de ações realizadas pelos enfermeiros com aquelas propostas pelo Ministério da Saúde.

5.1.1 Caracterização das Unidades de Saúde e dos enfermeiros no controle do câncer mamário, em relação ao tempo de trabalho, formação e capacitação profissional

5.1.1.1 Caracterização das UBSs

As 28 UBSs incluídas no estudo dividiam-se em: 20 (71,4%) UBSs Tradicionais; seis (21,4%) de Programa Saúde da Família (PSF) e duas (7,1%) UBSs mistas. Em relação aos enfermeiros, 42 (70%) atuavam em UBS Tradicional, 12 (20%) em Programa Saúde da Família (PSF) e seis (10%) em UBS mista.

Na Tabela 1, podem ser observados os tipos de unidades de saúde e o número de enfermeiros entrevistados, em cada uma delas. Cabe citar que na tabela, marcadas com asterísco*, constam as duas unidades selecionadas e, posteriormente, excluídas do estudo, devido ao fato de os enfermeiros que nelas atuavam não se encaixarem nos critérios de inclusão.

Tabela 1 - Caracterização de enfermeiros, atuantes na rede municipal de saúde, de acordo com as unidades selecionadas na amostra. Ribeirão Preto, SP, dez. 2013 a mar. 2014.

Variável	Frequência Absoluta	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
Unidade básica de saúde (n = 60)				
PSF – Casagrande	4,0	6,7	0,0	13,1
UBS Tradicional Castelo Branco	1,0	1,7	0,0	5,9
UBS Tradicional Central	1,0	1,7	0,0	5,5
UBS Tradicional CSE Ipiranga	1,0	1,7	0,0	5,5
UBS Tradicional Dom Mielle	2,0	3,3	0,0	8,9
UBS Tradicional Ipiranga	2,0	3,3	0,0	8,2
UBS Tradicional Jd Juliana	2,0	3,3	0,0	9,0
UBS Mista Jd Zara	4,0	6,7	1,5	13,6
UBS Tradicional João Rossi	2,0	3,3	0,0	8,2
UBS Tradicional José Sampaio	2,0	3,3	0,0	8,5
UBS Tradicional Marincek	2,0	3,3	0,0	8,5
PSF- NSF V	1,0	1,7	0,0	5,7
UBS Tradicional Parque Ribeirão	3,0	5.1	0,0	11,5
UBS Tradicional Quintino I	2,0	3,3	0,0	8,5
UBS Tradicional Ribeirão Verde	3,0	5,1	0,0	11,3
UBS Tradicional Simioni	2,0	3,3	0,0	8,8
PSF- USF Avelino Palma	2,0	3,3	0,0	8,6
PSF- USF Eugênio Lopes	2,0	3,3	0,0	8,8
PSF - USF Paiva	1,0	1,7	0,0	5,5
UBS Tradicional USF Portal do Alto	1,0	1,7	0,0	5,3
UBS Tradicional Vila Abranches	2,0	3,3	0,0	8,9
UBS Mista - Vila Albertina	4,0	6,7	1,6	14,0
PSF - Valentina Figueiredo	0,0	0,0	0,0	0,0
UBS Tradicional - Vila Recreio	2,0	3,3	0,0	8,5
UBS Tradicional- Vila Tibério	2,0	3,3	0,0	9,1
UBS Tradicional - Vila Virgínia	4,0	6,7	1,4	13,6
PSF – Estação do Alto	2,0	3,3	0,0	8,4
UBS Tradicional- Mª das Graças	2,0	3,3	0,0	9,1
UBS Tradicional Presidente Dutra	0,0	0,0	0,0	0,0
UBS Tradicional- São José	2,0	3,3	0,0	8,6

IC: intervalo de confiança baseado em 1.000 amostras de *bootstrap*

Fonte: dados da pesquisa

5.1.1.2 Caracterização dos enfermeiros em relação ao tempo de trabalho e à formação profissional

Verificou-se que, dos 60 enfermeiros incluídos no estudo, a maioria (32 - 53,3%) trabalhava há mais de 10 anos na rede municipal de saúde e, em relação ao tempo de atuação naquela UBS, 22 (36,7%) trabalhavam entre 5 e 10 anos na unidade; os que atuavam há mais de 10 anos correspondiam a 21 (35%) dos enfermeiros, enquanto 17 (28,3%) deles trabalhavam há menos de 5 anos (Tabela 2).

Quanto à formação profissional, 44 (73,3%) enfermeiros realizaram curso de especialização, 13 (21,7%) obtiveram o título de mestre, e apenas três (5%) não continuaram os estudos, após concluir a graduação. Alguns realizaram mais de um tipo de especialização na área da saúde (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização dos enfermeiros, atuantes na rede municipal de saúde, segundo tempo de trabalho na UBS e formação profissional. Ribeirão Preto, SP, dez. 2013 a mar. 2014.

Variável	Frequência Absoluta	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
Tempo de atuação na rede (n = 60)				
< 5 anos	10,0	16,7	7,7	26,3
>5 e <10anos	18,0	30,0	18,2	42,6
>10 anos	32,0	53,3	40,0	65,6
Tempo de atuação na UBS (n = 60)				
< 5 anos	17,0	28,3	17,9	40,3
>5 e <10anos	22,0	36,7	25,0	49,2
>10 anos	21,0	35,0	22,8	46,3
Escolaridade (n = 60)				
Bacharel	3,0	5,0	0,0	11,0
Especialista	44,0	73,3	61,4	84,1
Mestre	13,0	21,7	11,3	33,3
PSF- Especialistas				
Não	53,0*	88,3	79,4	96,4
Sim	7,0*	11,7	3,6	20,6
Saúde Pública				
Não	36,0*	60,0	47,2	72,9
Sim	24,0*	40,0	27,1	52,8
Obstetrícia				
Não	59,0*	98,3	94,2	100
Sim	1,0*	1,7	0,0	5,8
Outros				
Não	29,0*	48,3	36,2	61,8
Sim	31,0*	51,7	38,2	63,8

IC: intervalo de confiança baseado em 1.000 amostras de *bootstrap*

Fonte: dados da pesquisa

* Nota: Cada frequência foi calculada sobre o número total da amostra. O total não corresponderá a 100% pois cada indivíduo poderia citar mais de uma categoria de resposta.

5.1.1.3 Caracterização dos enfermeiros, em relação à capacitação profissional e ao conhecimento de documentos disponíveis na UBS

No que se refere à capacitação dos participantes, relacionada às ações preconizadas pelo Ministério da Saúde no controle do CA de mama, quase metade deles (29 - 48,3%)

respondeu que não recebeu capacitação. A maioria (13 - 65%) dos 20 enfermeiros que foram capacitados havia realizado o curso há mais de dois anos.

Foi também questionado aos enfermeiros sobre a disponibilização, na UBS, de documentos relacionados ao rastreamento do CA de mama (os quais podem ser consultados, quando necessário, para aprimorar conhecimentos, sanar dúvidas e orientar usuárias do serviço), sendo eles o Caderno de Atenção Básica nº 13 - “Controle dos Cânceres de colo de útero e de mama” e o “Documento do Consenso do Controle do CA de mama”, e muitos não sabiam informar.

A Tabela 3 detalha esses dados:

Tabela 3 - Caracterização dos enfermeiros, atuantes na rede municipal de saúde, segundo a capacitação e o conhecimento sobre a disponibilidade de documentos na UBS. Ribeirão Preto, SP, dez. 2013 a mar. 2014.

Variável	Frequência Absoluta	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
Capacitação sobre as ações preconizadas pelo MS (n= 60)				
Não	29,0	48,3	35,6	60,9
Sim	20,0	33,3	22,0	45,1
Não recorda	11,0	18,3	9,1	28,1
Última capacitação (n = 20)				
< 0,5 anos	1,0	5	0,0	16,6
0,5 -- 1 ano	3,0	15,0	0,0	32,0
1 -- 1,5 anos	2,0	10,0	0,0	26,1
1,5 -- 2 anos	1,0	5,0	0,0	17,4
> 2 anos	13,0	65,0	43,8	85,0
Disponibilidade do Caderno de AB nº 13 (n = 60)				
Não	9,0	15,0	6,9	25,0
Sim	24,0	40,0	28,1	51,7
Não sabe	27,0	45,0	32,9	57,7
Disponibilidade do Documento do Consenso (n = 60)				
Não	11,0	18,3	9,2	28,1
Sim	16,0	26,7	14,8	37,8
Não sabe	33,0	55,0	43,3	67,3

IC: intervalo de confiança baseado em 1.000 amostras de *bootstrap*

Fonte: dados da pesquisa

5.2 Ações desenvolvidas pelos enfermeiros no rastreamento oportunístico do câncer de mama

Em relação às ações desenvolvidas pelos enfermeiros, preconizadas no “Documento de Consenso do Câncer de Mama” (BRASIL, 2004), para o rastreamento desta neoplasia, eles responderam a questões relacionadas à investigação dos fatores de risco, ao exame clínico, à mamografia, à ultrassonografia e ao autoexame das mamas. Estavam também incluídas questões sobre ações gerais no controle do câncer de mama, abordando os Sistemas Informatizados, disponibilidade da Agenda da Mulher, reuniões educativas e consultas de enfermagem.

5.2.1 Investigação dos fatores de risco

No que se refere à investigação dos fatores de risco, foi perguntado se os enfermeiros a realizavam. Caso isso ocorresse, eles mencionaram em que momento a faziam e se não a realizavam, responderam o porquê de não fazerem. Ainda, a partir de uma lista predeterminada de fatores de risco, eles referiram aqueles que consideravam caracterizar a mulher como de alto risco para CA de mama. Uma última pergunta se referia à periodicidade com que é realizado, na UBS, o seguimento dessas mulheres com alto risco para a doença.

A maioria (43 - 71,7%) dos enfermeiros respondeu que realiza a investigação dos fatores de risco para o câncer de mama entre as usuárias dos serviços de saúde onde atuam e o fazem durante a consulta de enfermagem. Como tinham a opção de citar mais de um momento em que realizavam esta investigação, desses, 22 (51,2%) referiram utilizar também a visita domiciliar e 23 (53,5%), o momento da coleta do exame de Papanicolaou.

Entre os fatores de risco citados pelos 43 enfermeiros, como característicos de uma mulher com alto risco para câncer de mama, destacaram-se: histórico de CA de mama pessoal ou familiar, em ambos os sexos (43 - 100%); histórico de câncer de ovário pessoal ou familiar (34 - 79,1%); tabagismo (38 - 88,4%); etilismo (28 - 65,1%); sedentarismo (15 - 34,9%); exposição a agrotóxico e à radiação (30 - 69,8%); terapia de reposição hormonal (39 - 90,7%).

Em relação à periodicidade de seguimento de mulheres com alto risco para câncer de mama, ressalta-se que, dos 43 enfermeiros que investigam os fatores de risco, a periodicidade de acompanhamento citada pela maioria deles foi o retorno entre seis meses e um ano (22 -

51,2%). Quanto aos 17 profissionais que não realizam tal investigação, a razão mais citada para não realizá-la foi a falta de tempo, por 16 (94,1%) deles.

Todos esses dados estão detalhados na Tabela 4:

Tabela 4 - Ações para o controle do câncer de mama desenvolvidas por enfermeiros, segundo investigação de fatores de risco e periodicidade de acompanhamento. Ribeirão Preto, SP, dez. 2013 a mar. 2014. (continua)

Variável	Frequência Absoluta	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
Investigação de fatores de risco (n = 60)				
Não	17,0	28,3	17,5	40,0
Sim	43,0	71,7	60,0	82,5
Momento da investigação				
Consulta de enfermagem (n = 43)				
Não	0,0	0,0*	0,0	0,0
Sim	43,0	100*	100	100
Coleta de Papanicolaou (n = 43)				
Não	20,0	46,5*	31,4	62,5
Sim	23,0	53,5*	37,5	68,6
Visita domiciliar (n = 43)				
Não	21,0	48,8*	34,3	63,9
Sim	22,0	51,2*	36,1	68,6
Fatores de risco				
Tabagismo (n = 43)				
Não	5,0	11,6	2,6	22,5
Sim	38,0	88,4	77,5	97,4
Etilismo (n = 43)				
Não	15,0	34,9	20,0	50,0
Sim	28,0	65,1	50,0	80,0
Sedentarismo (n = 43)				
Não	28,0	65,1	50,0	79,1
Sim	15,0	34,9	20,9	50,0
Excesso de peso (n = 43)				
Não	22,0	51,2	36,7	66,7
Sim	21,0	48,8	33,3	63,3
Hábito alimentar inadequado (n = 43)				
Não	29,0	67,4	52,5	81,6
Sim	14,0	32,6	18,4	47,5
Exposição a agrotóxico ou à radiação (n = 43)				
Não	13,0	30,2	17,1	44,7
Sim	30,0	69,8	55,3	82,9

Tabela 4 - Ações para o controle do câncer de mama desenvolvidas por enfermeiros, segundo investigação de fatores de risco e periodicidade de acompanhamento. Ribeirão Preto, SP, dez. 2013 a mar. 2014. (conclusão)

Variável	Frequência Absoluta	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
Fatores de risco				
História de CA de mama pessoal ou familiar (n= 43)				
Não	0,0	0,0	0,0	0,0
Sim	43,0	100	100	100
História de Ca de ovário pessoal ou familiar (n= 43)				
Não	9,0	20,9	9,3	33,3
Sim	34,0	79,1	66,7	90,7
Menopausa tardia (n= 43)				
Não	32,0	74,4	61,1	87,5
Sim	11,0	25,6	12,5	38,9
Primeira gestação após 30 anos (n= 43)				
Não	32,0	74,4	61,5	86,8
Sim	11,0	25,6	13,2	38,5
Pouco tempo aleitamento materno (n= 43)				
Não	20,0	46,5	31,8	61,5
Sim	23,0	53,5	38,5	68,2
Terapia de reposição hormonal (n= 43)				
Não	4,0	9,3	2,0	19,6
Sim	39,0	90,7	80,4	98,0
Outros (n= 43)				
Não	39,0	90,7	80,9	97,9
Sim	4,0	9,3	2,1	19,1
Acompanhamento mulheres Alto risco para Ca de mama (n= 43)				
Não há diferença entre outras mulheres	7,0	16,3	4,9	28,0
Retorno de 3 a 6 meses	11,0	25,6	12,5	39,5
Retorno de 6 meses a 1 ano	22,0	51,2	35,6	68,0
Não sabe ou não recorda	3,0	6,9	0,0	15,6

IC: intervalo de confiança baseado em 1.000 amostras de *bootstrap*

Fonte: dados da pesquisa

* Nota: Cada frequência foi calculada sobre o número total da amostra. O total não corresponderá a 100% pois cada indivíduo poderia citar mais de uma categoria de resposta.

