**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

EDILAINE ASSUNÇÃO CAETANO DE LOYOLA

**Vigilância à Saúde: práticas no controle do câncer de mama identificadas
pelos gestores da Atenção Primária à Saúde**

RIBEIRÃO PRETO

2017

EDILAINE ASSUNÇÃO CAETANO DE LOYOLA

**Vigilância à Saúde: práticas no controle do câncer de mama identificadas
pelos gestores da Atenção Primária à Saúde**

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

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

Orientadora: Marislei Sanches Panobianco

RIBEIRÃO PRETO

2017

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

Catálogo da Publicação
Serviço de Documentação de Enfermagem
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo

Loyola-Caetano, Edilaine Assunção

Vigilância à Saúde: práticas no controle do câncer de mama identificadas pelos gestores da Atenção Primária à Saúde. Ribeirão Preto-SP, 2017.

147 p.: il. ; 30cm

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Orientadora: Panobianco, Marislei Sanches.

1. Neoplasias da mama. 2. Vigilância. 3. Saúde da Mulher. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Gestão em Saúde.

LOYOLA-CAETANO, Edilaine Assunção

Vigilância à Saúde: práticas no controle do câncer de mama identificadas pelos gestores da
Atenção Primária à Saúde

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

Aprovado em: ____/____/____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe, exímia senhora Edir T. Assunção Caetano, mulher forte e de bom coração, por ter me educado, dado valores e princípios e por ter abdicado de si, por mim. Minha eterna gratidão.

Aos meus filhos, Carlos Vicente e Pedro Henrique, que, em meio à trajetória deste curso, vieram ao mundo para agregar muito mais sentido a tudo isso e para iluminar plenamente a minha vida.

À minha enteada Isabella, por me proporcionar tantos momentos de orgulho, de alegria e de sincero amor; pois, a família que formamos não precisa de laços consanguíneos para ser verdadeira.

Ao meu esposo, companheiro, amigo, confidente e inspirador, Sérgio, que sempre me incentivou, me amparando nos momentos difíceis e vibrando pelas minhas vitórias. Obrigada pela paciência e pela compreensão. Sem você nada seria possível.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Marislei Sanches Panobianco, por ter me acompanhado com muita confiança em meu potencial; por nossas relações terem se estreitado, sem, contudo, deixar de ter a consciência das responsabilidades. Muito obrigada pela acolhida, pelos ensinamentos, pela compreensão nos momentos que precisei. Obrigada por ser a minha orientadora!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, meu refúgio, onde encontrei forças para não desanimar e para seguir em frente;

Ao meu pai, Sr. José Vicente Caetano (*in memorian*), homem forte e labutador, que me ensinou o valor do trabalho e da dedicação;

A todos os participantes do Projeto Multicêntrico “Ações no controle do Câncer de Mama: identificação das práticas na Atenção Básica” pelo compartilhamento de anseios e de saberes e pela ajuda mútua;

À Prof^a Dr^a Maria Gaby Gutiérrez, pelos infinitos ensinamentos e pela paciência;

Às colegas do “Grupo Gestor”, prof.^a Dr^a Elisabeth Niglio e prof.^a Dr^a Rosely Goldman por tantos conhecimentos compartilhados;

À estimada professora Dr^a Ione Carvalho Pinto pelas riquíssimas sugestões no Exame de Qualificação;

Às professoras Dr^a Ana Maria de Almeida e Dr^a Thaís de Oliveira Gozzo, pelos ricos momentos de aprendizagem no grupo de estudos;

À Prof^a Dr^a Clícia Valim Cortes Gradim, por sempre me acompanhar e fazer acreditar que com trabalho e dedicação tudo se pode alcançar;

A Alex Cassenote, Jonas Bodini e Roberta Bessa pelo auxílio com a descrição dos resultados;

Aos gestores, imprescindíveis na execução e na conclusão da pesquisa, pelo acolhimento e por compartilhar comigo seus saberes e suas vivências;

Aos participantes do Programa de Enfermagem em Saúde Pública e Grupo de Pesquisa Enfermagem, Mulher e Saúde, por apontar tantas possibilidades construcionistas que contribuíram com o saber fazer pesquisa.

Aos meus irmãos Cristiane, pelas orações e por não me deixar desanimar; Kátia, pelo exemplo de garra e pela escuta; Ronan, pelo carinho e torcida;

Às minhas sobrinhas Jessica e Ana Laura, que me enchem de luz e de felicidade.

À minha cunhada Yolanda, sempre confiante em minha dedicação;

À querida Amanda Silva, que, com muito amor, cuidou dos meus filhos e do meu lar, para que este trabalho fosse possível;

Às companheiras e companheiros de pós-graduação Paola, Mariana, Simone, Felipe, Leonardo, Michelly, pela amizade, pelo companheirismo e pelo respeito;

Aos funcionários do Serviço de Pós-graduação da EERP-USP, pelos atendimentos prestados com excelência e simpatia. Em especial, à Shirley. Como você foi fundamental para esta conquista, muito obrigada!

Às minhas queridas amigas Grazielle, Natália e Samara, pela torcida, por me escutarem e auxiliarem nos momentos difíceis e por compartilharem de minhas alegrias.

Aos colegas de trabalho, Adriana Ponciano, Andrea Coelho, Andrea Majella, Carla Toledo, Ciderleia Castro, Grazielle Miranda, Hélder Ribeiro, Maria de Lourdes Negrão, Melissa Vieira, Miriam Graciano e Silvana Novais por tornar prazerosos os momentos de labuta e pela amizade e incentivo.

À querida Beatriz Eliseu Ferreira, graduada em enfermagem pela EERP/USP, com quem pude compartilhar valorosa troca de conhecimentos durante sua Iniciação Científica;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo apoio financeiro;

Aos demais familiares, em especial a Tia Conceição, por sempre estarem presentes em meu coração.

“Ainda que eu falasse as línguas dos homens e dos anjos, e não tivesse amor, seria como o metal que soa ou como o sino que tine” (...)

“Porque agora vemos por espelho em enigma, mas então veremos face a face; agora conheço em parte, mas então conhecerei como também sou conhecido”.

“Agora, pois, permanecem a fê, a esperança e o amor, estes três, mas o maior destes é o amor”.

I Coríntios 13: 1, 12,13

RESUMO

LOYOLA-CAETANO, E. A. **Vigilância à Saúde: práticas no controle do câncer de mama identificadas por gestores da Atenção Primária à Saúde.** 2017. (147p). Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

O objetivo deste estudo foi analisar as práticas no controle do câncer de mama identificadas pelos gestores da Atenção Primária à Saúde (APS). Caracterizou-se como quantitativo, descritivo, transversal. Participaram 24 gerentes de Unidades Básicas de Saúde (UBS), de Ribeirão Preto, SP, de ambos os sexos. A coleta de dados aconteceu entre dezembro de 2013 e agosto de 2014, utilizando formulários eletrônicos em *smartphones* ou formulários impressos, com posterior digitação. Utilizaram-se os softwares IBM SPSS 20 e Excel 2010. A análise foi descritiva, baseada nos atributos de estrutura e processo do Modelo Donabedian e do referencial teórico da Vigilância à Saúde. Quinze participantes (62,5%) eram gerentes de unidades tradicionais; 5 (20,8%) de unidades com Estratégia Saúde da Família (ESF) e 4 (16,7%) de unidades mistas. Metade deles tinha até cinco anos de atuação na unidade e, 12 (50,0%) eram especialistas. Quinze (62,5%) receberam capacitação sobre as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o controle do câncer de mama; isso há menos de cinco anos. Dez unidades (41,6%) tinham até dez anos de funcionamento; 15 (62,5%) possuíam até cinco consultórios; 18 (75,0%) possuíam consultórios de enfermagem; 18 (75,0%) possuíam espaço para reuniões educativas e todas possuíam sala equipada e com espaço para coleta de papanicolaou. Das 17 equipes de Saúde da Família (eSF), seis (35,3%) estavam incompletas. Sete (77,8%) contavam com médico ginecologista/obstetra. Dentre as 18 (94,7%) sem ESF, 17 (94,4%) possuíam profissional médico e uma (5,6%) médico e enfermeiro especialista. Em 16 (84,2%) unidades, havia até cinco enfermeiros. Todos os gestores informaram que os serviços de referência de suas áreas de abrangência para realização da mamografia (MMG) e da ultrassonografia (USG) de mamas são públicos; esses exames não eram realizados nas UBS; elencaram entraves na realização dos mesmos. Sobre os sistemas informatizados, a maioria das UBS têm implantado o SIAB [20 (83,3%)], SISMAMA [(14 (58,3%)] e SISCAN [22 (91,7%)]. Os principais problemas relatados para a utilização dos sistemas foram a rede de internet precária, muitos itens a serem preenchidos e poucos recursos humanos. Dezesseis (66,7%) gestores informaram que tais recursos tecnológicos permitem a programação das ações, especialmente as educativas. Sobre a capacitação dos profissionais de saúde das unidades com relação às ações de controle de neoplasias mamárias, a maioria dos funcionários foi capacitada [22 (91,7%)], sendo 12 (54,5%) há menos de seis meses. Todos os gestores afirmaram, acerca das ações para o controle do câncer de mama: prioridade no encaminhamento de mulheres com MMG alterada e ECM alterado, e solicitação de exame de MMG para mulheres do grupo de alto risco. Quanto aos entraves na execução das práticas para o controle do carcinoma mamário, 13 (54,2%) gestores apontaram dificuldades enfrentadas pelos serviços, com predomínio de falta de profissionais de saúde e demanda excessiva. Conclui-se que apesar de grande parte dos gestores identificarem a importância das ações educativas, há necessidade de maior implantação das mesmas, na medida em que o enfoque é curativo. Também, são necessários maiores investimentos para incrementar as medidas de rastreamento e o acesso aos exames de rastreio.