5.2.2 Ações relacionadas ao Exame clínico das mamas

Quanto ao exame clínico das mamas, os enfermeiros responderam a questões referentes à periodicidade, faixa etária e orientações às usuárias, execução do exame, momento e dificuldades para a realização do mesmo, condutas e motivos para não realizá-lo.

Quanto à periodicidade e faixa etária inicial para que o enfermeiro realize o ECM nas usuárias, as frequências mais observadas foram: a inexistência de estabelecimento de intervalo de tempo para realização do exame e também de determinação de uma faixa etária para esse início (Tabela 5). Vale ressaltar que, apesar disso, 42 (70%) enfermeiros relataram orientar a mulher acerca da idade em que ela deve se submeter ao ECM. Sobre a realização do ECM nas usuárias, a maioria afirmou realizá-lo (42 - 70%). Destaca-se que, tendo a opção de citar mais de um momento em que realizam o exame, a maior parte dos enfermeiros relatou que o faz em caso de queixa específica, durante a consulta de enfermagem ou na coleta do exame Papanicolaou. A maioria (40 - 95,2%) informou, ainda, que, ao encontrar alguma alteração nas mamas durante o ECM, procede à solicitação da avaliação médica.

Alguns enfermeiros (26 - 43,3%), no entanto, mencionaram encontrar dificuldades para a realização do exame nas usuárias, sendo as principais: falta de local apropriado, falta de rotina para a atividade e falta de tempo (Tabela 5).

Entre os 18 enfermeiros que não realizam o ECM, entre os motivos mencionados encontram-se a deficiência de conhecimento e a falta de tempo, entre outras razões, conforme Tabela 5.

Tabela 5 – Ações para o controle do câncer de mama desenvolvidas por enfermeiros, segundo ações de rastreamento por meio do ECM. Ribeirão Preto, SP, dez. 2013 a mar. 2014. (continua)

Variável	Frequência Absoluta	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
Periodicidade indicada para o ECM (n = 60)				
Não há estabelecimento de intervalo	28,0	46,7	33,9	59,0
Semestral	1,0	1,7	0,0	5,3
Anual	15,0	25,0	15,2	36,8
Outro período	16,0	26,7	16,4	37,3
Faixa etária para que o enfermeiro inicie o ECM (n= 60)				
Ao menstruar	7	11,7	4,3	20,7
< 35 anos	1	1,7	0,0	5,3
35 a 40 anos	5	8,3	1,7	16,4
>40 anos	4	6,7	1,5	13,3
Sem restrição etária	33	55,0	42,4	67,7
Não recorda	10	16,7	7,8	26,2
Orientação sobre a idade para fazer o ECM (n = 60)				
Não	18,0	30,0	19,4	43,1
Sim	42,0	70,0	56,9	80,6
Existe fator que dificulte a realização do ECM (n = 60)				
Não	34,0	56,7	44,3	69,6
Sim	26,0	43,3	30,4	55,7
Paciente não se sente confortável (n = 26)				
Não	24,0	92,3*	81,3	100,0
Sim	2,0	7,7*	0,0	18,7
Falta de tempo (n = 26)				
Não	15,0	57,7*	36,4	76,7
Sim	11,0	42,3*	23,3	18,7
Falta de rotina para a atividade (n = 26)				
Não	12,0	46,2*	27,6	65,4
Sim	14,0	53,8*	34,6	72,4
Falta de local apropriado (n = 26)				
Não	9,0	34,6*	16,1	53,1
Sim	17,0	65,4*	46,9	83,9
Conhecimento técnico deficiente (n = 26)				
Não	20,0	76,9*	58,6	92,3
Sim	6,0	23,1*	7,7	41,4
Outra dificuldade (n = 26)				
Não	21,0	80,8*	64,9	96,0
Sim	5,0	19,2*	4,0	35,1
Realiza o ECM (n = 60)				
Não	18,0	30,0	18,2	42,3
Sim	42,0	70,0	57,7	81,8
Coleta de Papanicolaou (n = 42)				
Não	17,0	40,5*	26,3	55,8
Sim	25,0	59,5*	44,2	73,7

Tabela 5 – Ações para o controle do câncer de mama desenvolvidas por enfermeiros, segundo ações de rastreamento por meio do ECM. Ribeirão Preto, SP, dez. 2013 a mar. 2014. (conclusão)

Variável	Frequência Absoluta	%	IC 95% Inferior Superior	
Consulta de enfermagem (n = 42)				
Não	10,0	23,8*	11,4	37,8
Sim	32,0	76,2*	62,2	88,6
Queixa específica (n = 42)				
Não	2,0	4,8*	0,0	11,9
Sim	40,0	95,2*	88,1	100,0
Visita domiciliar (n = 42)				
Não	30,0	71,4*	56,4	84,4
Sim	12,0	28,6*	15,6	43,6
Conduta para ECM alterado				
Encaminha para especialista da mama (n = 42)				
Não	40,0	95,2	87,5	100,0
Sim	2,0	4,8	0,0	12,5
Prioridade no encaminhamento (n = 42)				
Não	28,0	66,7*	52,3	80,6
Sim	14,0	33,3*	19,4	47,7
Solicita avaliação médica (n = 42)				
Não	2,0	4,8*	0,0	12,5
Sim	40,0	95,2*	87,5	100,0
Solicita outro exame (n = 42)				
Não	40,0	95,2*	88,4	100,0
Sim	2,0	4,8*	0,0	11,6
Motivo de não realizar o ECM (n=18)				
Deficiência de conhecimento (n = 18)				
Não	15,0	83,3*	64,7	100,0
Sim	3,0	16,7*	0,0	35,3
Falta de tempo (n= 18)				
Não	14,0	77,8*	50,0	93,8
Sim	4,0	22,2*	4,3	42,1
Não considera importante (n = 18)				
Não	17,0	94,4*	81,8	100,0
Sim	1,0	5,6*	0,0	18,2
Outra razão (n = 18)				
Não	2,0	11,1*	0,0	26,7
Sim	16,0	88,9*	73,3	100,0

IC: intervalo de confiança baseado em 1.000 amostras de *bootstrap*

Fonte: dados da pesquisa

* Nota: Cada frequência foi calculada sobre o número total da amostra. O total não corresponderá a 100% pois cada indivíduo poderia citar mais de uma categoria de resposta.

5.2.3 Ações relacionadas à Mamografia

A Tabela 6 ilustra as ações dos enfermeiros, referentes à MMG.

Quanto à periodicidade da MMG, 27 (45%) profissionais citaram a anual como a mais indicada em sua respectiva unidade, e 36 (60%) relataram orientar as usuárias sobre a idade em que devem iniciar a realização do exame. Quanto à indicação de qual seria esta faixa etária, 30, ou seja, metade dos entrevistados respondeu “maior que 40 anos”.

No que se refere à realização de busca ativa, 39 (65%) enfermeiros afirmaram que realizam a busca de usuárias com laudo de MMG suspeito para malignidade e sem retorno para o resultado, e 46 (76,7%) não realizam a busca daquelas que faltaram ao dia agendado para realização da MMG. A maioria (44 - 73,3%) não encaminha usuárias com resultado de MMG suspeito para CA de mama à unidade de referência.

Em relação ao tempo de demora entre a solicitação da MMG e o retorno do resultado do exame à unidade básica, a maioria dos enfermeiros (33 - 55%) considera o período de um a três meses o mais frequente.

Já quanto aos entraves encontrados pelos enfermeiros na execução da MMG, 28 (46,7%) relataram encontrar dificuldades, destacando-se aquelas relacionadas ao agendamento (20 - 71,4%).

Acerca da solicitação da MMG, 59 (98,3%) enfermeiros referiram não solicitar por não poder fazê-lo, uma vez que, pelo protocolo municipal essa é uma atividade que cabe ao médico. Apesar disso, um (1,7%) deles afirmou realizá-la.

Tabela 6 - Ações para o controle do câncer de mama desenvolvidas por enfermeiros, segundo ações de rastreamento por meio da MMG. Ribeirão Preto, SP, dez. 2013 a mar. 2014. (continua)

Variável	Frequência Absoluta	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
Periodicidade indicada para a primeira MMG (n = 60)				
Anual	27,0	45,0	31,6	58,8
Bienal	8,0	13,3	5,4	23,1
Não há estabelecimento de intervalo	6,0	10,0	3,2	18,2
Outra periodicidade	19,0	31,7	18,6	43,6
Faixa etária indicada para a primeira mamografia (n =60)				
< 35 anos	2,0	3,3	0,0	8,8
35 a 40 anos	7,0	11,7	3,9	19,4
> 40	30,0	50,0	37,0	63,0
> 50 anos	3,0	5,0	0,0	11,5
Sem restrição etária	10,0	16,7	8,0	26,9
Não recorda	8,0	13,3	5,3	22,2
Orientação quanto à idade para primeira mamografia (n =60)				
Não	24,0	40,0	27,9	53,1
Sim	36,0	60,0	46,9	72,1
Busca ativa de mulheres com laudo suspeito para malignidade sem retorno para buscar resultado (n= 60)				
Não	21,0	35,0	22,4	47,1
Sim	39,0	65,0	52,9	77,6
Busca ativa de mulheres que faltaram à mamografia (n = 60)				
Não	46,0	76,7	64,9	86,9
Sim	14,0	23,3	13,1	35,1
Encaminha à unidade de referência mulheres com resultado de MMG suspeito para malignidade e sem retorno (n = 60)				
Não	44,0	73,3	61,8	84,6
Sim	16,0	26,7	15,4	38,2
Tempo de demora entre a solicitação da MMG e retorno do resultado (n = 60)				
<1 mês	7,0	11,7	3,8	20,8
1 a 3 meses	33,0	55,0	42,1	68,1
3 a 6 meses	7,0	11,7	3,6	20,7
Outro – especificar	1,0	1,7	0,0	5,7
Não recorda	12,0	20,0	10,6	30,6
Fator que dificulte a execução da MMG (n = 60)				
Não	32,0	53,3	39,7	67,8
Sim	28,0	46,7	32,2	60,3
Dificuldade no agendamento (n= 28)				
Não	8,0	28,6*	11,8	46,9
Sim	20,0	71,4*	53,1	88,2

Tabela 6 - Ações para o controle do câncer de mama desenvolvidas por enfermeiros, segundo ações de rastreamento por meio da MMG. Ribeirão Preto, SP, dez. 2013 a mar. 2014. (conclusão)

Variável	Frequência Absoluta	%	IC 95% Inferior Superior	
Falta técnico ou médico para fazer o exame (n = 28)				
Não	23,0	82,1*	66,7	95,7
Sim	5,0	17,9*	4,3	33,3
Falta mamógrafo (n = 28)				
Não	24,0	85,7*	72,4	96,7
Sim	4,0	14,3*	3,3	27,6
Paciente falta (n = 28)				
Não	20,0	71,4*	53,3	86,7
Sim	8,0	28,6*	13,3	46,7
Outra dificuldade (n = 28)				
Não	20,0	71,4*	53,9	86,7
Sim	8,0	28,6*	13,3	46,1
Você solicita mamografia (n = 60)				
Não	59,0	98,3	94,1	100,0
Sim	1,0	1,7	46,1	5,9
Critérios para solicitar				
Idade da mulher (n = 1)				
Não	0,0	0,0*	0,0	0,0
Sim	1,0	100,0*	100,0	100,0
Mamas densas (n = 1)				
Não	0,0	0,0*	0,0	0,0
Sim	1,0	100,0*	100,0	110,0
Solicitação da mulher (n = 1)				
Não	0,0	0,0*	0,0	0,0
Sim	1,0	100,0*	100,0	100,0
Outro critério (n = 1)				
Não	0,0	0,0*	0,0	0,0
Sim	1,0	100,0*	100,0	100,0
Motivos de não solicitar (n = 59)				
Deficiência de conhecimento (n = 59)				
Não	58	98,3*	94,5	100,0
Sim	1,0	1,7*	0,0	5,5
Não pode solicitar (n = 59)				
Não	13	22,0*	11,8	33,9
Sim	46	78,0*	66,1	88,2
Outro motivo (n = 59)				
Não	47,0	79,7*	69,7	90,0
Sim	12,0	20,3*	10,0	30,3

IC: intervalo de confiança baseado em 1.000 amostras de *bootstrap*

Fonte: dados da pesquisa

* Nota: Cada frequência foi calculada sobre o número total da amostra. O total não corresponderá a 100% pois cada indivíduo poderia citar mais de uma categoria de resposta.

5.2.4 Ações relacionadas à Ultrassonografia das mamas

Os dados apresentados sobre a USG das mamas são referentes à periodicidade com que o exame é indicado na UBS, tempo de demora entre a solicitação do exame e retorno do resultado, fatores que dificultam sua execução e também a avaliação pelo médico.

Em relação à periodicidade com que é indicada a USG, a maioria (38 - 63,3%) dos enfermeiros relatou não haver estabelecimento de intervalo, enquanto 20 (33,3%) mencionaram não saber informar ou que depende da avaliação médica e do resultado da mamografia.

A maior frequência encontrada nas respostas em relação ao tempo de demora entre a solicitação da USG e o retorno do resultado foi o período superior a seis meses, citado por 34 enfermeiros (56,7%). Outros (16 - 26,7%) não recordavam o tempo de demora, seis (10%) mencionaram a demora entre um mês e três meses, enquanto quatro (6,7%) relataram que o tempo de demora é inferior a um mês.

Em relação aos entraves relacionados à USG, 26 (43,3%) entrevistados relataram existir algum fator que dificulta a execução do exame, sendo que 21 (80,8%) deles informaram a dificuldade no agendamento; três (11,5%) relataram falta de aparelho; quatro (15,4%) citaram a falta de médico para a realização do exame e oito (30,8%) mencionaram a falta de comparecimento da usuária para o exame.

No que se refere às dificuldades na avaliação do resultado da USG pelo médico, apenas oito enfermeiros (13,3%) mencionaram-nas, sendo que, destes, seis (75%) deles referiram demora da entrega do resultado do exame na unidade de saúde, sete (87,5%), demora no agendamento do retorno, e dois (25%) citaram outros fatores.

5.2.5 Ações relacionadas ao Autoexame das mamas

Na Tabela 7, pode-se observar que, no grupo estudado, as ações inerentes ao AEM são realizadas pela maioria dos profissionais.

Ao serem questionados se orientam a usuária a examinar as mamas, a maioria (42 - 70%) relatou realizar esse tipo de orientação. Sobre o momento em que realizam essa orientação, foram citados: 41 (97,6%) em caso de queixa específica, 37 (88,1%) na consulta

de enfermagem, 23 (54,8%) na coleta do exame de Papanicolaou e 15 (35,7%) na visita domiciliar (Tabela 7).

Entre os enfermeiros que orientam as usuárias sobre o AEM, observou-se que não há consenso em relação à idade em que elas devem iniciar essa prática, sendo que 22 (52,4%) afirmaram que isto deve ocorrer na menarca. Já acerca da periodicidade com que elas devem ser orientadas a examinar suas mamas, a maioria (33 - 78,6%) respondeu “mensal” (Tabela 7).

Cabe destacar que, dos 18 enfermeiros que não orientam as usuárias sobre a maneira como elas devem examinar suas mamas, os principais motivos relatados foram a falta de local apropriado e a falta de tempo. Já em relação aos “outros motivos”, os mais citados foram: falta de protocolo municipal, falta de rotina para esta atividade na UBS e o atendimento voltado para a mulher tem outro foco (Tabela 7).

Tabela 7 - Ações para o controle do câncer de mama desenvolvidas por enfermeiros, segundo ações de rastreamento por meio do AEM. Ribeirão Preto, SP, dez. 2013 a mar. 2014. (continua)

Variável	Frequência Absoluta	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
Orienta como a usuária deve examinar as mamas (n = 60)				
Não	18,0	30,0	17,9	41,8
Sim	42,0	70,0	58,2	82,1
Momento da orientação				
Coleta de Papanicolaou (n = 42)				
Não	19,0	45,2*	30,2	19,0
Sim	23,0	54,8*	39,5	23,0
Consulta de enfermagem (n = 42)				
Não	5,0	11,9*	2,9	22,7
Sim	37,0	88,1*	77,3	97,1
Em caso de queixa específica (n = 42)				
Não	1,0	2,4*	0,0	7,9
Sim	41,0	97,6*	92,1	100,0
Visita domiciliar (n = 42)				
Não	27,0	64,3*	50,0	78,4
Sim	15,0	35,7*	21,6	50,0
Faixa etária para iniciar o AEM (n = 42)				
Ao menstruar	22,0	52,4	36,8	66,7
<35 anos	2,0	4,8	0,0	13,2
35 a 40 anos	2,0	4,8	0,0	12,5
>40	2,0	4,8	0,0	11,1
Sem restrição etária	14,0	33,3	20,0	47,8
Outra idade	0,0	0,0	0,0	0,0
Não recorda	0,0	0,0	0,0	0,0

Tabela 7 - Ações para o controle do câncer de mama desenvolvidas por enfermeiros, segundo ações de rastreamento por meio do AEM. Ribeirão Preto, SP, dez. 2013 a mar. 2014. (conclusão)

Variável	Frequência Absoluta	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
Periodicidade em que a mulher é orientada a realizar o AEM (n = 42)				
Não há estabelecimento de intervalo	8,0	19,0	7,5	31,2
Mensal	33,0	78,6	66,7	90,6
Bimestral	1,0	2,4	0,0	8,3
Outra periodicidade	0,0	0,0	0,0	0,0
Motivo de não orientar				
Deficiência de conhecimento (n = 18)				
Não	17,0	94,4*	81,3	100,0
Sim	1,0	5,6*	0,0	18,8
Falta de local apropriado (n = 18)				
Não	13,0	72,2*	50,0	93,3
Sim	5,0	27,8*	6,7	50,0
Falta de tempo (n = 18)				
Não	14,0	77,8*	57,9	95,0
Sim	4,0	22,2*	5,0	42,1
Outra razão (n = 18)				
Não	1,0	5,6*	0,0	17,6
Sim	17,0	94,4*	82,4	100,0

IC: intervalo de confiança baseado em 1.000 amostras de *bootstrap*

Fonte: dados da pesquisa

* Nota: Cada frequência foi calculada sobre o número total da amostra. O total não corresponderá a 100% pois cada indivíduo poderia citar mais de uma categoria de resposta.

5.2.6 Ações gerais no controle do câncer de mama

5.2.6.1 Sistemas de Informação

A Tabela 8 destaca os dados referentes aos sistemas de informação em saúde, no sentido de identificar sua implantação nas unidades de saúde do município, e, os problemas encontrados na utilização dos mesmos para o planejamento de ações de controle do CA de mama.

Em relação aos sistemas informatizados implantados nas unidades de saúde, 47 (78,3%) enfermeiros citaram o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e 43 (71,7%), o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN). Quanto aos demais sistemas, a maioria dos entrevistados mencionou que esses não estão implantados nas unidades em que atuam: (58 – 96,7%) o Sistema Integrado de Gestão da Assistência (SIGA); (47 – 78,3%) o Sistema de Regulação (SISREG); (49 – 81,7%) o Sistema de Informação Ambulatoriais do SUS (SIASUS) e o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA).

Nas Tabelas 9 e 10 observou-se, ainda, que os principais problemas citados pelos enfermeiros em relação aos sistemas informatizados SIAB e SISCAN foram: rede de internet ruim no SIAB e SISCAN, seguidos do excesso de itens a preencher. Os problemas encontrados nos demais sistemas informatizados não são apresentados, uma vez que a maioria dos entrevistados mencionou que esses não estão implantados nas UBSs.

Os entrevistados foram questionados também sobre a possibilidade de executar o planejamento de ações de controle do CA de mama, a partir da utilização dos dados gerados pelos sistemas de informação. Observou-se que 19 (31,7%) dos 60 enfermeiros responderam negativamente sobre essa possibilidade, enquanto 16 (26,7%) não souberam responder. Já os 25 (41,7%) que responderam afirmativamente, relataram que a utilização dos dados gerados pelos sistemas lhes permite: (21- 84%) estimar cobertura; (16 – 64%) prover recursos para manter as ações; e na mesma proporção (24 – 96%) foram mencionadas as possibilidades de conhecer as características das mulheres atendidas, fazer busca ativa e prover ações educativas. Apenas quatro (16%) referiram outra finalidade.

Já aos 19 enfermeiros que relataram que os dados gerados não possibilitam o planejamento das ações, foi questionado como essas ações são planejadas, e as respostas foram: sete (36,8%) não planejam; cinco (26,3%) alegam que o planejamento é atribuição de outro profissional ou instância; seis (31,6%) planejam conforme a demanda de atendimento e três (15,8%) relataram “outra forma”.

Tabela 8 - Distribuição dos enfermeiros, atuantes na rede municipal de saúde, segundo implantação de sistemas de informação. Ribeirão Preto, SP, dez. 2013 a mar. 2014.

Variável		Frequência Absoluta	%	IC 95%	
				Inferior	Superior
Sistemas informatizados implantados na					
UBS (n = 60)					
SIAB					
	Não	13,0	21,7	12,5	33,3
	Sim	47,0	78,3	66,7	87,5
SIGA					
	Não	58,0	96,7	91,1	100,0
	Sim	2,0	3,3	0,0	8,9
SISREG					
	Não	47,0	78,3	67,7	88,5
	Sim	13,0	21,7	11,5	32,3
SIASUS					
	Não	49,0	81,7	71,7	91,4
	Sim	11,0	18,3	8,6	28,3
SISMAMA					
	Não	49,0	81,7	70,5	91,8
	Sim	11,0	18,3	8,2	29,5
SISCAN					
	Não	17,0	28,3	17,3	40,8
	Sim	43,0	71,7	59,2	82,7

IC: intervalo de confiança baseado em 1.000 amostras de *bootstrap*

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 9 - Distribuição dos problemas relacionados à utilização do sistema de informação-SIAB, em relação às respostas dos enfermeiros. Ribeirão Preto, SP, dez. 2013 a mar. 2014.

Variável	Frequência Absoluta	%	IC 95% Inferior	Superior
Problemas na utilização do SIAB (n = 47)				
Não	9,0	19,1	7,8	31,6
Sim	36,0	76,6	63,2	88,1
Outros (não utilizam, não têm acesso, não sabem)	2,0	4,3	0,0	10,9
Falta de capacitação (SIAB) (n = 36)				
Não	25,0	69,4*	53,9	83,9
Sim	11,0	30,6*	16,1	46,1
Rede ruim - (SIAB) (n = 36)				
Não	15,0	41,7*	25,0	57,9
Sim	21,0	58,3*	42,1	75,0
Os profissionais não consideram importante (SIAB) (n = 36)				
Não	31,0	86,1*	74,2	96,7
Sim	5,0	13,9*	3,3	25,8
Vários sistemas informatizados e poucos recursos humanos (SIAB) (n = 36)				
Não	26,0	72,2*	57,1	87,5
Sim	10,0	27,8*	12,5	42,9
Excesso de itens a preencher (SIAB) (n = 36)				
Não	26,0	72,2*	57,1	87,1
Sim	10,0	27,8*	12,9	42,9
Itens a preencher não têm utilidade prática (SIAB) (n = 36)				
Não	26,0	72,2*	57,6	86,5
Sim	10,0	27,8*	13,5	42,4
Preenchimento inadequado (SIAB) (n = 36)				
Não	26,0	72,2*	56,7	87,9
Sim	10,0	27,8*	12,1	43,3
Falta computador (SIAB) (n = 36)				
Não	30,0	83,3*	70,3	94,4
Sim	6,0	16,7*	5,6	29,7
Sistema antigo (SIAB) (n = 36)				
Não	34,0	94,4*	86,1	100,0
Sim	2,0	5,6*	0,0	13,9

IC: intervalo de confiança baseado em 1.000 amostras de *bootstrap*

Fonte: dados da pesquisa

* Nota: Cada frequência foi calculada sobre o número total da amostra. O total não corresponderá a 100% pois cada indivíduo poderia citar mais de uma categoria de resposta.

Tabela 10 - Distribuição dos problemas relacionados à utilização do sistema de informação-SISCAN, em relação às respostas dos enfermeiros. Ribeirão Preto, SP, dez. 2013 a mar. 2014.

Variável	Frequência Absoluta	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
Problemas na utilização do SISCAN (n = 43)				
Não	3,0	7,0	0,0	15,2
Sim	30,0	69,8	55,8	82,9
Outros (não utilizam, não têm acesso, não sabem)	10,0	23,2	11,1	36,6
Falta de capacitação (SISCAN) (n = 30)				
Não	19,0	63,3*	46,4	81,3
Sim	11,0	36,7*	18,8	53,6
Rede ruim - (SISCAN) (n = 30)				
Não	10,0	33,3*	16,7	50,0
Sim	20,0	66,7*	50,0	83,3
Os profissionais não consideram importante (SISCAN) (n = 30)				
Não	27,0	90,0*	77,4	100,0
Sim	3,0	10,0*	0,0	22,6
Vários sistemas informatizados e poucos recursos humanos (SISCAN) (n = 30)				
Não	21,0	70,0*	53,6	85,3
Sim	9,0	30,0*	14,7	46,4
Excesso de itens a preencher (SISCAN) (n = 30)				
Não	16,0	53,3*	34,5	71,4
Sim	14,0	46,7*	28,6	65,5
Preenchimento inadequado (SISCAN) (n = 30)				
Não	25,0	83,3*	67,9	96,4
Sim	5,0	16,7*	3,6	32,1
Falta computador (SISCAN) (n = 30)				
Não	30,0	100,0*	100,0	100,0
Sim	0,0	0,0*	0,0	0,0

IC: intervalo de confiança baseado em 1.000 amostras de *bootstrap*

Fonte: dados da pesquisa

* Nota: Cada frequência foi calculada sobre o número total da amostra. O total não corresponderá a 100% pois cada indivíduo poderia citar mais de uma categoria de resposta.

5.2.6.2 Ações dos enfermeiros no controle do CA de mama, em relação à disponibilidade da Agenda da Mulher, reuniões educativas e consulta de enfermagem

A análise das ações gerais realizadas pelos enfermeiros das UBSs no controle do CA de mama abordou a existência da Agenda da Mulher na UBS, a organização de reuniões educativas sobre CA de mama e a média diária de consultas de enfermagem, além do local em que estas são realizadas.

Em relação à disponibilidade da Agenda da Mulher para ser fornecida às usuárias da unidade, somente sete (11,7%) enfermeiros afirmaram que a unidade de saúde dispunha desse documento, enquanto seis (10%) não souberam informar e a maioria (47 - 78,3%) relatou que esta não está disponível na unidade.

Grande parcela dos entrevistados (47 - 78,3%) relatou não realizar qualquer tipo de atividade educativa sobre CA de mama na unidade. No entanto, todos os enfermeiros afirmaram realizar consultas de enfermagem nas unidades em que atuam, sendo que a maioria (54 - 90%) realiza menos que dez consultas diárias. Já em relação aos locais em que estas consultas são realizadas, o consultório de enfermagem foi o mais mencionado por 50 (83,3%) participantes.

Ao final das entrevistas, a maioria dos enfermeiros referiu necessidade de capacitação para a realização de ações, no controle do câncer de mama.

5.3 Comparação entre as ações realizadas pelos enfermeiros das UBSs, no rastreamento do câncer de mama, com as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde

O quadro a seguir ilustra essa comparação:

QUADRO 2- Comparação entre as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde e as ações desenvolvidas pelos enfermeiros.