Palavras-chave: Neoplasias da mama. Vigilância. Saúde da Mulher. Atenção Primária à Saúde. Gestão em Saúde.

ABSTRACT

LOYOLA-CAETANO, E. A. **Health Surveillance: practices in the control of breast cancer identified by Primary Health Care managers**. 2017. (147p). Doctoral Dissertation - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

This study aimed to analyze the practices in breast cancer control identified by Primary Health Care managers. This is a quantitative, descriptive and cross-sectional study with the participation of twenty-four managers from Basic Health Units (BHU) of the city of Ribeirão Preto, SP, of both genders. Data collection was performed from December 2013 to August 2014, using electronic forms on smartphones or printed forms, with subsequent typing. The software IBM SPSS 20 and Excel 2010 were used. The analysis was descriptive, based on the structure and process attributes of Donabedian's model and the theoretical reference of Health Surveillance. Fifteen participants (62.5%) were managers of traditional units; five (20.8%) of units with Family Health Strategy (FHS) and four (16.7%) of mixed units. Half of them had up to five years of service in the unit and twelve (50.0%) were specialists. Fifteen (62.5%) received training on the actions recommended by the Ministry of Health for the control of breast cancer; regarding less than five years. Ten units (41.6%) had up to ten years of operation; fifteen (62.5%) had up to five offices; eighteen (75.0%) had nursing offices; eighteen (75.0%) had space for educational meetings; and all of them had an equipped room with space for papanicolaou collection. Related to the seventeen Family Health teams (HFT), six (35.3%) were incomplete. Seven (77.8%) had a gynecologist/obstetrician. Among the eighteen (94.7%) without FHS, seventeen (94.4%) had a medical professional and one (5.6%) had a physician and specialist nurse. In sixteen units (84.2%), there were up to five nurses. All managers reported that referral services of their coverage areas for mammography (MMG) and for breast ultrasound (USG) are public; these exams were not performed in the BHU; then they reported obstacles in conducting the exams. Regarding the computerized systems, most BHU have implemented SIAB [20 (83.3%)], SISMAMA [(14 (58.3%)] and SISCAN [22 (91.7%)].) The main problems reported for the use of the systems were the precarious internet network, many items to be filled and few human resources. Sixteen managers (66.7%) reported that such technological resources allow the programming of actions, especially educational ones. Considering the training of health professionals of the units related to control actions of breast neoplasms, the majority were trained [22 (91.7%)], of which twelve (54.5%) were less than a period of six months. All the managers affirmed about the actions for the control of breast cancer: priority in the referral and consultation of women with altered MMG and ECM, and request of MMG exam for women of the high-risk group. Regarding the obstacles in the execution of practices for the control of breast carcinoma, thirteen managers (54.2%) pointed out difficulties faced by the services, with a predominance of lack of health professionals and excessive demand. It is concluded that although many managers identify the importance of educational actions, there is a need for greater implementation of these actions, insofar as the approach is curative. In addition, more investment is needed to increase screening measures and to the access to screening tests.

Keywords: Breast Neoplasms. Surveillance. Women's Health. Primary Health Care. Health Management

RESUMEN

LOYOLA-CAETANO, E. A. **Vigilancia a la Salud: prácticas en el control del cáncer de mama identificadas por gestores de la Atención Primaria a la Salud.** 2017. (147p). Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

El objetivo de este estudio fue analizar las prácticas en el control del cáncer de mama identificadas por los gestores de la Atención Primaria a la Salud (APS). Se caracterizó como cuantitativo, descriptivo, transversal. Participaron 24 gerentes de Unidades Básicas de Salud (UBS), de Ribeirão Preto, SP, de ambos sexos. La recolección de datos ocurrió entre diciembre de 2013 y agosto de 2014, utilizando formularios electrónicos en smartphones o formularios impresos, con posterior digitación. Se utilizaron los softwares IBM SPSS 20 y Excel 2010. El análisis fue descriptivo, basado en los atributos de estructura y proceso del Modelo Donabediano y del referencial teórico de la Vigilancia a la Salud. Quince participantes (62,5%) eran gerentes de unidades tradicionales; 5 (20,8%) de unidades con la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) y 4 (16,7%) de unidades mixtas. La mitad de ellos tenía hasta cinco años de actuación en la unidad y 12 (50,0%) eran especialistas. Quince (62,5%) recibieron capacitación sobre las acciones preconizadas por el Ministerio de Salud para el control del cáncer de mama hace menos de cinco años. Diez unidades (41,6%) tenían hasta diez años de funcionamiento; 15 (62,5%) tenían hasta cinco consultorios; 18 (75,0%) poseían consultorios de enfermería; 18 (75,0%) poseían espacio para reuniones educativas y todas poseían sala equipada y con espacio para la recolección de papanicolaou. De los 17 equipos de Salud de la Familia (eSF), seis (35,3%) estaban incompletos. Siete (77,8%) contaban con médico ginecólogo / obstetra. Entre las 18 (94,7%) sin ESF, 17 (94,4%) poseían profesional médico y una (5,6%) médico y enfermero especialista. En 16 (84,2%) unidades había hasta cinco enfermeros. Todos los gestores informaron que los servicios de referencia de sus áreas de alcance para la realización de la mamografía (MMG) y de la ultrasonografía (USG) de mama son públicos; estos exámenes no se realizaban en las UBS; y fueron descritas las dificultades para su realización. En los sistemas informatizados, la mayoría de las UBS han implantado el SIAB [20 (83,3%)], SISMAMA [(14 (58,3%)] y SISCAN [22 (91,7%)]. Los principales problemas reportados para la utilización de los sistemas fueron la red de internet precaria, muchos aspectos a ser detallados y pocos recursos humanos. Dieciséis (66,7%) gestores informaron que tales recursos tecnológicos permiten la programación de las acciones, especialmente las educativas. En cuanto a la capacitación de los profesionales de salud de las unidades con relación a las acciones de control de neoplasias de mama, la mayoría de los empleados fueron capacitados [22 (91,7%)], siendo 12 (54,5%) hace menos de seis meses. Todos los gestores afirmaron acerca de las acciones para el control del cáncer de mama: prioridad en el encaminamiento de mujeres con MMG alterada y ECM alterado, y solicitud de examen de MMG para mujeres del grupo de alto riesgo. En cuanto a los obstáculos en la aplicación de las prácticas para el control del carcinoma mamario, 13 (54,2%) gestores apuntaron dificultades enfrentadas por los servicios, con predominio de falta de profesionales de salud y demanda excesiva. Se concluye que a pesar de que gran parte de los gestores identifica la importancia de las acciones educativas, hay necesidad de mayor implantación de las mismas, en la medida en que el enfoque es curativo. Además, son necesarias grandes inversiones para aumentar las medidas de rastreo e acceso a los exámenes de rastreo.

Palabras-clave: Neoplasias de la mama. Vigilancia. Salud de la Mujer. Atención Primaria de Salud. Gestión en Salud.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos principais problemas identificados pelos gestores na utilização dos sistemas informatizados implantados na UBS. Ribeirão Preto/SP, 2014.....	77
Tabela 2 -	Caracterização do planejamento de ações para o controle do câncer de mama por gestores das unidades básicas de saúde. Ribeirão Preto, SP, dez. 2013 a ago. 2014	78
Tabela 3 -	Caracterização das ações para o controle do câncer de mama desenvolvidas nas unidades básicas de saúde, e as dificuldades na sua realização, de acordo com os gestores. Ribeirão Preto, SP, dez. 2013 a ago. 2014	80

LISTA DE FIGURA

Figura 1 -	Fluxograma de seleção dos participantes do estudo	69
------------	---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Distribuição das Unidades de saúde e equipes de ACS/SF por distrito de saúde e modalidade da atenção básica e unidades selecionadas para este estudo. Ribeirão Preto, SP, dezembro de 2013 a agosto de 2014.....	67
Quadro 2 -	Descrição das variáveis incluídas no estudo segundo as dimensões de estrutura e processo.....	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AEM	Autoexame das mamas
APS	Atenção Primária à Saúde
BIRADS	Breast Imaging-Reporting and Data System
CADWEB	Cadastro Nacional de Usuários do SUS
CAB nº 13	Caderno da Atenção Básica nº 13
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Colegiado Intergestores Regional
CMSC	Centro Médico Social Comunitário
CNDM	Conselho Nacional de Direitos da Mulher
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
EUA	Estados Unidos da América
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
FEBRASGO	Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
GRADE	<i>Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation</i>
HCB	Hospital do Câncer de Barretos
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HERP	Hospital Estadual de Ribeirão Preto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MATER	Maternidade do Complexo do Aeroporto
MBE	Medicina Baseada em Evidências
MMG	Mamografia
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NETB	National Evaluation Team for Breast Cancer Screening
NETC	National Expert and Training Center