Ações preconizadas pelo MS para o enfermeiro atuante em UBS, no rastreamento do câncer de mama	N e (%) de enfermeiros que realizam as ações preconizadas em Ribeirão Preto
Investigação de fatores de risco <ul style="list-style-type: none"> Acompanhamento anual para mulheres com alto risco para CA de mama Realização do ECM ECM anual para mulheres a partir dos 40 anos de idade ECM para mulheres com risco elevado para CA de mama, a partir dos 35 anos <p><u>Conduta em caso de ECM alterado:</u></p> <p>Encaminhamento para complementação da investigação diagnóstica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 43 (71,7%) informaram realizar essa investigação - 22 (51,2%) consideram a periodicidade de retorno entre seis meses a um ano para mulheres com alto risco para câncer de mama - 42 (70%) realizam o ECM - 15 (25%) indicam o ECM anualmente - 4 (6,7%) orientam iniciar o ECM de 35 a 40 anos - 40 (95,2%) solicitam avaliação médica
Solicitação da MMG Para mulheres de 50 a 69 anos, mamografia a cada dois anos.	<ul style="list-style-type: none"> - 1 (1,7%) enfermeiro solicita MMG - 3 (5,2%) indicam o exame para mulheres com idade acima de 50 anos
Orientação sobre AEM Realizado na intenção de a mulher conhecer seu próprio corpo, em qualquer faixa etária. Indicação para USG da mama A ultrassonografia (USG) é complementar à mamografia.	<ul style="list-style-type: none"> - 42 (70%) orientam quanto ao AEM - 14 (33,3%) orientam o exame sem restrição etária - 8 (19%) não há estabelecimento de intervalo - 38 (63,3%) relatam não haver periodicidade de intervalo para indicação do exame - 20 (33,3%) mencionaram não saber informar ou que dependem da avaliação médica e do resultado da mamografia.
Realizar ações educativas	<ul style="list-style-type: none"> - 13 (21,7%) realizam reuniões educativas

6 DISCUSSÃO

6.1 Caracterização dos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde selecionadas para o estudo, segundo dados de formação, capacitação profissional e conhecimento acerca de documentos disponíveis na UBS

Pesquisas realizadas com enfermeiros atuantes na Atenção Básica de municípios brasileiros identificaram que, apesar de poucos profissionais cursarem especialização em nível *stricto sensu*, alguns deles têm buscado a especialização em cursos *lato sensu*, sendo a maioria em Saúde Coletiva e PSF (BECK et al., 2010; CORRÊA et al., 2012).

Nesse sentido, a maioria (32 – 53,3%) dos profissionais entrevistados para o presente estudo apresentou experiência profissional na Atenção Básica, atuando há mais de dez anos, e aprimorou seus conhecimentos após a graduação em enfermagem (57 – 95%). Eles realizaram cursos de especialização *lato sensu*, com destaque para aqueles em Saúde Pública (24 – 40%) e PSF (7 – 11,7%). Apesar de não serem obrigatórios aos enfermeiros atuantes na rede municipal de saúde, esses cursos são importantes no contexto da Atenção Básica, no sentido de proporcionarem aprimoramento teórico-prático, agregando conhecimentos, habilidades e atitudes que podem contribuir para uma prática profissional adequada e com maior competência.

O processo de aprimoramento profissional realizado pelos enfermeiros do presente estudo pode estar relacionado à facilidade que estes trabalhadores têm de realizar os cursos no próprio município, o qual se constitui como um importante centro de referência em capacitação profissional, contando com várias universidades que oferecem diversos cursos de especialização na área da saúde, seja *lato sensu* seja *stricto sensu*.

Santos et al. (2008) constataram que a realização de cursos de pós-graduação e o tempo de experiência profissional foram primordiais no processo de aprendizado e prática das consultas de enfermagem no âmbito da Atenção Básica. E ainda, relatando uma experiência em nível internacional, Andsoy e Gul (2014) avaliaram o nível de conhecimento de enfermeiros turcos, sobre o rastreamento dos cânceres de mama, colo de útero e cólon, e evidenciaram que o maior grau de conhecimento do enfermeiro está associado à experiência profissional e à realização de cursos após graduação em enfermagem.

Assim como esses, vários estudos enfatizaram a importância da capacitação e da constante atualização profissional dos enfermeiros para o desenvolvimento de práticas adequadas, como aquelas de educação em saúde, para o controle efetivo do CA de mama. Entre os estudos nacionais, destacaram-se alguns mais recentes como os de revisão de

literatura realizados por Cavalcante et al. (2013) e Lourenço; Mauad; Vieira (2013), além do trabalho desenvolvido por Jacomé et al. (2011) com médicos e enfermeiros da ESF de um município do Nordeste brasileiro em relação à detecção precoce do CA de mama.

Já entre os internacionais podem ser citados os de Yousuf et al. (2012) que analisaram as ações desenvolvidas por enfermeiros da APS na Arábia Saudita, em relação à neoplasia da mama. Fotedar et al. (2013) realizaram estudos na Índia e Alipour; Jannat; Hosseini (2014) em Teerã. Para eles, há necessidade de maiores investimentos em programas de educação continuada aos profissionais de enfermagem.

Quanto aos enfermeiros entrevistados para o presente estudo, cabe citar que, apesar de vários terem realizado cursos de especialização, uma parcela expressiva deles (29 -48,3%) informou não ter recebido capacitação sobre ações de rastreamento da neoplasia mamária, após 2004.

Nessa direção, em um estudo realizado por Jacomé et al. (2011), no município de Mossoró, no Nordeste brasileiro, os autores apontaram a desmotivação dos profissionais da ESF para atuar na prevenção e controle do CA de mama. Apesar de trabalharem na unidade há mais de cinco anos, a maior parte dos médicos e enfermeiros, 87,9 % e 55,3%, respectivamente, nunca recebeu capacitação profissional sobre esta temática.

No presente estudo, 13 (65%) dos 20 participantes que receberam capacitação sobre o CA de mama após 2004, realizaram-na há mais de dois anos.

Apesar de a capacitação ter sido realizada, este amplo intervalo de tempo sem atualização sobre as ações voltadas à prevenção e ao controle do CA de mama pode comprometer o atendimento às mulheres, visto que recentemente foram implantados programas e sistemas informatizados na rede de Atenção Básica, com o intuito de fortalecer as ações de planejamento, prevenção e detecção precoce desta neoplasia, cabendo aos profissionais da equipe de saúde da AB o conhecimento e a manipulação desses sistemas, incluindo o enfermeiro. Além das lacunas no processo de capacitação profissional, foi relatado pelos enfermeiros que nem todas as unidades dispõem dos documentos preconizados pelo MS, como o “Caderno de AB nº 13” e o “Documento de Consenso do CA de mama”. Além disso, vários profissionais não têm conhecimento da disponibilidade de tais documentos em suas unidades.

Segundo as determinações do MS, esses documentos devem estar acessíveis para efetivação das ações na rotina diária desses trabalhadores (BRASIL, 2004).

A falta de incentivo e de investimentos em cursos de atualização profissional, a irregularidade no oferecimento de capacitação aos profissionais, a indisponibilidade de

documentos de capacitação aos enfermeiros deste estudo podem dificultar a implementação adequada de ações fundamentais de prevenção e de diagnóstico da neoplasia mamária em estágios iniciais. Cabe destacar que o crescente desenvolvimento tecnológico vem proporcionando variadas formas de acesso ao conhecimento, e isso deve ser levado em conta quando se trata de preparar enfermeiros para atuar na prevenção e no controle da doença.

Exemplos foram encontrados no estudo de Alipour; Jannat; Hosseini (2014) que comentaram sobre a capacitação de enfermeiros em Teerã. Esta não se limita às aulas tradicionais, uma vez que as longas jornadas de trabalho dificultam a adesão dos trabalhadores a esses tipos de cursos. Dessa forma, o uso da mensagem de texto via SMS pelo telefone celular caracteriza-se como um método abrangente de constante atualização e facilitador do processo de capacitação profissional dos enfermeiros.

A utilização de novas metodologias de capacitação, assim como a educação continuada para constante atualização dos enfermeiros que atuam na rede básica de saúde, poderão ser úteis na promoção e execução de ações de prevenção e controle do CA de mama.

6.2 Ações e atividades desenvolvidas por estes profissionais com relação ao rastreamento oportunístico do câncer de mama e comparação das ações que estão sendo realizadas com as ações propostas pelo Ministério da Saúde

Autores evidenciaram que dentre as ações desenvolvidas pelo enfermeiro na AB voltadas para a prevenção e controle da neoplasia mamária, está a investigação dos fatores de risco (PICHARDT; MERCÊS, 2009).

Nesse sentido, apesar de muitos enfermeiros deste estudo discursarem erroneamente sobre alguns fatores como de alto risco para o CA de mama, destaca-se que a maioria (43 - 71,7%) afirma investigar fatores de risco, principalmente durante as consultas de enfermagem. Essa postura de adesão desses profissionais está em consonância com as ações preconizadas pelo MS (BRASIL, 2013a), constituindo-se um passo importante para a identificação das mulheres com risco elevado da doença e permitindo a priorização das mesmas nas ações de rastreamento e/ou detecção precoce.

E ainda, corroborando resultados encontrados em estudos de Cuzick (2008) e Pichardt e Mercês (2009), os enfermeiros aqui entrevistados, assim como os que participaram de suas pesquisas, citaram acertadamente o histórico familiar de CA de mama, o tabagismo, a

ingestão de bebidas alcoólicas e o aumento de peso como fatores de alto risco para a neoplasia mamária. Entretanto, neste estudo, o fator de risco “pouco tempo de aleitamento materno” ocasionou dúvidas entre os entrevistados, com pequena diferença estatística entre as respostas afirmativas e negativas.

Inumura, Silveira, Naves (2011) e Cuzick (2008) realizaram revisão sistemática da literatura com o objetivo de investigar os fatores de risco e de proteção para o CA de mama e confirmaram que a amamentação é considerada um fator protetor para a neoplasia mamária. Nesse sentido, a SBM ressalta que cada ano de amamentação completa reduz de 3 a 4% as chances de CA mamário, devido à substituição de tecido glandular por tecido adiposo nas mamas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA, 2008).

A maioria (22 - 51,2%) dos 43 enfermeiros deste estudo, que investigam os fatores de risco, mencionou que é realizado o seguimento de mulheres com alto risco para o CA de mama, com retorno entre seis meses e um ano. Além disso, destaca-se que sete (16,3%) entrevistados relataram não haver diferença acerca da periodicidade de acompanhamento em relação às outras mulheres, demonstrando desconhecimento das diretrizes do controle do câncer de mama.

Cabe ressaltar que o Ministério da Saúde recomenda o acompanhamento anual para as mulheres com alto risco para neoplasia mamária (BRASIL, 2004).

Assim como a realização de ações de investigação dos fatores de risco, a maior parte dos enfermeiros entrevistados (42 - 70%) relatou orientar as mulheres sobre a idade com que devem se submeter ao ECM. Esses profissionais informaram ainda que executam o ECM, principalmente em caso de queixa específica, e no momento da consulta de enfermagem, sendo que 40 (95,2%) solicitam avaliação do médico da unidade de saúde quando encontram alteração na mama, durante a execução do exame. No entanto, uma parcela representativa dos entrevistados desconhecia a periodicidade com que se deve realizar o ECM e a faixa etária para iniciá-lo, visto que 28 (46,7%) enfermeiros referiram que não se estabelece um intervalo de tempo entre dois ou mais ECMs, nem restrição etária para o enfermeiro iniciar o exame nas usuárias, correspondendo a 33 (55,0%).

Como já comentado anteriormente, o “Documento de Consenso do Câncer de Mama” e a *American Cancer Society* (2013) recomendam que o ECM seja realizado anualmente nas mulheres a partir dos 40 anos de idade, e em todas as consultas ginecológicas, independente da faixa etária (BRASIL, 2004).

Ainda sobre o ECM, Rodrigues et al.(2012), ao avaliarem o trabalho de enfermeiros da ESF do interior de Pernambuco em relação às ações de detecção precoce e atividades

educativas do câncer mamário, apontaram que todos os entrevistados em sua pesquisa as realizaram por meio da consulta de enfermagem, executaram o ECM e orientaram as usuárias quanto à realização do AEM.

Em contrapartida, Cavalcante et al. (2013), ao realizarem uma revisão integrativa da literatura, mostraram lacunas na execução do ECM por parte dos enfermeiros. Dois dos cinco estudos selecionados revelaram as fragilidades desses profissionais em relação à realização das técnicas de inspeção estática e dinâmica.

Além de Cavalcante et al. (2013), outros pesquisadores documentaram falhas e/ou desconhecimento dos profissionais atuantes na AB sobre as práticas de prevenção e detecção precoce da neoplasia mamária, relacionadas ao ECM. Assim, Jacomé et al. (2011), realizando uma investigação no interior nordestino com 33 médicos e 44 enfermeiros, revelaram que muitos desses profissionais desconhecem o período para a realização do ECM e a idade recomendável para a primeira mamografia. Além desses autores, estudo com enfermeiros nigerianos demonstrou que apenas nove (7,8%), dos 120 enfermeiros entrevistados, orientaram a realização anual do ECM (OLUWATOSIN, 2012).

No bojo desta discussão, cabe lembrar a importância da execução do ECM na periodicidade correta por um profissional treinado, na intenção de identificar lesões em estágios iniciais e reduzir as taxas de exames falso-positivos. Dessa forma, os enfermeiros devem estar aptos para realizar o exame nas consultas de enfermagem, para o controle do CA de mama e o cuidado integral da saúde da mulher.

Já em relação ao AEM, parte das ações de controle da neoplasia mamária, ele deve ser realizado mensalmente e caracteriza-se como um exame complementar no controle da doença e auxilia a mulher a conhecer melhor seu corpo e as possíveis modificações que podem ocorrer, como a presença de um caroço na mama, por exemplo (BRASIL, 2004).

Para Nichols (2012), os enfermeiros devem orientar as usuárias sobre a periodicidade e o início do AEM, e também ensinar e observar se elas realizaram adequadamente a técnica, na intenção de que descubram alguma alteração na mama, e consequentemente ocorra a detecção do tumor mais precocemente.

Como já citado, a maioria (42 – 70%) dos enfermeiros desta pesquisa realizou a orientação sobre o AEM, principalmente durante a consulta de enfermagem (37 – 88,1%) e em caso de queixa específica (41 – 97,6%). Corroborando esses dados, Rodrigues et al. (2012) entrevistaram enfermeiros e Costa e Enders (2014), médicos e enfermeiros da ESF, e ambos os estudos revelaram que esses profissionais realizaram as orientações para o AEM, sendo que os enfermeiros o fizeram nas consultas de enfermagem.

Em relação à periodicidade com que deve ser realizado o AEM, a maioria (33 - 78,6%) dos entrevistados que orientam, relatou que indica a periodicidade mensal. Outra pesquisa brasileira realizada com 159 profissionais de enfermagem no Ceará mostrou que 69 (40,3%) orientavam a realização do exame, após a menstruação (SILVA, 2009).

Evidenciou-se, no entanto, que grande parte (22 - 52,4%) dos enfermeiros do presente estudo orientam erroneamente a mulher a iniciar o AEM “ao menstruar”, prática que deve ser executada do 7º ao 10º dia do ciclo menstrual. E ainda, em consonância com esta pesquisa, estudo com enfermeiros nigerianos mostrou que vários (47 - 40,8%) não sabiam o período correto para as mulheres iniciarem o AEM (OLUWATOSIN, 2012), o que mostra a necessidade de capacitação para essa ação na prevenção e controle da doença.

A maioria (61,7%) dos enfermeiros nigerianos, no entanto (OLUWATOSIN et al., 2012), assim como os enfermeiros da Arábia Saudita (75%) (YOUSUF et al., 2012), orientou a realização mensal do AEM. O mesmo é enfatizado em estudo nacional, em que a maioria dos profissionais de enfermagem pesquisados realizou o AEM mensalmente (SILVA 2009).

Em relação à mamografia, preconizada como o principal exame de rastreamento do CA de mama, pesquisas revelaram a importância das orientações dos profissionais da saúde na adesão das mulheres a esse exame.

Nesse sentido, Freitas et al. (2012) que realizaram estudo em Portugal, e outros autores internacionais, como Alipor; Jannat; Hosseini (2014) do Irã, Fotedar et al. (2013) da Índia e Yousuf et al. (2012) da Arábia Saudita, afirmaram que é essencial uma relação satisfatória entre profissionais e usuários dos serviços de saúde na adesão aos exames de rastreio do câncer de mama, e que a qualidade da assistência prestada pelo profissional enfermeiro mostra-se relevante para motivar a adesão das mulheres às ações ou medidas previstas para o rastreamento.

Referindo-se à adesão ao rastreamento do CA mamário, a busca ativa é considerada uma estratégia importante para ampliar essa adesão, e o MS brasileiro aponta que as ações do programa de controle dessa neoplasia necessitam de adequação quando se considera o grau de cumprimento das exigências previamente definidas pelo próprio MS no que concerne à cobertura da população-alvo e ao aprazamento adequado dos exames, bem como o seguimento adequado das usuárias dos serviços de saúde (BARRETO; MENDES; THULER, 2012).

Sobre a mamografia, um dos exames mais importantes no rastreamento do câncer mamário, foi possível identificar neste estudo que uma parcela representativa (39 - 65%) dos enfermeiros participantes realiza a busca ativa das mulheres com laudo suspeito para

malignidade e sem retorno para buscar o resultado. No entanto, muitos (46 – 76,6%) não realizam a busca daquelas que faltaram à mamografia. Essa ação é dificultada devido ao fato de os enfermeiros não conseguirem acompanhar o comparecimento das usuárias aos serviços em que elas realizam tal exame. Entretanto, como a maioria das UBSs conta com o trabalho de agentes comunitários de saúde, os mesmos poderiam organizar uma supervisão dessa ação por meio de visitas domiciliares. O fato de não realizar essa ação pode prejudicar a implementação de medidas preventivas, uma vez que impede a captação daquelas que podem apresentar alterações mamárias e sua oportunidade de receber um diagnóstico em estágio inicial, pois dessa forma, a realização do exame e, consequentemente, a avaliação médica são protelados.

Já 44 (73,3%) entrevistados não fazem o encaminhamento das mulheres com laudo suspeito de malignidade às unidades de referência, mas reforçaram que esta conduta é da competência do profissional médico. É importante citar que os enfermeiros entrevistados comentaram, ao final da entrevista, que a qualquer alteração encontrada pelos enfermeiros no exame mamográfico, eles procedem à solicitação de avaliação médica.

Duas pesquisas, uma com enfermeiros e médicos atuantes nas ESFs de abrangência da V Unidade Regional de Saúde Pública no Rio Grande do Norte (COSTA; ENDERS, 2014), e outra com enfermeiros do interior de Pernambuco (RODRIGUES et al., 2012) mostraram que a maioria dos entrevistados não referenciava as mulheres ao mastologista em casos de alterações nos exames preventivos de câncer de mama.

Esses estudos deixam claras algumas falhas na realização das ações no território nacional, denunciando a necessidade de intervenções para a melhoria da assistência às mulheres na prevenção e no controle do CA mamário na Atenção Básica de Saúde. Estudos nacionais e internacionais afirmaram que é fundamental o trabalho dos profissionais de saúde das unidades básicas, especialmente o enfermeiro, junto à ESF, pois esse trabalhador é considerado um articulador fundamental entre a equipe multiprofissional e as usuárias dos serviços de saúde. Ressaltaram a importância da identificação das usuárias que não aderem aos exames de MMG, por meio da busca ativa, inclusive para que se possa implementar a educação em saúde, abordando-as com orientações sobre a importância e necessidade da realização dos exames, da periodicidade adequada de sua realização, mas também da necessidade de voltar à unidade de saúde para buscar o resultado e fazer o seguimento e tratamento, quando necessários (ALIPOUR; JANNAT; HOSSEINI, 2014; LOURENÇO; MAUAD; VIEIRA, 2013).

Outra questão importante a ser levada em conta, quando se trata do rastreamento do câncer de mama, é a faixa etária preconizada para realização da MMG. Como já visto, o MS brasileiro recomenda sua realização para todas as mulheres entre 50 e 69 anos, com intervalo de, no máximo, dois anos entre os exames e a realização anual da MMG para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver a patologia, a partir dos 35 anos de idade. Em conjunto, a SBM e a FEBRASGO acrescentam a essa recomendação a realização do rastreamento mamográfico anual para mulheres acima de 40 anos (BRASIL, 2004; SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA, 2008).

Autores afirmam que a realização do rastreamento mamográfico em intervalos e periodicidades corretas pode aumentar as chances de sobrevida das mulheres à patologia, além de contribuir para uma maior adesão das mesmas aos programas de rastreamento (MARCHI E GURGEL, 2010).

Entre os enfermeiros entrevistados para este estudo, a maioria (36 - 60%) referiu que realizam orientações acerca da idade em que a mulher deve iniciar a realização deste exame, e metade dos entrevistados mencionou que a primeira MMG deve ocorrer aos 40 anos, enquanto (27 - 45%) eles mencionaram orientar a execução anual do exame.

Essa orientação da realização da primeira MMG aos 40 anos de idade pode estar relacionada ao fato de que o protocolo municipal recomenda a realização da MMG bienal para todas as mulheres entre 40 e 69 anos, que não apresentam alterações no ECM e não são consideradas de alto risco para CA de mama.

Nessa direção, Leite et al. (2011) entrevistaram 459 usuárias dos serviços de saúde de Aracruz, no Espírito Santo, e identificaram que a maioria (66%) realizou a primeira mamografia antes de completar 50 anos. Apesar disso, afirmaram que a mamografia foi realizada preponderantemente por mulheres entre 50 e 59 anos, mas verificaram a realização desse exame também nos grupos de 35 a 39 anos e de 40 a 49 anos. Esse achado pode sugerir que certo número de mulheres vem realizando a mamografia precocemente, em detrimento daquelas que se encontram com mais de 50 anos, quando o risco é mais elevado.

Estudo de Silva (2011), por meio de levantamento bibliográfico acerca do acesso à mamografia, reafirma a ideia de que no Brasil esses exames estejam sendo realizados fora do intervalo bienal, visto que altas proporções de mamografias foram executadas em mulheres entre 40 e 49 anos, o que pode indicar que está ocorrendo excesso de exames sem indicação, devido ao fato de estas mulheres estarem fora da faixa etária preconizada pelo MS.

É importante citar os resultados de uma publicação recente de estudo randomizado, com 89.835 mulheres, em 25 anos de seguimento, desenvolvido no Canadá, que comparou a

mortalidade por câncer de mama, em mulheres com idades entre 40 e 59 anos, que foram ou não submetidas ao rastreamento por mamografia. Concluíram que o rastreamento mamográfico, a partir dos 40 anos de idade, deve ser revisto, uma vez que não há diferença significativa na mortalidade das mulheres que realizaram a mamografia nessa faixa etária, em comparação com aquelas que não realizaram. A pesquisa identificou ainda que a realização regular da MMG, a partir dos 40 anos, aumenta o número de diagnósticos da doença e consequentemente a mulher se submete a tratamentos agressivos, muitas vezes desnecessários, visto que, daquelas que foram analisadas no estudo, uma em cada cinco que descobriu a neoplasia mamária, por meio da MMG, e a doença era inofensiva. Apesar de os autores afirmarem que os achados de seu estudo não devam ser generalizados a todos os países, consideraram que eles devem ser levados em conta especialmente nos países desenvolvidos (MILLER et al. 2014).

Esses são dados importantes e merecem novas investigações, pois a mamografia anual, a partir dos 40 anos, tem sido realizada por muitas mulheres, em várias partes do mundo, inclusive no Brasil e em Ribeirão Preto, e uma vez que isso pode aumentar as chances de resultados falso-positivos, além de tratamentos agressivos desnecessários, poderá acarretar às usuárias com esses diagnósticos muitas outras consequências físicas e psicológicas, impacto negativo no convívio social e nas suas atividades laborais, além de gastos com exames complementares e consultas com profissionais de áreas específicas do cuidado, muitas vezes também desnecessários.

Assim como no Brasil, a Sociedade Americana de Câncer enfatiza a importância do rastreamento mamográfico, afirmando que nos Estados Unidos, a cada oito mulheres, uma pode ser diagnosticada por CA de mama, durante a vida. Relata ainda o crescente aumento do número de pesquisas para elevar a descoberta da doença em estágios iniciais. Os métodos propostos incluem a realização de rastreamentos eficazes, avanços tecnológicos permitindo melhores imagens dos exames computadorizados, proporcionando adequada interpretação desses exames e avanços na realização do exame de MMG.

Merece destaque que os países desenvolvidos evidenciaram a redução na mortalidade pela neoplasia mamária, ao adotarem o modelo de rastreamento organizado. A eficácia desse modelo foi identificado na Suécia, país onde se aplicaram as maiores taxas de cobertura do rastreamento mamográfico, abrangendo cerca de 75% da população-alvo (SWEDISH ORGANISED SERVICE SCREENING EVALUATION GROUP, 2006).

No entanto, é importante salientar que estudo desenvolvido em Londres identificou que fatores relativos à idade, etnia, nível socioeconômico e o conhecimento dos programas de

rastreamento podem interferir na adesão de mulheres à mamografia, visto que nessa cidade há grande diversidade étnica populacional (RENSHAW et al., 2010).

Acredita-se que, no Brasil, esforços devam ser efetuados no intuito de se implantar e implementar rastreamentos organizados, buscando aumentar a adesão do rastreio por meio da MMG, entretanto deve-se considerar que exemplos exitosos foram implementados em países de pequena extensão territorial e baixa densidade demográfica. Por outro lado, o modelo adotado por meio da ESF visava à reorganização da AB em âmbito nacional, mas os dados do presente estudo permitem identificar falhas na organização e estrutura dos serviços em relação ao trabalho que deve ser desenvolvido pelo profissional do nível primário de assistência nesse sentido.

Além da MMG, outro exame importante no rastreamento do câncer de mama é a USG que deve ser complementar ao resultado da MMG com indicação de alteração mamária (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2013; BRASIL, 2004).

Em relação a isso, a maioria (38 - 63,3%) dos enfermeiros entrevistados neste estudo indicou acertadamente que não há intervalo predeterminado para a solicitação e realização desse exame e comentou que não realiza essa solicitação, uma vez que é da competência médica, segundo o protocolo da Secretaria Municipal da Saúde.

Semelhante aos achados do presente estudo, Rodrigues et al. (2012) encontraram em sua pesquisa que 85,7% dos 14 enfermeiros atuantes nas Unidades Básicas de Saúde do município de Serra Talhada-PE negaram solicitar a USG das mamas às usuárias.

Tais achados evidenciaram que ainda hoje persiste o modelo de assistência centrado no médico. O fato de o enfermeiro não ter a autonomia para solicitar USG e MMG, mesmo tendo detectado alterações ao ECM pode dificultar a confirmação de um diagnóstico da doença em estágios mais iniciais, uma vez que é necessário o agendamento de consulta com o profissional médico, o que ocasiona o atraso desta avaliação.

Além dessas ações de rastreamento e detecção precoce da neoplasia mamária, a implementação e a correta manipulação de sistemas de informação nas Unidades Básicas de Saúde também foram essenciais no monitoramento da patologia e no intuito de proporcionar o controle da doença (BENITO; LICHESKI, 2009; VIDOR; FISHER; BORDIN, 2011).

Nesse sentido, observou-se na presente investigação que vários sistemas informatizados criados pelo MS não foram implantados nas unidades ou não foram de conhecimento dos enfermeiros, tais como: SIGA SIASUS, SISMAMA e SISREG. O desconhecimento desses profissionais não indicou que estes sistemas não estejam implantados na unidade, pois segundo eles, a manipulação dos mesmos compete apenas aos médicos e

gestores dos serviços de saúde local. Vale ressaltar que o enfermeiro, mesmo não exercendo o cargo de gestão, é responsável por planejar, implementar e avaliar as ações do controle do câncer de mama na unidade junto à equipe de enfermagem e muito se beneficiaria com o acesso e interpretação dos dados dos referidos sistemas de informação.

O MS afirma que esses sistemas são fundamentais para o planejamento de ações para o diagnóstico precoce e rastreamento da neoplasia mamária, por serem uma ferramenta - “chave”- de articulação entre os serviços de saúde (BRASIL, 2013a). Nesse sentido, acredita-se que seria importante que todos os profissionais da equipe multiprofissional soubessem sobre sua implantação e funcionamento na unidade de saúde em que atuam e que conhecessem ao menos sua finalidade, para que de alguma forma pudessem contribuir para sua adequada implementação.

Em relação aos sistemas SIAB e SISCAN, estes foram implantados na maioria das unidades em que atuavam os enfermeiros entrevistados para este estudo, sendo que 47 (78,3%) deles citaram o SIAB e 43 (71,7%) o SISCAN. No entanto, somente 25 (41,7%) relataram que a utilização dos dados gerados pelos sistemas lhes permite conhecer as mulheres atendidas, estimar cobertura e prover ações educativas. Além disso, foram citados vários problemas em relação à utilização desses sistemas informatizados, entre eles: falta de capacitação; rede de internet ruim; falta de recursos humanos para operacionalização do sistema; falta de computador para instalação do sistema e, além disso, alguns profissionais consideram que há itens a serem preenchidos que não têm utilidade prática e que o sistema não é importante para o armazenamento de dados que contribuam para a prevenção e controle do câncer de mama.

Sabe-se que o SIAB foi implantado em 1998 em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SISPACS), com o objetivo de armazenar e processar dados referentes a informações da AB. Esse sistema permite o seguimento das famílias cadastradas na área de abrangência da ESF, as condições sanitárias, socioeconômicas e de saúde, além de informações quanto à produção e composição das equipes de saúde (BRASIL, 2013a). Já o SISCAN é um sistema que integra o SISCOLO e o SISMAMA que permitem o gerenciamento das ações de controle do CA de mama e de colo de útero (BRASIL, 2013c).