NOB	Norma Operacional Básica
NSH	Sistema Nacional de Saúde Pública
NT	Nota Técnica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAB	Política nacional de Atenção Básica
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PNaPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNQM	Programa Nacional de Qualidade em Mamografia
PSE	Programa Saúde na Escola
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RHC	Registro Hospitalar de Câncer
RNM	Ressonância magnética
SAS	Secretaria de Assistência em Saúde
SAMU	Serviço de atendimento móvel de urgência
SBM	Sociedade Brasileira de Mastologia
SDM	Serviço de Referência para o Diagnóstico de Câncer de Mama
SES	Secretaria Estadual de Saúde
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
SOGESP	Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Estado de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBDS	Unidades Básicas Distritais de Saúde
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	20
2 OBJETIVOS	30
2.1 Objetivo geral	30
2.2 Objetivos específicos	30
3 REVISÃO DE LITERATURA	31
3.1 Panorama mundial: programas internacionais de controle do câncer de mama	31
3.2 Câncer de mama na América Latina	34
3.3 Histórico das políticas de controle do câncer de mama no Brasil	36
3.4 Panorama do controle do câncer de mama no município de Ribeirão Preto	46
3.5 Estrutura e processo da Atenção Primária à Saúde no Brasil e a atuação do gestor no controle do carcinoma mamário	47
4 REFERENCIAL TEÓRICO	52
5 MÉTODO	61
5.1 Referencial metodológico	61
5.2 Tipo de estudo	63
5.3 Local de estudo	64
5.4 Amostragem	68
5.5 Participantes do estudo/Critérios de inclusão e exclusão	68
5.6 Instrumento de coleta de dados	69
5.7 Coleta de dados	70
5.8 Análise dos dados	71
5.9 Aspectos éticos	71
6 RESULTADOS	72
6.1 Atributos da estrutura	72
6.1.1 Atributos da estrutura relacionados à formação/qualificação e tempo de atuação do gestor, e capacitação do gerente quanto às ações preconizadas para o controle do câncer de mama	72
6.1.2 Atributos da estrutura relacionados às disposições físicas e de equipamentos	72
6.1.3 Atributos da estrutura referentes ao dimensionamento e qualificação da equipe	73

6.1.4 Dimensões da estrutura referentes aos fluxos de exames de MMG e USG de mamas ...	74
6.1.5 Atributos da estrutura referentes à presença e tempo de funcionamento de recursos logísticos.....	75
6.1.6 Dimensões da estrutura relacionadas à oferta de capacitação dos profissionais de saúde e disponibilidade dos protocolos na UBS.....	75
6.2 Atributos do processo	76
6.2.1 Dimensões do processo relacionadas aos fatores que dificultam a realização e avaliação, pelo médico, da MMG e USG das mamas	76
6.2.2 Atributos do processo relacionados aos problemas encontrados na utilização dos sistemas informatizados.....	77
6.2.3 Dimensões do processo referentes à programação das ações para o controle do câncer de mama e formas de planejamento quando os sistemas informatizados não são utilizados.....	78
6.2.4 Atributos do processo relacionados às ações desenvolvidas na UBS para o controle do câncer de mama	79
7 DISCUSSÃO	82
7.1 Atributos da estrutura	82
7.1.1 Atributos da estrutura relacionados à formação/qualificação e tempo de atuação do gestor, e capacitação do gerente quanto às ações preconizadas para o controle do câncer de mama	82
7.1.2 Atributos da estrutura relacionados às disposições físicas e de equipamentos	84
7.1.3 Atributos da estrutura referentes ao dimensionamento e qualificação da equipe.....	87
7.1.4 Dimensões da estrutura referentes aos fluxos de exames de MMG e USG de mamas ...	89
7.1.5 Atributos da estrutura referentes à presença e tempo de funcionamento de recursos logísticos.....	94
7.1.6 Dimensões da estrutura relacionadas à oferta de capacitação dos profissionais de saúde e disponibilidade dos protocolos na UBS.....	98
7.2 Atributos do processo	100
7.2.1 Dimensões do processo relacionadas aos fatores que dificultam a realização e a avaliação, pelo médico, da MMG e da USG das mamas	100
7.2.2 Atributos do processo relacionados aos problemas encontrados na utilização dos sistemas informatizados.....	103
7.2.3 Dimensões do processo referentes à programação das ações para o controle do câncer de mama e formas de planejamento quando os sistemas informatizados não são utilizados.....	106
7.2.4 Atributos do processo relacionados às ações desenvolvidas na UBS para o controle do câncer de mama	109
8 CONCLUSÃO.....	116

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
REFERÊNCIAS	122
ANEXOS	141
APÊNDICES	143

1 INTRODUÇÃO

A neoplasia mamária maligna é a mais incidente na população feminina mundial e brasileira, excetuando-se os casos de câncer de pele não melanoma. No Brasil, para o biênio 2016-2017, foram estimados 57.960 casos novos de câncer de mama e uma taxa de incidência de 57 casos por 100 mil mulheres (BRASIL, 2016a). No que se refere à mortalidade, é a quinta causa de morte por câncer em geral e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres. A taxa de mortalidade por câncer de mama ajustada pela população mundial apresenta uma curva ascendente e representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira, com 13,03 óbitos/100.000 mulheres em 2014. As regiões Sudeste e Sul são as que apresentam as maiores taxas, com 14,21 e 14,60 óbitos/100.000 mulheres em 2014, respectivamente (BRASIL, 2017).

No município paulista de Ribeirão Preto, local onde foi realizado este estudo, o coeficiente de mortalidade por câncer de mama tem apresentado ascensão. Em 2004, último dado disponível, o coeficiente foi de 17,30 por 100 mil mulheres, enquanto que no estado de São Paulo foi de 14,08 (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

Aumentos da incidência e de mortalidade também foram observados no estado de São Paulo. Entre os triênios de 2000-2002 e 2008-2010, ocorreu um aumento de 43% na média anual de casos de câncer mamário informados no Registro Hospitalar de Câncer (RHC), passando de 4,3 mil para 6,2 mil casos (MENDES; CECÍLIO; OSIANO, 2013). Em relação à mortalidade, a média anual de óbitos por câncer de mama em mulheres aumentou 24% entre os triênios de 1999-2001 e 2009-2011, elevando-se de 2.738 para 3.405. A taxa bruta de mortalidade (óbitos/100 mil mulheres) por neoplasia mamária no sexo feminino no estado apresentou uma elevação de 11% na década considerada. Em Ribeirão Preto, SP, o coeficiente de mortalidade por câncer de mama também vem aumentando. O número de óbitos passou de 78 no triênio 1999-2001 (taxa bruta de 13,6) para 93 no triênio 2009-2011, (taxa bruta de 13,7), uma variação de 1,2% (MENDES; CECÍLIO; OSIANO, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que 40% dessas mortes são evitáveis, pois, dentre os fatores relacionados à carcinogênese, 80% são externos, portanto, modificáveis (WHO, 2012).

Nos países desenvolvidos, apesar do aumento da incidência, há um declínio na mortalidade, alcançado por meio de melhoria das tecnologias de tratamento e aliado a uma efetividade na detecção precoce (YOULDEN et al., 2012). Essa redução nas taxas de mortalidade é atribuída à maior conscientização sobre a doença, garantia de acesso aos

cuidados de saúde e adoção de políticas públicas para detecção do tumor em fase inicial (AZEVEDO e SILVA et al., 2014). Por outro lado, nos países em desenvolvimento, as taxas de mortalidade continuam a aumentar, como é o exemplo do Brasil (LEÃO et al., 2012; CALEFFI et al., 2009).

A situação no país já foi bastante crítica, quando 60 a 70% das mulheres eram diagnosticadas tardiamente, as possibilidades de cura eram menores e a retirada total da mama, muitas vezes, era a única opção de tratamento (BARRETO; MENDES; THULER, 2012).

Nos dias atuais, esses números são menores, mas a situação ainda é preocupante. Entre as razões para o diagnóstico tardio, encontram-se a falta de programas de rastreio estruturados, a falta de acesso aos serviços de saúde para uma grande parte da população brasileira e um longo período de espera entre o diagnóstico e o tratamento (TRAMONTE et al., 2016; MATOS; PELLOSO; CARVALHO, 2011; CALEFFI et al., 2009).

As ações de rastreamento para o câncer de mama, no Brasil, ainda estão em processo de organização, pois as definições políticas nesta área são relativamente recentes e a oferta de mamografia (MMG) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), apesar de ter aumentado nos últimos anos, ainda é limitada (OHL et al., 2016). Além disso, a oferta de tratamento se restringe, muitas vezes, aos grandes centros urbanos e a viabilização do acesso a eles é um desafio para as entidades governamentais, pois, para muitas mulheres, problemas de ordem financeira ou operacional dificultam sua adesão aos programas de rastreamento (LOURENÇO; MAUAD; VIEIRA, 2013).

Barros; Uemura; Macedo (2012) realizaram uma revisão para identificar os fatores associados ao atraso no diagnóstico e no tratamento do câncer de mama, os quais estão relacionados à alta taxa de mortalidade da doença em países em desenvolvimento. Foram analisados 40 artigos nos quais os autores encontraram associação do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama com tumor de maior tamanho, comprometimento de linfonodos axilares, estágio mais avançado e menor sobrevida. De igual forma, foi identificada relação do atraso com a cor negra, com baixo nível de instrução e com menor renda.

Nesse contexto, os autores sugeriram que é imprescindível melhorar a organização dos serviços de saúde, promovendo maior educação da população sobre o câncer de mama, implementando um programa de rastreamento efetivo, com uma assistência primária à saúde que tenha agilidade no encaminhamento dos casos suspeitos para outros pontos de atenção.

Ademais, é necessário adequar a realização dos métodos diagnósticos e de tratamento (BARROS; UEMURA; MACEDO, 2012).

Assim, torna-se evidente a importância dessa neoplasia no contexto das políticas públicas de saúde, além de investimentos em ações de prevenção, de detecção precoce e de implementação de programas efetivos no controle da doença, os quais são apontados como medidas fundamentais na redução desse agravo (AZEVEDO e SILVA, et al., 2014; BRASIL, 2014a; SMITH, 2011; WHO, 2007).

As ações de controle do câncer de mama estão definidas no Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama e englobam a promoção da saúde; estratégias de prevenção, incluindo a detecção precoce; tratamento em tempo oportuno e cuidados paliativos (BRASIL, 2011a).

As ações de promoção da saúde são aquelas voltadas para os determinantes sociais do processo saúde-doença, tendo uma atuação inespecífica, objetivando promover qualidade de vida à população, ao propiciarem a melhora do estado global de saúde dos indivíduos, tais como a manutenção do peso corporal e a prática regular de atividade física, com vistas à redução de riscos de adoecimentos e agravos (BRASIL, 2011a). Portanto, consistem na criação de condições favoráveis para que o ser humano possa resistir ao ataque dos mais variados tipos de doenças, sendo, desse modo, o primeiro nível de prevenção (MEDEIROS, 2012). Seu conceito moderno inclui questões relacionadas às condições e aos modos de vida das populações (DEMARZO, 2012).

As ações de prevenção primária para o câncer de mama são consideradas um desafio, devido ao fato de não haver proteção específica para a doença e de esta apresentar vários fatores de risco que podem ser hereditários ou relacionados aos modos de vida e às características genéticas específicas do tumor (OHL et al., 2016).

Dentre esses elementos, está bem estabelecido que fatores de risco relacionados à vida reprodutiva da mulher, tais como menarca precoce, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal estão envolvidos no desenvolvimento do câncer de mama. Além desses, a idade continua sendo um dos mais importantes fatores de risco. As taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos, e posteriormente, ocorrem de forma mais lenta, o que tem sido atribuído à menopausa (BRASIL, 2009).

Também a exposição à radiação ionizante, mesmo em baixas doses, aumenta o risco de se desenvolver câncer de mama, particularmente durante a puberdade; a ingestão regular de

bebida alcoólica, a obesidade e o sedentarismo. A prática de atividade física e o aleitamento materno exclusivo são considerados fatores protetores (BRASIL, 2013a; 2010a).

A prevenção secundária dessa patologia vem a ser a maneira mais eficaz para o controle do carcinoma mamário, permanecendo como a principal estratégia para melhorar a sobrevida e para diminuir a mortalidade pela doença, contemplada pela detecção precoce que se divide em diagnóstico precoce e rastreamento (BRASIL, 2011a; WHO, 2010).

Para a saúde pública, portanto, as intervenções são direcionadas à detecção precoce, com garantia de recursos diagnósticos adequados e tratamentos oportunos (BRASIL, 2004a). A detecção precoce tem como objetivo estimular a conscientização dos sinais precoces de problemas de saúde e rastrear pessoas sob risco de modo a detectar um problema de saúde em fase inicial (BRASIL, 2010a).

O benefício da detecção precoce do câncer de mama é a base para os programas de todo o mundo para reduzir a morbidade e mortalidade relacionadas à doença (AZEVEDO e SILVA et al., 2014). Esses programas vão desde os educacionais voltados para as mulheres e os profissionais de saúde, a programas de rastreio organizados ou oportunistas que visam grupos específicos de mulheres em idade para a realização de MMG (SMITH, 2011).

De acordo com a OMS, existem dois componentes principais nos programas de detecção precoce para o câncer: o **diagnóstico precoce** e o **rastreamento**. O primeiro é a consciência dos sinais e sintomas precoces em populações sintomáticas, a fim de facilitar o diagnóstico e o tratamento precoce (WHO, 2007). A estratégia de diagnóstico precoce do câncer de mama mais aceita mundialmente nos últimos anos é formada pelo tripé: população alerta para os sinais e sintomas suspeitos de câncer; profissionais de saúde capacitados para a avaliação dos casos suspeitos; sistemas e serviços de saúde preparados para garantir a confirmação diagnóstica oportuna, com qualidade e garantia da integralidade da assistência em toda a linha de cuidado (BRASIL, 2015a). Já o **rastreamento**, é a aplicação sistemática de teste em população presumivelmente assintomática, que se destina a identificar indivíduos com uma anormalidade sugestiva de câncer (MORAES et al., 2016; WHO, 2007).

O rastreamento é uma estratégia dirigida às mulheres na faixa etária em que o balanço entre benefícios e riscos do rastreamento é mais favorável, com maior impacto na redução da mortalidade. Os benefícios são o melhor prognóstico da doença, com tratamento mais efetivo e menor morbidade associada, enquanto os riscos ou malefícios incluem os resultados falso-positivos e falso-negativos, que geram ansiedade ou falsa tranquilidade à mulher e o risco da exposição à radiação ionizante, se excessiva ou mal controlada (BRASIL, 2013a).

O rastreamento pode ser oportunístico ou organizado. No primeiro, o exame de rastreio é ofertado às mulheres que oportunamente chegam às unidades de saúde, enquanto o modelo organizado é dirigido às mulheres elegíveis de uma dada população que são formalmente convidadas para os exames periódicos. A experiência internacional tem demonstrado que esse modelo apresenta melhores resultados e menores custos (BRASIL, 2013a).

No Brasil, o programa para o rastreamento do câncer mamário tem caráter oportunístico e cada localidade vem desenvolvendo ações isoladas no que diz respeito ao controle do câncer de mama (MORAES et al., 2016; SILVA et al., 2013; MARCHI; GURGEL, 2010). O estado de São Paulo foi o pioneiro no desenvolvimento de mutirões oportunísticos com o intuito de reduzir o tempo de espera pelo exame de mamografia (GEBRIM, 2009).

Algumas outras ações têm sido empreendidas pelo território nacional e merecem ser citadas; um exemplo delas é a parceria entre Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) e o município de Curitiba que iniciou, em 2009, a implementação do Programa Mulher Curitibana, com o objetivo de fortalecer as ações de rastreamento do câncer de mama, entre outras ações relacionadas ao cuidado integral à mulher (BRASIL, 2011b).

Já o Hospital do Câncer de Barretos (HCB), SP, iniciou, em 2003, um programa de rastreamento mamográfico para atingir uma população de 54.238 mulheres entre 40-69 anos. O rastreio aumentou o número de casos em estádios iniciais (estádio 0-1), demonstrando a efetividade das medidas de prevenção secundária, como é o caso da MMG (MATTOS, 2011).

A MMG é considerada o método padrão-ouro preconizado para o rastreamento no Brasil, sendo que a recomendação para as mulheres de 50 a 69 anos é a realização deste exame a cada dois anos (BRASIL, 2015a). De acordo com revisões sistemáticas publicadas, o impacto do rastreamento mamográfico na redução da mortalidade por câncer de mama pode chegar a 25% (BILLER-ANDORNO; JUNI, 2014; GØTZSCHE; JORGENSEN, 2013; USPTF SBC, 2009).

Para as mulheres de 40 a 49 anos, a OMS afirma que a inclusão desse grupo no rastreamento mamográfico tem hoje limitada evidência de redução da mortalidade (WHO, 2008). Uma das razões é a menor sensibilidade do exame de MMG em mulheres na pré-menopausa pela maior densidade mamária.

No entanto, ainda assim existem controvérsias quanto à recomendação do rastreio com mamografia, pois há chances de falso-positivos ou detecção de tumores que teriam poucas chances de progredir, o que gera ansiedade e sofrimento desnecessários a muitas mulheres.