Estudo realizado na rede municipal de saúde de Ribeirão Preto, em 2010 por Figueiredo e colaboradores, com integrantes de quatro equipes da ESF já informava que os profissionais da AB referiam que a utilização do SIAB era limitada apenas ao registro. No

entanto, evidenciou que o enfermeiro foi o profissional que demonstrou maior envolvimento com o sistema (FIGUEIREDO et al., 2010).

Dessa forma, fica clara a necessidade de capacitação dos profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, em relação à manipulação dos sistemas informatizados, além da supervisão e controle dos dados registrados, estimulando-os a analisar e utilizar os dados consolidados nos sistemas como fonte de informação para priorizar e implementar as ações de prevenção e controle do câncer de mama. Em relação ao controle desta neoplasia, uma maior atenção ao SISCAN deve ser dada, nesse sentido.

Já em relação à Agenda da Mulher, a maioria (47 – 78,3%) dos enfermeiros entrevistados para esta pesquisa afirmou que essa Agenda não está disponível na unidade em que atuam e demonstraram desconhecimento acerca do conteúdo desta.

É importante ressaltar que essa agenda tem como objetivo fornecer informações sobre as noções básicas para prevenir as doenças, promover a saúde e colaborar para a melhoria da qualidade de vida das mulheres brasileiras. Assim, o oferecimento e preenchimento da agenda na Atenção Básica são importantes no cuidado integral à saúde da mulher, fornecendo o histórico de saúde, resultados de exames e tratamentos realizados, além de anotações quanto ao agendamento de consultas e exames.

Dessa forma, pode-se apontar uma falha na assistência à mulher na rede básica de saúde do município, contrariando as determinações do MS, e que pode prejudicar as ações de prevenção e controle do câncer de mama, uma vez que a Agenda contém dados de identificação pessoal, história clínica e ginecológica da mulher, além disso, essa é uma maneira de auxiliar a usuária na anotação de agendamento de consultas e exames. Contém, ainda, orientações acerca da saúde da mulher, como, por exemplo, o planejamento familiar (BRASIL, 2006d).

Quanto à realização de atividades educativas voltadas para a temática da neoplasia mamária, 47 (78,3%) enfermeiros relataram que não as realizaram, justificando que é devido à baixa adesão das usuárias a essas atividades com temas específicos. No entanto, todos os 60 enfermeiros entrevistados afirmaram realizar consultas de enfermagem nas unidades em que atuam, sendo que a maioria (54 - 90%) realizou menos de dez consultas diárias.

Nessa direção, estudo desenvolvido por Rodrigues et al. (2012), também identificou que os enfermeiros realizaram consultas de enfermagem, com frequência, e uma pesquisa internacional, realizada na Nigéria, com enfermeiros atuantes na AB, revelou que a maioria dos profissionais informou que não há organização de programas voltados para atividades

educativas na temática da neoplasia mamária nos serviços de saúde onde trabalhavam (OLUWATOSIN, 2012).

Essas ações dos enfermeiros seguem as diretrizes da PNAB que as identifica como uma das atribuições dessa categoria profissional. Além disso, cumprem a Lei nº 7.948/86, artigo 8º que assegura a realização das ações do enfermeiro na prevenção e no controle do câncer, durante a consulta de enfermagem (BRASIL, 1986).

6.3 Entraves para a execução das ações de rastreamento oportunístico do CA de mama

Ao iniciar a abordagem das principais dificuldades mencionadas pelos entrevistados acerca do rastreamento do câncer de mama, foram apresentadas aquelas relativas à execução do ECM e orientação do AEM. Destacaram-se, respectivamente, a falta de tempo e de local apropriado para a atividade, sendo que alguns enfermeiros citaram ainda a sobrecarga de trabalho. Cabe salientar que a falta de tempo também foi citada como elemento que interferiu na investigação dos fatores de risco para esta neoplasia.

Além de comprometer as ações de saúde para Nauderer e Lima (2008), a falta de tempo para execução de atividades privativas do enfermeiro está associada à pequena quantidade de profissionais de nível auxiliar e técnico nas unidades de saúde, ocasionando sobrecarga de trabalho. Beck et al. (2010) acrescentaram que a sobrecarga de trabalho pode desencadear problemas físicos e mentais, ocasionando impacto na saúde do profissional.

Já para Cavalcante et al. (2013), os entraves na execução das atividades foram relacionados à demanda excessiva, além do ambiente inapropriado para a implementação dessas ações.

Além da falta de tempo e do local apropriado, os participantes deste estudo relataram que a inexistência de um protocolo municipal também dificultou o desenvolvimento de seu trabalho na execução e orientação quanto ao ECM e ao AEM. Dessa forma eles demonstraram desconhecer a existência deste protocolo que segue as orientações das Sociedades Brasileiras de Ginecologia, Obstetrícia, Radiologia e Protocolos do Ministério da Saúde e do INCA, e contém a determinação de ações que devem ser desenvolvidas por eles na prevenção e controle do CA de mama (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, 2013b).

Jacomé (2011) identificou que a educação em saúde realizada pelos profissionais da Atenção Básica é voltada principalmente para a realização do AEM, no entanto, pesquisa

internacional com enfermeiros atuantes na APS corroborou as afirmações dos enfermeiros do presente estudo e enfatizou o inadequado conhecimento de profissionais acerca das ações de prevenção e detecção precoce da neoplasia da mama (OLUWATOSIN, 2012). Tais achados também foram observados em estudo brasileiro, ao identificar que grande parcela de profissionais de enfermagem não realizou o AEM devido ao conhecimento inadequado da técnica (SILVA, 2009).

Dessa forma, reforça-se a importância da capacitação profissional desses participantes, pois nem todos esses enfermeiros estão aptos para implementar ações de rastreamento oportunístico do CA de mama, nas unidades de saúde.

Em relação aos entraves encontrados pelos enfermeiros na execução dos exames radiológicos, foi enfatizada a dificuldade no agendamento da MMG e da USG da mama.

O tempo de demora entre a solicitação dos exames de MMG e USG das mamas e o retorno do resultado podem ser considerados um entrave na realização do diagnóstico precoce. Nesta investigação identificaram-se respostas divergentes entre os entrevistados, sendo mencionados, respectivamente, o período de demora de um a três meses (33 – 55%) e superior a seis meses (34 – 56,7%). No entanto, uma parcela representativa de entrevistados revelou não recordar o tempo de demora entre a solicitação e o retorno desses exames, correspondendo a 12 (20%) para a MMG e 16 (26,7%) para a USG das mamas, o que apontou para um envolvimento inadequado dos enfermeiros nas diretrizes do controle do câncer de mama no município.

O tempo de demora entre a solicitação de exames de rastreamento e o retorno do resultado é crucial para a realização de um diagnóstico em estágio inicial. Estudo realizado em hospital público brasileiro obteve como resultados que o maior atraso no diagnóstico ocorreu entre a mamografia e a biópsia da lesão, e o atraso no diagnóstico estava relacionado a estágios mais avançados da doença. Constatou ainda um atraso superior a 180 dias para o início do tratamento com terapia sistêmica, após a realização da mamografia, tempo suficiente para a potencialização de micrometástases (TRUFELLI et al., 2008).

Merecem destaque os comentários de alguns enfermeiros desta pesquisa sobre o fato de a Secretaria Municipal da Saúde glosar alguns pedidos de MMG solicitados pelos ginecologistas das UBSs, pois há um número máximo de solicitações para determinados períodos, e essa conduta pode protelar o diagnóstico de CA mamário de uma usuária com ECM suspeito de malignidade, e consequentemente o seguimento com os exames e tratamentos. Tal fato aponta para um planejamento inadequado na definição do número de mamografias nas diferentes Unidades Básicas de Saúde do município, deixando a população

fora das ações do rastreamento, medida que contrapõe ao definido no Pacto pela Vida que tem como uma das metas a redução da mortalidade por câncer de mama.

Desse modo, a dificuldade no acesso aos exames de rastreio pode ser um fator que propicia o diagnóstico da doença em estágios mais avançados para usuárias que tiveram de adiar seu exame.

Isso não deveria ocorrer, uma vez que o CA de mama possui um prognóstico bom, se diagnosticado e tratado precocemente. É provável que as altas taxas de mortalidade encontradas na população feminina aconteçam pelo fato de o diagnóstico ser realizado em estádios avançados (LOPES et al., 2010; REZENDE et al., 2009).

Para Gebrim e Quadros (2006), a baixa adesão das mulheres ao rastreamento e a falta de acesso aos serviços de saúde e de resolutividade são causas mais importantes de progressão da doença, pois, em três ou seis meses, grande parte das neoplasias das pacientes pertencentes ao estágio II evoluiria para o III ou IV. Entretanto, há de se considerar que a não adesão das usuárias dos serviços de saúde às ações de rastreamento pode estar relacionada à demora no agendamento, à falta de estratégias de educação em saúde e à falta de estrutura para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e ações de prevenção citadas pelos enfermeiros entrevistados.

Ainda no que diz respeito aos entraves para a execução das ações de rastreamento oportunístico do CA de mama, os enfermeiros deste estudo citaram aqueles relacionados à utilização dos sistemas informatizados e destacaram a rede de internet ruim e o excesso de itens a preencher.

Esses achados reforçam a dificuldade de manipulação desses sistemas pelos profissionais de saúde. Na maioria das unidades de saúde, a rede de internet é falha, dificultando o preenchimento e cadastro de dados, atrasando o trabalho do profissional e limitando o planejamento das ações.

Além disso, menos da metade (25 - 41,7%) dos entrevistados relatou que esses sistemas permitem o planejamento de ações no controle do CA de mama, sendo que os demais responderam negativamente ou não souberam responder.

Para Benito e Licheski (2009), os sistemas de informação são de extrema importância no gerenciamento de ações em saúde que auxiliam no processo de trabalho dos profissionais. Os autores ressaltam que o acesso à internet é primordial por reduzir as barreiras entre os serviços, proporcionando maior disseminação e controle das informações com consequente planejamento.

Outros estudos evidenciaram a importância da utilização de ferramentas tecnológicas por meio de dados eletrônicos no âmbito da Atenção Básica no gerenciamento de intervenções e no aumento do rastreamento mamográfico (ATLAS et al., 2010).

Cabe salientar que, no momento da coleta de dados, alguns enfermeiros reforçaram a dificuldade de preenchimento do sistema SISCAN, pois para o registro dos dados no sistema é necessário utilizar o Cartão SUS da usuária, e eles referiram que muitos desses cartões apresentam-se desatualizados, causando entraves no preenchimento. Além disso, referiram que há muitos itens a serem preenchidos.

Todos esses dados evidenciam dificuldades, no processo de gerenciamento da cobertura efetiva da população-alvo, e podem se apresentar como entraves no planejamento, na execução e no controle das ações de rastreamento oportunístico do câncer de mama.

7 CONCLUSÃO

Ao comparar as ações de rastreamento oportunístico do CA de mama desenvolvidas por enfermeiros atuantes na AB de um município no interior paulista com aquelas preconizadas pelo Ministério da Saúde, pôde-se identificar pontos positivos e negativos na implementação dessas ações nos locais investigados. O enfermeiro, sujeito importante nesse cenário de atenção à saúde da mulher, contribuiu apontando dados que afirmam ações essenciais no controle da doença, realizadas por esses profissionais. No entanto, algumas lacunas também foram identificadas em seus relatos.

Entre os pontos positivos, a maioria dos entrevistados informou investigar fatores de risco para o CA de mama e demonstrou conhecimento acerca dos principais fatores que caracterizam a mulher como de alto risco para a doença. Além disso, executam, orientam as usuárias em relação ao ECM e orientam quanto à realização do AEM.

Do mesmo modo, grande parte desses profissionais solicita a avaliação médica, ao encontrar alguma alteração mamária durante o ECM, e realiza a busca ativa de mulheres com laudo de MMG suspeito para malignidade. Além disso, eles orientam às usuárias a realização da MMG e do AEM, na faixa etária correta. Mostraram conhecimento sobre a periodicidade do AEM e da USG das mamas, o que cabe a eles informar a essas usuárias.

Os enfermeiros relataram ainda que executam essas ações prioritariamente durante as consultas de enfermagem, as quais são realizadas nas unidades em que atuam, apesar de nem sempre poderem contar com um local adequado, utilizando salas improvisadas.

Cabe enfatizar que a maioria dos enfermeiros atuantes na AB, entrevistados para este estudo, trabalhava na rede há bastante tempo e investiu em cursos de pós-graduação, especialmente de especialização, com destaque para os de Saúde Pública, mostrando o interesse no aprimoramento de conhecimentos, habilidades e atitudes. No entanto, no que se refere às ações de controle do câncer de mama, preconizadas pelo MS e consideradas da atribuição do enfermeiro da AB, algumas lacunas foram identificadas e denotam a necessidade de uma atenção maior nesse sentido, seja da Secretaria Municipal da Saúde seja dos próprios enfermeiros.

Nessa direção, muitos dos entrevistados não souberam informar sobre a disponibilidade, nas unidades em que trabalham, de documentos preconizados pelo MS como elementos importantes no desenvolvimento de ações de controle do câncer de mama na AB e ainda desconheciam o conteúdo de outros, como a Agenda da Mulher.

Outra questão a ser destacada é o desconhecimento de vários entrevistados sobre a idade de início do ECM e da periodicidade do ECM e da MMG, sendo que a maioria deles não realiza ou direciona a busca ativa das mulheres que faltaram à MMG, pois têm

difficuldade no acesso a essas usuárias, após a realização do exame. E ainda, mediante protocolo da SMS, não têm autonomia para solicitar a MMG.

Apesar de a maioria dos enfermeiros ter informado que investiga os fatores de risco para o CA de mama, que executa e orienta as usuárias sobre o ECM e orienta quanto à realização do AEM, os enfermeiros relataram dificuldades como falta de tempo, sobrecarga de trabalho e de local apropriado para estas atividades. Enfatizaram ainda a dificuldade no agendamento da MMG e da USG da mama, além de demora entre a solicitação desses exames e o retorno do resultado. Acrescenta-se que a Secretaria Municipal da Saúde glosa alguns pedidos de MMG solicitados pelos ginecologistas das UBSs.

Outros entraves no rastreamento oportunístico do câncer de mama citados pelos enfermeiros referem-se à utilização dos sistemas informatizados, como rede de internet ruim e muitos itens a ser preenchidos. Além disso, além do SIAB e do SISCAN, poucas unidades têm outros sistemas implantados, e o mais importante, grande parcela dos enfermeiros considera que não consegue planejar ações de controle do CA de mama, a partir da utilização dos dados gerados por sistemas de informação ou não sabe responder a respeito disso.