Frente a essas contestações, devem-se envidar esforços no intuito de se implantar programas de rastreamentos organizados, visto que nessa modalidade há uma maior sistematização das ações com priorização das mulheres com alto risco para a doença (MORAES et al., 2016). Sabe-se que os programas de rastreamento organizado, predominantes nos países desenvolvidos, apresentam maiores potenciais de redução da morbimortalidade e evitam triagens desnecessárias (AZEVEDO e SILVA, et al., 2014).

O Exame Clínico das Mamas (ECM) anual e a MMG estão indicados a partir dos 35 anos de idade para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama: mulheres com história familiar de pelo menos um parente de 1º grau com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade; de pelo menos um parente de 1º grau com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária; de câncer de mama masculino e mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*. Entretanto, o câncer de mama de caráter hereditário corresponde a cerca de 5-10% do total de casos (BRASIL, 2004a; 2009).

O INCA destaca, ainda, que o exame das mamas realizado pela própria mulher (autoexame) não substitui o físico realizado pelo profissional de saúde, treinado para tal atividade, mas que, embora não exista evidência científica de seu impacto sobre a mortalidade pelo câncer de mama, seu estímulo deve fazer parte das ações de educação para a saúde que contemplem o conhecimento do corpo (BRASIL, 2004a; 2015).

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, 2004a).

Já a ressonância magnética (RNM), é um método que possibilita investigar a vascularização das lesões por meio da administração de contraste intravenoso. Esse 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).

Quando o câncer de mama é diagnosticado e são necessários os tratamentos, cabe citar que, em relação a estes, muito se tem avançado; no entanto, as terapias tradicionais utilizadas como a quimioterapia, a radioterapia e a hormonioterapia, apresentam eventos adversos

indesejados como, por exemplo, náusea, vômito, inapetência, palidez, alterações no peso, fadiga, entre outros (BONASSA; GATO, 2012).

As cirurgias, às vezes mutiladoras, podem causar diversas complicações que chegam a prejudicar as atividades da vida diária (VENDRUSCULO-FANGEL et al., 2013). Além disso, a mama é considerada símbolo do feminino e a perda total ou parcial dela, com a cirurgia, além das outras alterações corporais advindas dos tratamentos, podem ser traumáticas para as mulheres, podendo levar a um comprometimento emocional (MISTURA; CARVALHO; SANTOS, 2011).

Assim, a importância das ações de controle do câncer de mama se mostra incontestável e são fundamentais no sentido de evitar que a patologia seja diagnosticada tardiamente, que se elevem os dados numéricos de incidência e de mortalidade de mulheres pela doença e que se minimizem as consequências físicas e emocionais dos tratamentos.

Em relação a essas ações, estudo de intervenção em uma coorte de mulheres no Sul do Brasil com a finalidade de testar a eficácia e o custo-efetividade de um modelo para a detecção precoce e o tratamento do câncer de mama, selecionou um pouco mais de 9000 mulheres entre 40 e 69 anos, para MMG, ECM, aconselhamento nutricional e avaliação do risco genético para o câncer, por meio de busca ativa pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O principal objetivo foi demonstrar a diminuição dos casos diagnosticados com estadiamento avançado, em uma população carente, por meio de exames apropriados, alcançando, assim, uma maior taxa de diagnósticos de câncer de mama em estágio inicial. O estudo teve início em 2004 e durou dez anos. Os resultados preliminares, já publicados, mostraram uma incidência muito elevada de câncer de mama nessa população (117 casos/100 mil hab.) anterior à intervenção (CALEFFI et al., 2009).

Outro estudo, realizado em uma cidade do Nordeste brasileiro, apontou que as ações do programa de controle do câncer de mama necessitam de adequação, quando se considera o grau de cumprimento das exigências do Ministério da Saúde (MS), previamente definidas, no que concerne à cobertura da população-alvo e ao aprazamento adequado dos exames, bem como ao seguimento (BARRETO; MENDES; THULER, 2012).

Prova disso é que estudo prospectivo com 460 mulheres na cidade de Taubaté-SP, atendidas em serviços de saúde públicos e privados do município, para o rastreamento mamográfico, apontou que significativa proporção de mulheres não é rastreada ou não cumpre as recomendações recebidas, com a repetição do procedimento a cada 24 meses, no modelo de rastreio oportunístico, adotado praticamente, no país todo (MARCHI; GURGEL, 2010).

Já pesquisa realizada em Aracaju-Sergipe, com 58 mulheres em um ambulatório de oncologia de uma clínica cirúrgica, encontrou que o difícil acesso às medidas de detecção precoce e a falta de orientação dos profissionais de saúde podem comprometer a taxa de sobrevivência em mulheres com câncer de mama e ter sido a causa de diagnósticos em fase avançada da doença. Afirmou que as principais consequências do diagnóstico tardio e da implementação terapêutica atrasada para as mulheres participantes, com características socioeconômicas precárias, seriam: impossibilidade de cura, diminuição da sobrevivência, comprometimento da qualidade de vida e maior impacto sociopsicológico ante a mutilação e o tratamento (GONÇALVES et al., 2009).

Leite et al. (2011) também apontam a existência de significativas desigualdades socioeconômicas e raciais quanto ao acesso às práticas de rastreamento para o câncer de mama, reforçando a necessidade de intervenções que levem em consideração essas variáveis, como forma de promover a equidade. Nesse contexto, uma revisão integrativa da literatura realizada por Rosa e Radunz (2012) revelou que os programas de rastreamento e a elevação da escolaridade e do padrão socioeconômico, além de melhorias nos métodos diagnósticos e de tratamento, são os fatores responsáveis por aumentar as taxas de sobrevivência, a qualidade de vida e melhorar o cuidado à mulher com câncer de mama.

Assim, considerando a alta incidência e a mortalidade relacionadas ao câncer de mama, é responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde realizar ações que visem ao controle dessa neoplasia e que possibilitem a integralidade do cuidado, aliando as ações de detecção precoce com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno e com qualidade (MORAES et al., 2016). Tais ações estão contempladas como atribuições da Atenção Primária à Saúde (APS) também chamada de Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2013a). Parada et al. (2008) salientam o papel estratégico das ações de prevenção primária e de detecção precoce no âmbito da AB e ressaltam a relevância do papel dos gestores no desenvolvimento de estratégias que reorientem os serviços na perspectiva da atenção integral à saúde da mulher, com foco especial para as mais vulneráveis.

Assim, os avanços no desenvolvimento do SUS, que incluem a extensão de acesso da população aos serviços de saúde, tanto na atenção primária como nos demais pontos de atenção, ocasionaram a percepção de novos problemas organizacionais e gerenciais, que exigem reflexão e estratégias de enfrentamento por parte dos gestores da saúde (ERMEL et al., 2011).

Com relação ao câncer de mama, o INCA acrescenta que a ineficiência do controle da doença no país também está relacionada às dificuldades dos gestores municipais e estaduais

em definir e em estabelecer um fluxo assistencial orientado por critérios de hierarquização dos diferentes pontos de atenção, que permita o manejo e o encaminhamento adequado de casos suspeitos para investigação em outros pontos do sistema (BRASIL, 2005a).

Lima et al. (2011) afirmam que o grande desafio que se impõe para o sistema de saúde em nosso país, considerando as ações para o controle do câncer de mama, é avaliar de maneira mais ampliada as medidas de controle e de prevenção preconizadas para a AB, no âmbito da prevenção primária, permitindo a observação da importância de medidas que agregam benefício à saúde das mulheres brasileiras. Portanto, o fortalecimento do papel do gestor é importante para visualizar a continuidade do desenvolvimento do SUS e para a viabilização integral de suas premissas (CAMPOS, 2006; CUBAS, 2005).

Freitas et al. (2009) ressaltam que, na gestão da AB, a atenção à saúde das mulheres teve inegáveis avanços, inclusive no que concerne ao controle do câncer de mama; porém é essencial identificar a real implementação desses princípios nos municípios e estados brasileiros. Para que as ações de controle do câncer de mama no país se consolidem, é necessário um controle social efetivo por parte das mulheres, no que tange à implantação e à avaliação dessas políticas. Além disso, os autores enfatizam que a efetivação destas ações depende, de igual forma, dos gestores das unidades de saúde e dos profissionais que lidam diretamente com o público feminino, no que se refere às suas práticas e às suas capacitações para atuarem na gestão dos programas.

As práticas gerenciais devem proporcionar às mulheres um fluxo adequado dentro do sistema de saúde, a partir da porta de entrada, a AB, para os demais pontos de atenção. Assim, existe a necessidade de um sistema articulado que possibilite às mulheres livre circulação, com seguimento adequado, nos diferentes pontos de densidade tecnológica. O MS recomenda a todos os profissionais da AB prestar atenção integral e contínua às necessidades de saúde da mulher, articulada com os demais pontos de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal (BRASIL, 2013a).

Portanto, a eficácia das ações de controle do câncer de mama depende de um adequado programa de detecção precoce da doença, composto de vários componentes que interagem em diferentes pontos do sistema de saúde, que deve estar inserido num contexto social, cultural, econômico e político (WHO, 2007).

Desse modo, analisar as práticas no controle do câncer de mama identificadas pelos gestores da APS do município de Ribeirão Preto, SP, poderá embasar novas discussões acerca do planejamento de estratégias eficazes que respeitem as especificidades locais e que auxiliem os gerentes na tomada de ação acerca do controle efetivo da doença.

Diante do exposto, as principais questões deste estudo são: *quais são as práticas no controle do câncer de mama, propostas pelo MS, que estão sendo implementadas no atendimento de mulheres usuárias de serviços da APS do Município de Ribeirão Preto, identificadas pelos gestores? Quais as dificuldades para a execução dessas ações? Qual a estrutura e processo de atendimento existente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de RP, em relação ao controle do câncer de mama? Como a estrutura e o processo das UBS afetam a vigilância do câncer de mama na APS, na perspectiva da promoção da saúde?*

Importante salientar que, pelas Normas Operacionais Básicas - NOB/96, a gerência é definida como a administração de uma unidade ou órgão de saúde, que se caracteriza como prestador de serviços ao sistema e a gestão como a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde, cabendo-lhe diversas funções como coordenação, negociação, planejamento, avaliação, auditoria, entre outras (BRASIL, 1996). No entanto, neste estudo, adotamos os termos como similares e equivalentes, por considerar que a gerência de uma unidade de saúde não se limita à área administrativa, mas, igualmente, a todas as funções realizadas pela gestão das instâncias centrais, porém, em nível local.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as práticas no controle do câncer de mama identificadas pelos gestores da APS do município de Ribeirão Preto, SP.

2.2 Objetivos específicos

- ✓ Caracterizar os gerentes das unidades quanto à formação/qualificação e tempo de atuação;
- ✓ Descrever a ocorrência de cursos de capacitação do gestor quanto às ações preconizadas para o controle do câncer de mama;
- ✓ Caracterizar a estrutura de atendimento existente nas UBS em relação ao controle do câncer de mama, com relação à disposição de instalações físicas e de equipamentos;
- ✓ Identificar o dimensionamento e qualificação das equipes de saúde, bem como o modelo de atenção e a presença de especialistas;
- ✓ Caracterizar as variáveis relativas à estrutura dos fluxos de atendimento, de solicitação e de resultados de exames de rastreamento do câncer de mama;
- ✓ Descrever a estrutura para registro e análise dos dados dos diferentes sistemas informatizados, bem como o tempo de implantação;
- ✓ Descrever a oferta de capacitação sobre as ações preconizadas, pelo MS, para o controle do câncer de mama e a disponibilidade dos protocolos na UBS;
- ✓ Identificar os atributos do processo relacionados aos fatores que dificultam a realização e a avaliação dos exames;
- ✓ Analisar as dimensões do processo relacionadas aos problemas encontrados no manejo dos sistemas informatizados; a finalidade de utilização destes e as formas de planejamentos das ações quando os sistemas de informação não são aplicados;
- ✓ Caracterizar as ações para o controle do câncer de mama desenvolvidas nas UBS, na perspectiva dos gestores;
- ✓ Descrever as dificuldades para a execução dessas ações.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Panorama mundial: programas internacionais de controle do câncer de mama

As primeiras formas de rastreamento de tumores mamários efetivas datam de meados de 1965 quando foi iniciada, na França, a produção dos primeiros mamógrafos, equipamentos desenhados especificamente para produzir imagens radiológicas das mamas. Seus defensores destacavam a capacidade de detectar tumores menores, proporcionando aumento das chances de sobrevivência das pacientes; porém seus críticos questionavam a intensa exposição à radiação durante a realização do exame (VAN STEEN; VAN TIGGELEN, 2007).

Comprovada sua maior benfeitoria em relação aos malefícios da radiação, a MMG passou a ser largamente utilizada. Assim, ao final da década de 1980 e início da década de 1990, países europeus como Suécia, Holanda e Finlândia, bem como o Canadá, iniciaram programas de rastreamento organizado do câncer de mama com base no exame de mamografia e estruturados em quatro componentes essenciais, quais sejam: populacional, que versava sobre a definição e forma de convocação da população alvo; os exames de rastreio, com garantia de acesso e de qualidade adequados; a oferta adequada dos serviços de diagnóstico e de tratamento e a coordenação, com organização dos fluxos de atendimento e de monitoramento da cobertura e dos resultados, com seguimento apropriado (BRASIL, 2011b).

Nos dias atuais, o Canadá conta com 13 programas de rastreamento, a partir da realização da MMG, sendo que as províncias são autônomas no gerenciamento e na implantação de seus programas de rastreio do câncer de mama. A recomendação nacional é a realização da MMG bienal para mulheres entre 50-69 anos, com 70% de adesão das mulheres da população alvo (CPAC, 2012). Com a adesão em alta e com quedas na mortalidade, o país se destaca no controle efetivo da neoplasia de mama. A avaliação do desempenho de tais programas é contínua e os indicadores de desempenho permitem observar queda significativa da mortalidade por câncer de mama nos últimos vinte anos. Uma pesquisa realizada por Mai; Sullivan; Chiarelli (2009), que descreveu o desenvolvimento de programas de rastreio do câncer de mama nesse país ressaltou, ainda, que o gerenciamento dos programas é fundamental, devendo ofertar um planejamento adequado para o seguimento das mulheres com resultados anormais, o que garantirá queda na morbidade, com um maior número de cânceres descobertos em estágios iniciais e com tratamentos mais conservadores.

Na América do Norte, os Estados Unidos da América (EUA) foram um dos países precursores na implantação de programas de rastreamento organizado, seguindo as

recomendações preconizadas pela Força-Tarefa Norte-Americana de Serviços Preventivos (U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF) (USPSTF, 2009). Foi nos EUA que o autoexame das mamas (AEM) emanou, nos anos 1950, como uma possibilidade de reduzir o número de diagnósticos em fase avançada da doença. Porém, ao final da década de 1990, ensaios clínicos mostraram que o AEM não reduzia a mortalidade por câncer de mama, uma vez que, quando um tumor é detectado pela própria mulher, já se encontra em grande tamanho. Desse modo, diversos países passaram a usar a estratégia *breast awareness*, que quer dizer “estar alerta para a saúde das mamas” e foca em orientar as mulheres a conhecerem o próprio corpo e a estarem atentas para eventuais mudanças corporais atípicas. A orientação é que a mulher realize a autopalpação das mamas sempre que se sentir confortável para tal (seja no banho, no momento da troca de roupa ou em outra situação do cotidiano), sem nenhuma recomendação de técnica específica (BRASIL, 2004; 2013a; 2015). Interessante também que a redução da indicação de reposição hormonal na menopausa nesse país, na década de 2000, acompanhou-se de uma diminuição importante na incidência desse câncer nas mulheres com mais de 50 anos (BRASIL, 2011b).

No fim de 2009, a Força Tarefa de Serviços Preventivos do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA lançou uma nova diretriz para o rastreio do câncer de mama, propondo que as mulheres fora do grupo de risco iniciassem a realização do exame de mamografia rotineiro a partir dos 50 anos, e não mais aos 40, bienalmente até os 74 anos, porém, após esta idade, anualmente. A USPSTF justificou tal proposta alegando que isso diminuiria o número de erros de diagnósticos e de excesso de exames. Porém, tal normativa vem sendo criticada por especialistas da área que alegam que tais orientações se baseiam em estudos com falhas metodológicas significativas (KOPANS, 2010).

Já na Suécia, foram realizados ensaios clínicos, de 11 a 15 anos de estudos, nos quais foi constatada uma redução significativa de 29,0% no número de mortes por câncer de mama nas mulheres com idade entre 40 e 49 anos que realizaram o rastreamento mamográfico (JONSSON et al., 2001; JONSSON et al., 2007). Os suecos alegam que, em estudos isolados, é difícil detectar redução de mortalidade significativa por câncer de mama em mulheres nessa faixa etária, o que se deve a vários fatores como pequeno número de participantes com essas idades nos estudos randomizados; maior probabilidade de mamas densas, nas quais a sensibilidade da MMG é sabidamente reduzida; menor incidência da doença nesse período etário, porém podendo ser detectada mais tarde em estágio avançado, e o fato de o próprio câncer de mama ser mais agressivo em mulheres jovens com fase pré-clínica de detecção mais curta, o que requer intervalos menores entre os exames para que o benefício do rastreamento

seja significativo. Assim, seria necessário um seguimento mais longo para demonstrar benefício. Desse modo, é de lá que vem intensa recomendação do início do rastreamento mamográfico aos 40 anos.

Também na Europa, a Holanda se destaca dentre os países com êxito no rastreamento do câncer de mama, com qualidade coordenada pelo National Expert and Training Center (NETC) e pelo National Evaluation Team for Breast Cancer Screening (NETB) e alcançam cobertura anual de 80,0% da população alvo. Os exames são realizados a cada dois anos e revisados por dois radiologistas capacitados. A contribuição holandesa para exemplo mundial é planejamento de um seguimento adequado das pacientes. Ao detectarem alguma alteração, as mulheres são convocadas e direcionadas a centros especializados em diagnóstico e tratamento (DUIJIM, et al., 2004; OTTEN et al., 2008).