Diante desse quadro, para que se possam adequar as ações dos enfermeiros ao rastreamento oportunístico do câncer de mama, mostram-se necessários investimentos em uma educação permanente desses profissionais, assim como em uma avaliação contínua das ações de rastreamento nas unidades de saúde do município. Torna-se também indispensável providenciar uma infraestrutura satisfatória, com adequação dos espaços para orientações e consultas de enfermagem, do oferecimento de exames, da disponibilização de documentos recomendados pelo MS, do dimensionamento de pessoal. Outro ponto a ser considerado é a melhora no gerenciamento das ações realizadas pelos profissionais da saúde, além da adequação dos sistemas informatizados.

Dessa forma, os enfermeiros, considerados como os principais articuladores entre a equipe multiprofissional e as usuárias dos serviços de saúde, assim como todos os outros profissionais da equipe, poderão ser beneficiados em suas ações, as quais deverão ser executadas de maneira a proporcionar melhores resultados às usuárias.

Já as usuárias que buscam atendimento nesses locais poderão contar com um atendimento mais adequado, sistematizado, e estarão mais orientadas e convencidas da importância de aderir aos exames de rastreamento do câncer de mama, o qual terá chances de ser realizado de forma mais segura e eficaz, seguindo todas as determinações do MS.

REFERÊNCIAS

ALIPOUR, S.; JANNAT, F.; HOSSEINI, L. Teaching breast cancer screening via text messages as part of continuing education for working nurses: a case-control study. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, Bangkok, v. 15, n. 14, p. 5607-5609, 2014.

AMERICA CANCER SOCIETY. **Breast cancer facts & figures 2013-2014**. Atlanta, 2013.

ANDSOY, I. I.; GUL, A. Breast, cervix and colorectal cancer knowledge among nurses in Turkey. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, Bangkok, v. 15, n. 5, p. 2267-2272, 2014.

ATLAS, S. J. et al. A cluster-randomized trial of a primary care informatics-based system for breast cancer screening. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 26, n. 2, p. 154-161, 2011.

AUTIER, P. et al. Disparities in breast cancer mortality trends between 30. European countries: retrospective trend analysis of WHO mortality database. **British Medical Journal**, London, v. 341, p. c3620, 2010.

BARRETO, A. S. B.; MENDES, M. F. M.; THULER, L. C. S. Avaliação de uma estratégia para ampliar a adesão ao rastreamento do câncer de mama no Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 86-91, 2012.

BECK, C. L. C. et al. Fatores que favorecem e dificultam o trabalho dos enfermeiros nos serviços de atenção a saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 490-495, 2010.

BENITO, G. A. V.; LICHESKI, A. P. Sistemas de informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 447-450, 2009.

BRASIL. Lei nº 7.948/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 jun. 1986.

_____. Lei nº 10.223, de 15 de maio de 2001. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a obrigatoriedade de cirurgia plástica reparadora de mama por planos e seguros privados de assistência à saúde nos casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 maio 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do câncer de mama**. Documento de consenso. Rio de Janeiro, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2439/GM. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 dez. 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de ação para o controle dos cânceres do colo do útero e da mama 2005-2007**. Diretrizes estratégicas. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 fev. 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo de útero e de mama**. Brasília, 2006c. (Caderno de Atenção Básica, 13. Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de políticas para as mulheres. **Agenda da Mulher**. Brasília, 2006d.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Portaria nº 779, de 31 de dezembro de 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2 jan, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações. **Encontro internacional sobre o rastreamento do câncer de mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa nacional do controle do câncer de mama: histórico das ações**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/historico_acoes>. Acesso em: 21 fev. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Rastreamento organizado do câncer de mama: a experiência de Curitiba e a parceria com o Instituto Nacional de Câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.473, de 24 de junho de 2011. Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 jun. 2011c. Seção 1, p. 119-120.

_____. Ministério da Saúde. **“Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer” que tem como eixos: fortalecimento do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2011d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 531, de 26 de março de 2012**. Institui o Programa de Mamografia Móvel no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 out. 2012a

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a. (Caderno de Atenção Básica, 13).

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.253, de 12 de novembro de 2013. Altera atributos de procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 jun. 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013. Institui o Sistema de Informação de Câncer (SICAN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 jun. 2013d.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; INCA, 2014.

CANADIAN PARTNERSHIP AGAINST CANCER. **System performance report**. Toronto, 2012.

CAVALCANTE, S. A. M. et al. Ações do enfermeiro no rastreamento e diagnóstico do câncer de mama no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 459-466, 2013.

CHO, O. H.; YOO, Y. S.; KIM, N. C. Efficacy of comprehensive group rehabilitation for women with early breast cancer in South Korea. **Nursing and Health Sciences**, Carlton, v. 8, n. 3, p. 140-146, 2006.

CORRÊA, A. C. P. et al. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 1, p. 171-180, 2012.

COSTA, F. M. C.; ENDERS, B. C. Ações dos profissionais da estratégia saúde da família na detecção precoce do câncer de mama. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 8, n. 7, p. 2061-2068, 2014.

CUZICK, J. Hormone replacement therapy and the risk of breast cancer. **European Journal of Cancer**, London, v. 44, p.2344- 2349, 2008.

DAMTJERNHAUG, B. The Norwegian breast cancer screening program. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 2, p. 107, 2009. Program and abstract. Encontro Internacional sobre Rastreamento do Câncer de Mama.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

DUIJIM, L. E. et al. Independent double reading of screening mammograms in The Netherlands: effect of arbitration following reader disagreements. **Radiologia**, Illinois, v. 232, n. 2, p. 564-570, 2004.

EFRON, B.; TIBSHIRANI, R. J. **An Introduction to the Bootstrap**. New York: Chapman & Hall/CRC, 1993. 436 p.

FIGUEIREDO, L. A. et al. Análise da utilização do SIAB por quatro equipes da estratégia saúde da família do município de Ribeirão Preto, SP. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 418-423, 2010.

FOTEDAR, V. et al. Knowledge of risk factors & early detection methods and practices towards breast cancer among nurses in Indira Gandhi Medical College, Shimla, Himachal Pradesh, India. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, Bangkok, v. 14, n. 1, p. 117-120, 2013.

FREITAS, C. et al. A population-based breast cancer screening programme: conducting a comprehensive survey to explore adherence determinants. **European Journal of Cancer Care**, London, v. 21, n. 3, p. 349-359, 2012.

FRIGERIO, A. et al. Breast cancer screening - national programs - Italy. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 2, p. 113, 2009. Program and abstract. Encontro Internacional sobre Rastreamento do Câncer de Mama.

GEBRIM, L. H.; QUADROS, L. G. A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 319-323, 2006.

HEWITT, M.; GREENFIELD, S.; STOVALL, E. **Cancer patient to cancer survivor: lost in transition**. Washington: National Academies Press, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 15 dez. 2013.

INUMARU, L. E.; SILVEIRA, E. A.; NAVES, M. M. V. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1259-1270, 2011.

JACOMÉ, E. M. et al. Detecção do câncer de mama: conhecimento, atitude e prática dos médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Mossoró, RN. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, p. 189-198, 2011.

LEITE, F. M. C. et al. Estratégias de enfrentamento e relação com condições sociodemográficas de mulheres com câncer de mama. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 211-217, 2011.

LEOPOLDINO, D. D. et al. Aspectos técnicos da ressonância magnética de mama com meio de contraste: revisão da literatura. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 287-294, 2005.

LOPES, Y. B. et al. Morbilidad oculta de cáncer de mama en el área de salud “28 de Septiembre”. **MEDISAN**, Santiago de Cuba, v. 14, n. 5, 2010.

LOURENÇO, T. S.; MAUAD, E. C.; VIEIRA, R. A. C. Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 585-591, 2013.

MARCHI, A. A.; GURGEL, M. S. C. Adesão ao rastreamento mamográfico oportunístico em serviços de saúde públicos e privados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 191-197, 2010.

MARQUES, C. A. V. **Ações no controle do câncer de mama na atenção primária: construção e validação de instrumentos para identificação dessas práticas**. 2011. 159 f. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2011.

MARTINS, E. et al. Evolução temporal dos estádios do câncer de mama ao diagnóstico em um registro de base populacional no Brasil Central. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 219-223, 2009.

MATUMOTO, S. et al. Nurses' Clinical Practice in Primary Care: a Process Under Construction. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 123-130, 2011.

MILLER, A. B. et al. Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. **British Medical Journal**, London, v. 348, p. g366, 2014.

NAUDERER, T. M.; LIMA, M. A. D. Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde em municípios do sul do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, p. 889-894, 2008.

NICHOLS, M. The nurse`s role in self-braste examination education. **Plastic Surgical Nursing**, Waterloo, v. 32, n. 4, p.143-145, 2012.

OLUWATOSIN, O. Primary health care nurse`s knowledge practice and client teaching of early detection measures of breast cancer in Ibadan. **BioMed Central**, London, v. 11, p. 22, 2012.

PARADA, R. et al. A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 2, p. 199-206, 2008.

PICHARDT, C. R.; MERCÊS, N. N. A. Fatores de risco para câncer de mama: nível de conhecimento dos acadêmicos de uma universidade. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 102-106, 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**. Período 2005-2008. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/planeja/plano05-08.pdf>>. Acesso em 15. abr. 2013.

_____. **Plano de Saúde de Ribeirão Preto**. Período 2014-2017. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2013a. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/planeja/pms-rp-2014-2017.pdf>>. Acesso em 12. mar. 2013.

_____. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher**. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2013b. Disponível em: <<http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/mulher/i16indice.php>>. Acesso em 22. ago. 2014.

RENSHAW, C. et al. Estimating attendance for breast cancer screening in ethnic groups in London. **BioMed Central Public Health**, London, v. 10, p. 157, 2010.

REZENDE, M. C. R. et al. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 75-81, 2009.

RODRIGUES, F. B. et al. O papel do enfermeiro na prevenção do câncer de mama em um município do sertão pernambucano: uma abordagem da prática profissional. **Saúde Coletiva em Debate**, Serra Talhada, v. 2, n. 1, p. 73-86, 2012.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de pesquisa**. 3ª ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SANTOS, S. M. R. et al. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. **Revista Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 124-130, 2008.

SILVA, R. M. et al. Realização do auto-exame das mamas por profissionais de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 902-908, 2009.

SILVA, A. S. O aumento de acesso à mamografia e os desafios para a política de controle do câncer de mama no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3665-3670, set. 2011.

SMITH, R. A. International programs for the detection of breast cancer. **Salud Pública de México**, Morelos, v. 53, n. 5, p. 394-404, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **Recomendações da X Reunião Nacional de Consenso**: rastreamento do câncer de mama na mulher brasileira. São Paulo, 2008.

Disponível em:

<http://www.sbmastologia.com.br/downloads/reuniao_de_consenso_2008.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SWEDISH ORGANISED SERVICE SCREENING EVALUATION GROUP. Reduction in breast cancer mortality from organized service screening with mammography: 1. Further confirmation with extended data. **Cancer eEpidemiology, Biomarkers & Prevention**, Philadelphia, v. 15, n. 1, p. 45-51, 2006.

TIEZZI, D. G. Câncer de mama: um futuro desafio para o sistema de saúde nos países em desenvolvimento. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. 257-259, 2010.

TRUFELLI, D. C. et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 54, n. 1, p. 72-76, 2008.

U. S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Agency for healthcare research and quality, Rockville, MD. **Screening for breast cancer, topic page**. 2009. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsbrca.htm>>. Acesso em: 14 mar. 2014.

VIDOR, C. A.; FISHER, P. D.; BORDIN, R. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 24-30, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer Control. Knowledge into Action. **WHO guide for effective programmes**. Early detection. Switzerland: WHO, 2007. Disponível em: <<http://screening.iarc.fr/doc/Early%20Detection%20Module%203.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

_____. **Breast cancer: prevention and control**. 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>>. Acesso em: 15 set. 2013.

YIP, C.H. et al. Breast cancer management in middle-resource countries (MRCs): consensus statement from the Breast Health Global Initiative. **The Breast**, New York, v. 20, n. suppl.2, p. 12-19, 2011.

YOUSUF, S. A. et al. Do Saudi nurses in primary health care centres have breast cancer knowledge to promote breast cancer awareness? **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, Bangkok, v. 13, n. 9, p. 4459-4464, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A- “Formulário de identificação das ações no controle do câncer de mama na atenção primária – Enfermeiro”**“Formulário de identificação das ações no controle do câncer de mama na atenção primária – Enfermeiro”****Informações Gerais**

Data da coleta ____/____/____

Horário do início ____:____

Horário do fim da coleta ____:____

Nome do entrevistador: _____

Iniciais _____

Código do entrevistador: _____ Nome da UBS: _____

Tipo de UBS ____ (1) Mista (2) PSF (3) Tradicional

Identificação do Enfermeiro**Q1)** Tempo de atuação nesta UBS _____ (em meses)**Q2)** Maior titulação ____ (1) bacharel (2) especialista (3) mestre (4) doutor**Q2.1)** Se especialista, especificar área ____ (1) PSF (2) Saúde Pública (3) Obstetrícia (4) outra especialidade**Capacitação do Enfermeiro****Q3)** Como Enfermeiro, após 2004, você recebeu capacitação sobre as ações preconizadas para o controle do câncer de mama?

____ (1) sim (0) não (99) não recorda

*Se sim***Q3.1)** Quando ocorreu a última capacitação: ____ (1) < 6 meses (2) >6 meses a 1 ano (3) >1 ano a 1 ano e meio (4) >1 ano e meio a 2 anos (5) > 2 anos**Q4)** Está disponível nesta UBS o Caderno da Atenção Básica número 13 – Controle dos cânceres do colo do útero e de mama?

____ (1) sim (0) não (99) não sabe

Q5) Está disponível nesta UBS o Documento de Consenso de Controle do Câncer de Mama? ____ (1) sim (0) não (99) não sabe**Ações no controle do câncer de mama - Fatores de risco****Q6)** Você investiga a presença de fatores de risco para câncer de mama? ____ (1) sim (0) não*Se sim, especifique:*

Q6.1) Em que momento se dá esta investigação? |__|__|__| (1) Consulta de Enfermagem (2) Coleta de exame de Papanicolaou (3) visita domiciliar

Q6.2) De todos os fatores de risco descritos abaixo, assinale qual(is) você considera para caracterizar a mulher como de alto risco para câncer de mama.