A Finlândia iniciou seu programa em 1989 e os pesquisadores finlandeses deram importantes contribuições sobre o envolvimento dos genes BRCA 1 e BRCA 2 na gênese do câncer de mama. No Reino Unido, o uso mais generalizado e criterioso das terapias adjuvantes e melhorias gerais nos cuidados, além da introdução da MMG no rastreio, reduziram em 40% as mortes por câncer de mama em mulheres com idade inferior a 70 anos, ao longo dos últimos 20 anos (EVANS et al., 2012).

O Registro de Câncer da Noruega, criado em 1951, é um dos mais antigos do mundo e combina informações sobre o câncer advindas de várias fontes independentes, garantindo um elevado grau de perfeição, auxiliando na produção de conhecimento por meio da pesquisa e da difusão de informações sobre o câncer em nível internacional. Recebe anualmente 225.000 notificações relacionadas à doença. Destas, cerca de 25.000 são cânceres recém-diagnosticados. O Programa de Rastreio do Câncer da Mama norueguês foi iniciado como projeto-piloto em quatro municípios em 1995/96. Foi expandido gradualmente até que se tornou nacional em 2004. A população-alvo são as mulheres 50-69 anos de idade, das quais cerca de meio milhão iniciam o rastreamento a cada ano. A cada dois anos, elas recebem uma carta-convite pessoal com o lugar e tempo para atendimento. Existem, no total, 32 unidades de triagem em todo o país, com quatro unidades móveis. Desde 1995 até julho 2008, 565.212 mulheres haviam participado do programa e 1.653.582 condutas haviam sido tomadas (DAMTJERNHAUG, 2009).

Na Itália, também há um programa nacional efetivo de rastreamento do câncer de mama em que a saúde é fornecida principalmente por um sistema público nacional. Há leis nacionais, recomendações, orientações e financiamento do governo central, mas o atual sistema de saúde é gerido em nível regional, com total autonomia dos gestores na tomada de decisões. Os programas

de rastreio do câncer de mama são completamente gratuitos para atender as mulheres (50-69 anos de idade). Os indicadores de desempenho em 2005-2006 foram muito satisfatórios, com 10.168 cânceres detectados, 1.215 estavam em lesões in situ e 2.892 eram pequenos cânceres invasivos de não mais do que 10 milímetros, permitindo abordagem terapêutica menos invasiva (FRIGERIO, 2009).

No caso da Alemanha, o país assinou seu primeiro programa de rastreamento estruturado somente em 2002. Rupprecht (2005) afirma, em seu estudo, que os programas de gerenciamento são importantes instrumentos para realizar uma mudança estrutural necessária e muito atrasada no sistema de saúde alemão, bem como nos de outros países, ressaltando o papel dos gestores em saúde.

Por fim, em 2007, onze países da União Europeia consolidaram seus programas de rastreamento em caráter nacional e sete países estavam em fase de implementação. Cerca de 50 milhões de mulheres são alvos de ações de rastreamento do câncer de mama (BRASIL, 2011b).

3.2 Câncer de mama na América Latina

Considerando algumas das experiências bem-sucedidas dos países desenvolvidos na redução da morbimortalidade por neoplasias da mama, nota-se que o principal desafio para os países da América Latina e do Caribe é implementar programas de rastreio devidamente estruturados e com recursos humanos, tecnológicos e financeiros adequados de atendimento integral para as mulheres.

Especificamente em termos de detecção precoce, devido à escassez de recursos financeiros na região, não será eficaz implementar programas de rastreio populacional organizado se o sistema de saúde não garantir o acesso para confirmação diagnóstica, tratamento e seguimento, pois, de outra forma, pode se tornar um outro mecanismo de desigualdade no acesso aos serviços de saúde. Isso exigirá dos gestores de saúde a criação de programas inovadores de triagem baseados em estratégias educativas e motivacionais para as mulheres a fim de garantir o desenvolvimento de hábitos saudáveis e de tomada de decisão em relação à própria saúde destas (GONZÁLEZ-ROBLEDO et al., 2010).

Estudo de avaliação exploratória realizado na Argentina, no Brasil, na Colômbia, no México e na Venezuela, com intuito de compreender o processo de formulação de políticas públicas sobre o atendimento em relação ao câncer de mama, descreveu as principais características das políticas públicas de controle do carcinoma mamário desses cinco países.

Tal estudo identificou avanços, porém há vários desafios a serem superados pelos países latinos, dentre estes, a garantia de financiamento adequado e o desenvolvimento de sistemas que permitam a tomada de decisões baseada em evidências científicas (GONZÁLEZ-ROBLEDO; GONZÁLEZ-ROBLEDO; NIGENDA, 2013).

No México, o programa é resultante de um processo de planejamento estratégico que definiu objetivo e linhas estratégicas. Sua aplicação se baseia na Norma Técnica para o cuidado do câncer de mama (NOM-041-SSA2-2011), formulado em 2002, e atualizado (publicação no diário oficial em 2011), e no Programa Específico de Ação desenvolvido desde 2001 e atualizado em 2007 (GONZÁLEZ-ROBLEDO; GONZÁLEZ-ROBLEDO; NIGENDA, 2013). Nesse país, as políticas de saúde têm focado na redução e na eliminação de desigualdades sociais por meio da redistribuição de serviços, de recursos, de oportunidades e de capacidades. Essas políticas traduzem metas e indicadores de saúde, aumentando a cobertura no intuito de promover prevenção, detecção e tratamento precoces do câncer de mama (MARTINEZ-MONTAÑEZ; URIBE-ZÚÑIGA; HERNÁNDEZ-ÁVILA, 2009).

A Venezuela possui um subprograma para o controle do câncer de mama, ligado ao Programa de Controle do Câncer, porém ainda apresenta ações incipientes quanto à organização das ações para o controle de neoplasias da mama. Já a Colômbia, desenvolveu, a partir de 1993, planos específicos para o controle do câncer, com destaque para o Plano de Atenção Básica, com a norma técnica para a detecção de câncer de mama / Resolução 0412 de 2000 e a promulgação da Lei 1.384 de 2010 que estabelece quais ações para o tratamento do câncer estão estabelecidos (GONZÁLEZ-ROBLEDO; GONZÁLEZ-ROBLEDO; NIGENDA, 2013). A avaliação do desempenho de um programa de rastreio mamográfico em Bogotá recomendou a necessidade de reforçar o sistema de informação para o monitoramento e para a avaliação epidemiológica com o intuito de fornecer informações confiáveis e sistemáticas para a melhoria contínua do programa, com garantia de qualidade (GONZÁLEZ-MARIÑO, 2012).

As províncias da Argentina têm autonomia decisória na programação das ações de controle do câncer de mama em que o papel do governo federal é auxiliar a gestão das políticas, por meio de subsídios, recomendações e orientações, porém sem influência direta nas decisões cada um. São documentos que auxiliam as tomadas de decisões: a Resolução Secretarial N° 2886/76 que dispõe sobre o Programa Nacional de Controle do Câncer; a Resolução Ministerial N° 59/03 - Sub-programa de prevenção secundária do câncer mama; a Resolução 939/2000 do Ministério da Saúde - Programa Médico-Obrigatório

(PMO)/Programa de Detecção Precoce do Câncer Gêrito-Mamário (PROMEGA) (GONZÁLEZ-ROBLEDO; GONZÁLEZ-ROBLEDO; NIGENDA, 2013).

Em 2005, um programa nacional de saúde introduziu progressivamente o rastreio mamográfico gratuito para as mulheres com idades acima de 50 anos no Chile. Porém, após três anos, a adesão ao rastreamento mamográfico foi muito baixa, perto de 12% em Santiago, capital do país. Assim, foram identificados fatores socioculturais e de acessibilidade, como as barreiras e os facilitadores para a adesão (PUSCHEL; THOMPSON, 2011). Igualmente, no Brasil, estudo de revisão de literatura demonstrou que há diversos fatores que podem limitar a eficiência do rastreamento mamográfico, estando estes relacionados ao sistema de saúde, à educação em saúde das mulheres e à adesão à realização da MMG (LOURENÇO; MAUAD; VIEIRA, 2013). Nesse sentido, a seguir, são apresentados dados que permitem conhecer o panorama das políticas públicas relacionadas ao câncer de mama no Brasil e a atual conjuntura de sua efetividade.