☐ História de câncer de mama pessoal ou familiar em ambos os sexos
☐ História de câncer de ovário pessoal ou familiar
☐ Menarca precoce
☐ Menopausa tardia
☐ Terapia de reposição hormonal

☐ Pouco tempo de aleitamento materno
☐ Primeira gestação após 30 anos
☐ Tabagismo
☐ Etilismo
☐ Exposição a agrotóxico ou à radiação

☐ Hábito alimentar inadequado
☐ Excesso de peso
☐ Sedentarismo
☐ Outro especificar _____

Q6.3) Com que periodicidade é realizado o acompanhamento de mulheres com alto risco para câncer de mama? |__|__|__| (1) não há diferença em relação às outras mulheres (2) retorno de 3 -6 meses (3) retorno > que 6 meses -1 ano (4) retorno após 1 ano (5) outro período (99) não sabe ou não recorda

Se não investiga os fatores de risco para câncer de mama, especifique:

Q6.4) Qual(is) a(s) razão de não investigar? |__|__|__| (1) falta de tempo (2) não considera importante (3) deficiência de conhecimento (4) outros

Ações no controle do câncer de mama - Exame clínico das mamas (ECM)

Q7) Nesta UBS, com que periodicidade é indicado que o enfermeiro faça exame clínico das mamas das mulheres? |__| (1) não há estabelecimento de intervalo (2) trimestral (3) semestral (4) anual (5) outra periodicidade, qual.....

Q8) Nesta UBS, em qual faixa etária é indicado que o enfermeiro inicie o Exame clínico das mamas da usuária ? |__|__|__| (1) ao menstruar (2) < 35 anos (3) 35–40 anos (4) > 40 anos (5) > 50 anos (6) sem restrição etária (99) não recorda

Q9) Você orienta a mulher sobre a idade em que ela deve submeter-se ao Exame clínico das mamas a ser realizado por Enfermeiro ou Médico? |__| (1) sim (0) não

Q10) Existe algo que dificulte que o enfermeiro realize o Exame clínico das mamas das usuárias? __| (1) sim (0) não.

Se sim, especifique

Q10.1) |__|__|__|__| (1) falta de rotina para esta atividade (2) falta de local apropriado para o exame (3) falta de tempo (4) conhecimento técnico deficiente (5) paciente não se sente confortável com o exame (6) outra dificuldade.

Q11) Você realiza o Exame clínico das mamas das usuárias? |__| (1) sim (0) não

Se sim, especifique:

Q11.1) Quando? |__|__|__| (1) durante a coleta de Papanicolaou (2) durante a Consulta de enfermagem (3) em caso de queixa específica (4) visita domiciliar

Q11.2) Que conduta é tomada em caso de Exame clínico das mamas alterado? |__|__|__| (1) prioridade no encaminhamento (2) solicitar avaliação médica (3) encaminhar ao especialista em mama (4) solicitar outro exame (5) outra conduta (99) não sabe

Se não, especifique:

Q11.3) Qual o motivo de não fazer o Exame clínico das mamas? ☐ ☐ ☐ ☐ (1) falta de tempo (2) não considera importante (3) deficiência de conhecimento (4) outra razão, qual.....

Ações no controle do câncer de mama – Mamografia (MMG)

Q12) Nesta UBS, com que periodicidade é indicada a Mamografia? ☐ (1) semestral (2) anual (3) bienal (4) não há estabelecimento de intervalo (5) outra periodicidade, qual.....

Q13) Nesta UBS, em qual faixa etária é indicado fazer a primeira Mamografia? ☐ (1) ao menstruar (2) < 35 anos (3) 35–40 anos (4) > 40 anos (5) > 50 anos (6) sem restrição etária (7) outra faixa etária (99) não recorda

Q14) Você orienta a mulher com que idade ela deve fazer a primeira Mamografia? ☐ (1) sim (0) não

Q15) Você faz ou direciona a busca ativa das mulheres com laudo de Mamografia suspeito para malignidade e sem retorno para buscar resultado? ☐ (1) sim (0) não

Q16) Você faz ou direciona a busca ativa das mulheres que faltaram à Mamografia? ☐ (1) sim (0) não

Q17) Você encaminha à unidade de referência as mulheres com resultado de Mamografia suspeito de câncer de mama? ☐ (1) sim (0) não

Q18) Em média, quanto tempo demora entre a solicitação da Mamografia e o retorno do resultado ☐ (1) < 1 mês (2) 1–3 meses (3) > 3–6 meses (4) > 6 meses (5) não retornou (99) não recorda

Q19) Há algum fator que dificulte a execução da Mamografia? ☐ (1) sim (0) não.

Se sim, especifique.

Q19.1) ☐ ☐ ☐ ☐ (1) paciente falta (2) falta mamógrafo (3) falta de técnico ou médico para fazer o exame (4) dificuldade no agendamento do exame (5) outra dificuldade

Q20) Você solicita mamografia nesta UBS? ☐ (1) sim (0) não

Se sim, especifique:

Q20.1) Que critério usa? ☐ ☐ ☐ ☐ (1) idade da mulher (2) solicitação da mulher (3) mamas densas (4) outro critério

Se não, especifique:

Q20.2) Qual o motivo de não solicitar o exame de mamografia? ☐ ☐ ☐ ☐ (1) falta de tempo (2) não considera importante (3) deficiência de conhecimento (4) não pode solicitar (5) outro motivo, qual: _____

Ações no controle do câncer de mama - Ultrassom de mama (USG)

Q21) Nesta UBS, com que periodicidade é indicado o Ultrassom de mama? ☐ (1) não há estabelecimento de intervalo (2) trimestral (3) semestral (4) anual (5) outro intervalo, qual _____

Q22) Em média, quanto tempo demora entre a solicitação do Ultrassom de mama e o retorno do resultado? ☐ (1) < 1 mês (2) 1–3 meses (3) > 3–6 meses (4) > 6 meses (5) não retornou (99) não recorda

Q23) Há algum fator que dificulte a execução do Ultrassom de mama? ☐ (1) sim (0) não.

Se sim, especifique:

Q23.1) ☐ (1) paciente falta (2) falta do aparelho (3) falta do Médico para fazer o exame (4) dificuldade no agendamento do exame (5) outra dificuldade

Q24) Há algum fator que dificulte a avaliação do resultado do exame da usuária pelo Médico? ☐ (1) sim (0) não

Q24.1) Se sim, qual? ☐ (1) demora no agendamento do retorno (2) demora da entrega do resultado do exame (3) outro fator

Ações no controle do câncer de mama - Autoexame das mamas (AEM)

Q25) Você orienta como a usuária deve examinar as mamas? ☐ (1) sim (0) não

Se sim, especifique:

Q25.1) Quando? ☐ (1) durante a coleta de Papanicolaou (2) durante a Consulta de enfermagem (3) em caso de queixa específica (4) visita domiciliar

Q25.2) Nesta UBS, em que idade a mulher é orientada a iniciar o Autoexame das mamas? ☐ (1) ao menstruar (2) < 35 anos (3) 35- 40 anos (4) > 40 anos (5) > 50 anos (6) sem restrição etária (7) outra idade (99) não recorda

Q25.3) Nesta UBS, com que periodicidade a mulher é orientada a realizar o Autoexame das mamas? ☐ (1) não há estabelecimento de intervalo (2) mensal (3) bimestral (4) outro período

Se não, especifique:

Q25.4) Qual a razão de não orientá-la? ☐ (1) falta de tempo (2) sobrecarga de serviço (3) deficiência de conhecimento do profissional (4) não considera importante (5) falta de local apropriado (6) outra, especificar _____

Ações no controle do câncer de mama – Ações gerais

Q26) Entre os sistemas informatizados citados a seguir, quais os que estão implantados em sua UBS? ☐ (1) SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) (2) SIGA (Sistema Integrado de Gestão e Assistência à Saúde) (3) SISREG (Sistema Nacional de Regulação) (4) SIASUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS) (5) SISMAMA (Sistema de Informação em Saúde frente ao Câncer de Mama) (6) SISCAN (Sistema de Informação do Câncer)

Q26.1) Assinale os principais problemas encontrados na utilização deste(s) sistema(s): (1) SIAB (2) SIGA (3) SISREG (4) SIASUS (5) SISMAMA (6) SISCAN

☐ falta de capacitação ☐ rede ruim ou em falta ☐ os profissionais não consideram o sistema importante ☐ vários sistemas informatizados e pouco recurso humano ☐ excesso de itens a preencher ☐ itens a preencher não tem utilidade prática ☐ preenchimento inadequado ☐ outro, especificar _____

Q27) Alguns dos dados gerados nos sistemas informatizados SIAB, SIGA, SISREG, SIASUS, SISMAMA e SISCAN lhe permite planejar as ações no controle do câncer de mama? ☐ (1) sim (0) não (99) não sabe

Se sim, especifique

Q27.1) Com qual finalidade? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ (1) estimar cobertura (2) prover recursos para manter as ações (3) conhecer as características das mulheres atendidas (4) fazer busca ativa (5) prover ações educativas (6) outra finalidade

Se não, especifique

Q27.2) Como você planeja estas ações? ☐ ☐ ☐ (1) não planejo (2) é atribuição do gestor local (3) é atribuição de outro profissional ou instância (4) pela demanda de atendimento (5) outra forma

Q28) Esta UBS tem a Agenda da Mulher para ser fornecida à usuária? ☐ (1) sim (0) não (99) não sabe

Q29) Você organiza e/ou realiza reunião educativa sobre câncer de mama para as usuárias? ☐ (1) sim (0) não (99) não recorda

Q30) Nesta UBS você faz Consulta de enfermagem? ☐ (1) sim (0) não

Se sim, especifique

Q30.1) Quantas consultas, em média, você faz por dia? ☐ (1) <10 (2) 10—20 (3) >20—30 (4) > 30

Q30.2) Em que local é realizada a consulta? ☐ ☐ ☐ (1) Consultório de Enfermagem (2) Consultório Médico (3) visita domiciliar

Se não, especifique

30.3) Qual a razão de não ser feita? ☐ ☐ ☐ ☐ (1) falta de tempo (2) sobrecarga de trabalho (3) deficiência de conhecimento (4) falta de local apropriado (4) outra razão: _____

A Senhora tem alguma(s) pergunta(s), dúvida(s), sugestão(ões) ou comentário(s)?

Observações do entrevistador

Agradecemos sua participação.

APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Gestor e enfermeiros**

O(A) senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa “Ações para o controle do câncer de mama na atenção básica, nos municípios de São Paulo, Diadema e Ribeirão Preto”. Em Ribeirão Preto a pesquisadora responsável é a Profa. Dra. Ana Maria de Almeida, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Essa pesquisa tem como objetivo analisar a implementação das ações de rastreamento oportunístico do câncer de mama proposto pelo Ministério da Saúde, na atenção primária de saúde por meio de usuárias e enfermeiras de UBS dos Municípios de Diadema, Ribeirão Preto e coordenadoria sudeste do município de São Paulo, bem como de gestores das diferentes instâncias de governo. Esta pesquisa é importante porque pode ajudar as autoridades de saúde a melhorarem as ações que já são feitas, com vista a diminuir o número de mulheres com diagnóstico tardio ou que ficam com seqüelas por esta doença.

Caso aceite participar, você responderá um questionário online referente às ações desenvolvidas em Ribeirão Preto, com duração de cerca de 30min, aplicado por um entrevistador, que busca identificar a estrutura física da UBS, a capacitação dos profissionais de saúde no controle de câncer de mama e as ações no controle desta doença. As informações obtidas serão arquivadas e os resultados da pesquisa, sendo estes favoráveis ou não, serão utilizados para elaboração de trabalhos e publicações no meio científico.

Participar da pesquisa, para alguns profissionais, pode gerar algum desconforto em responder perguntas relativas à operacionalização dos programas de controle de câncer de mama, mas caso queira, interrompemos a entrevista.

A participação não trará benefícios diretos à você, mas as informações obtidas por meio da pesquisa poderão auxiliar no processo de gestão nas questões da assistência à mulher.

Assumimos o compromisso de manter sigilo sobre sua identidade, assim como garantimos que o desenvolvimento da pesquisa não trará nenhum prejuízo às suas atividades laborais. Você não irá receber nenhuma remuneração pela sua participação, assim como não terá nenhum gasto. Garantimos acesso a esclarecimento do andamento do estudo em qualquer etapa. Também será respeitada sua decisão de desistir da participação, no momento que desejar, mesmo que já tenha iniciado. Sua recusa ou desistência na participação da pesquisa não irá interferir nas suas atividades.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Profa. Dra. Ana Maria de Almeida no endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900. Campus Universitário. Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto-SP. CEP 14040-902. Fone: (16) 3602 3432. E-mail: amalmeid@eerp.usp.br. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, no mesmo endereço ou no Fone (16) 3602.3386, no horário das 8 às 17 horas.

Eu, _____,

RG _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e uma via deste termo, assinada pela pesquisadora, ciente dos meus direitos concordo em participar da pesquisa.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

Assinatura da pesquisadora

Assinatura da informante

ANEXO A- Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da EERP/ USP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 197/2013

Ribeirão Preto, 07 de Agosto de 2013.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 164ª Reunião Ordinária, realizada em 07 de agosto de 2013.

Protocolo CAAE: 16982513.7.1001.5393

Projeto: Ações no Controle do Câncer de Mama: Identificação das Práticas na Atenção Básica.

Pesquisadores: Ana Maria de Almeida

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Ana Maria de Almeida

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto- SP.

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

OF. 1632/13 - GS
RACG/racg

Ribeirão Preto, 24 de abril de 2013.

Senhora Orientadora,

Declaro ter lido e concordado com o parecer ético emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta Secretaria Municipal da Saúde está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do Projeto de Pesquisa "AÇÕES PARA O CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA NA ATENÇÃO BÁSICA, NOS MUNICÍPIOS DE SÃO PAULO, DIADEMA E RIBEIRÃO PRETO" e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nele recrutados, dispondo da infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Solicito que os pesquisadores encaminhem à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

STÊNIO CORREIA MIRANDA
 Secretário Municipal da Saúde

Ilustríssima Senhora
 Profª Drª Ana Maria de Almeida
 Orientadora do Projeto de Pesquisa
 UERP-USP
 Nesta

Secretaria Municipal da Saúde
 Rua Presidente da Moraes, 453 – Centro – Ribeirão Preto/SP
 Fone: 3671.3306 / Fax: 3641.4914 / e-mail: g@saude.com.br