3.3 Histórico das políticas de controle do câncer de mama no Brasil

No Brasil, políticas públicas no campo da detecção precoce do câncer de mama vêm sendo implementadas desde meados dos anos 1980 (BRASIL, 2011a; 2015). O marco histórico foi a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, que postulava o cuidado mais amplo para além da tradicional atenção ao ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2016c). A partir de 1985, o Conselho Nacional de Direitos da Mulher (CNDM) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) passaram a desenvolver um trabalho conjunto com vistas à consolidação do PAISM em nível nacional, cujo conceito de integralidade incluía atividades de prevenção e de controle do câncer do colo do útero. Quanto ao câncer de mama, as técnicas recomendadas se restringiam ao ECM e ao AEM (PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

Em 1986, o Programa de Oncologia (Pro-Onco), do INCA/MS foi criado como estrutura técnico-administrativa da extinta Campanha Nacional de Combate ao Câncer. Em 1990, o programa tornou-se Coordenação de Programas de Controle de Câncer cujas linhas básicas de trabalho eram a informação e a educação sobre os cânceres mais incidentes, dentre os quais, o câncer de mama (BRASIL, 2016c).

A partir de 1990, diante de um novo contexto sanitário, que surgiu após a criação do SUS - Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8080) – instituindo possibilidades para o desenvolvimento de ações de prevenção dos agravos e de promoção da saúde, é que foram

credenciados hospitais que realizassem procedimentos de alta complexidade no que se refere ao tratamento oncológico, por meio da Portaria Técnica (PT) nº 170/93, revogada pela nº 3535/99 (MARQUES; FIGUEIREDO; GUTIÉRREZ, 2015).

Cabe salientar que, com a reorganização da assistência à saúde da população, foi criada a Estratégia Saúde da Família (ESF), em 1994, como iniciativa do MS, no intuito de promover a expansão, a qualificação e a consolidação da atenção básica, reorganizando o processo de trabalho e tornando-se cenário estruturante para várias ações no controle das neoplasias e dos cuidados aos pacientes oncológicos. Constam de suas atribuições ações de detecção precoce do câncer, além da continuidade ao atendimento por meio de ações educativas, do acompanhamento dos portadores, do encaminhamento para serviços especializados, de tratamento e de reabilitação (BRASIL, 1997).

Em 1997, surgiu o primeiro esboço um projeto-piloto denominado “Viva Mulher” que se postulava como a tentativa inicial de atuação nacional da saúde pública no campo do controle dos cânceres femininos (BRASIL, 2000). Este seguia recomendações da Organização Panamericana de Saúde para a América Latina e Caribe com pequenas modificações. Durante seis anos, o projeto se desenvolveu em etapas bastante heterogêneas e, em seu período inicial, se voltou, quase que unicamente, para o controle do câncer do colo do útero (PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

Em 1998, o MS realizou a oficina de trabalho “Câncer de mama - perspectivas de controle”, com a participação de vários segmentos da sociedade civil e de sociedades científicas da área. Ao final do evento, foram enumerados os objetivos de um posterior programa e as diretrizes que o norteariam. Essa oficina tem relevância histórica por marcar o início de uma discussão organizada sobre a necessidade de ações contínuas que consolidassem um programa de controle (PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

Em 1999, os profissionais responsáveis pelo “Viva Mulher” discutiram a incorporação de um “Módulo de Controle do Câncer de Mama”, que seria executado em duas etapas. Na primeira, no período de 2000 a 2001, seria dedicado ao diagnóstico dos tumores clinicamente detectáveis (tumores evidentes e visíveis), por meio do AEM e do ECM. Basicamente, as ações propostas consistiam em estimular as mulheres a palpar suas mamas e em sensibilizar os médicos a detectar nódulos suspeitos por meio do exame clínico. A segunda etapa, a ocorrer no período entre 2002 e 2003, seria dedicada ao diagnóstico dos tumores não detectáveis clinicamente (tumores muito pequenos, não perceptíveis mesmo pela palpação do médico), por meio da MMG (BRASIL, 2001).

Em 2000, a oferta de recursos para o controle do câncer de colo de útero era muito superior ao do câncer de mama e este carecia de especificações quanto às ações prioritárias, público-alvo, forma de operacionalização, parâmetros para estimar a cobertura das ações e de equipamentos, bem como indicadores de monitoramento e/ou avaliação. Em 2001, foram elaborados materiais educativos para os profissionais, treinamento destes para realizar o ECM, e adquiridos 50 mamógrafos, 50 processadores, 1.350 agulhas e 135 pistolas para punção por agulha grossa, além de o INCA lançar as orientações para o controle da doença (BRASIL, 2002a). Foi somente em 2002 que o Programa “Viva Mulher” passou a incluir formalmente o controle do câncer de mama (BRASIL, 2002b).

Em novembro de 2003, o MS, o INCA e a Área Técnica da Saúde da Mulher, com o apoio da Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), realizaram uma oficina de trabalho para discussão e aprovação de recomendações referentes ao controle do câncer de mama. Participaram, além de técnicos de diferentes áreas do Ministério, gestores, pesquisadores que atuam na área e representantes de sociedades científicas afins e de entidades de defesa dos direitos da mulher. Resultou no documento denominado “Controle do Câncer de Mama - Documento de Consenso”, que apresenta as recomendações para a prevenção, a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento e cuidados paliativos do câncer de mama, além de apontar estratégias a serem utilizadas para a sua implementação no SUS (BRASIL, 2004a).

Estudo recente destacou que no período de 1998 a 2003, dez portarias foram lançadas enfatizando a organização da atenção oncológica, nos três pontos de atenção em saúde no SUS, sendo a maior parte direcionada aos tratamentos. Somente a PT nº 1.101 de 2002 definiu parâmetros de cobertura de MMG e de USG de mama. Desse total, duas foram revogadas; três, substituídas; cinco, alteradas e uma, validada; para as autoras, esse fato pode contribuir para a fragmentação e descontinuidade das recomendações. Assim, observaram um avanço das propostas, ainda centradas nas ações terapêuticas; porém, normatizadas e realizadas por instâncias públicas (MARQUES; FIGUEIREDO; GUTIÉRREZ, 2015).

Observa-se que, a partir de 2004, em diferentes intensidades, iniciou-se a progressiva implantação das ações técnicas consolidadas pela conferência do Consenso. As maiores prioridades parecem ter sido o esforço pela progressiva priorização da política do câncer de mama, a edição de publicações técnicas para a divulgação de parâmetros de programação indispensáveis à organização de programas de controle de câncer e à elaboração de ferramentas para apoio aos gestores municipais e estaduais.

É importante destacar que, no Documento de Consenso do Controle do Câncer de Mama, de todas as orientações assistenciais, foram priorizadas as ações de detecção e de

promoção à saúde e determinados os critérios de diagnóstico citológico e histopatológico, do uso de tecnologia diagnóstica (MMG, USG de mama e biópsia), dos tipos de tratamento (cirurgia, radioterapia, hormonioterapia e cuidados paliativos) e da atuação de equipe multidisciplinar. A idade e o alto risco tornaram-se critérios indicativos para o rastreio e a frequência dos exames. Os objetivos e as metas propostos para o controle do câncer de mama foram ampliar para 60% a cobertura de MMG, conforme diretriz de cuidado e realizar a punção em 100% dos casos necessários, conforme diretriz de cuidado (BRASIL, 2004a).

Ainda em 2004, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), coordenada pelo MS, na qual foi pactuada a diminuição da morbimortalidade por causas evitáveis em mulheres, incluindo o câncer de mama feminino. As estratégias propostas pautaram-se na organização da rede de referência e de contrarreferência para diagnóstico e tratamento da neoplasia. A taxa de mortalidade feminina por câncer mamário e o número de reconstruções mamárias se tornaram os indicadores das intervenções (BRASIL, 2004b).

Em 2005, houve a publicação da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), na PT nº 2.439, na qual o controle dos cânceres do colo do útero e de mama foi destacado como componente essencial dos planos estaduais e municipais de saúde, envolvendo também a atenção básica, além dos setores de média e de alta complexidade. Assim, essa política enfatizou a importância da AB, reiterando que esse nível de atenção atua em várias dimensões da linha de cuidados para o câncer, envolvendo ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde e da prevenção de neoplasias, bem como ao diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, aos cuidados paliativos e às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados (BRASIL, 2005b).

No mesmo ano, foi elaborado o Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo do Útero e de Mama 2005-2007, que propôs seis diretrizes estratégicas: aumento de cobertura da população-alvo; garantia da qualidade; fortalecimento do sistema de informação; desenvolvimento de capacitações; estratégia de mobilização social e desenvolvimento de pesquisas (BRASIL, 2005a).

Em 2006, a importância da detecção precoce do câncer de mama foi reafirmada no Pacto pela Saúde, como uma das prioridades nacionais no conjunto das ações de controle da doença (BRASIL, 2006a). Houve a inclusão de indicadores na pactuação de metas com estados e municípios para a melhoria do desempenho das ações prioritárias da agenda sanitária nacional (BRASIL, 2016c).

Com o intuito de formar uma rede assistencial e otimizar os recursos, foi proposto, em 2006, o Projeto Piloto de Garantia de Qualidade de Mamografia (BRASIL, 2007). Ainda nesse ano, foi publicada a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) que designou as UBS como contato preferencial das usuárias (BRASIL, 2006b). Assim, no intuito de incrementar a adesão às ações propostas no Consenso, foi determinada à equipe da UBS a captação de mulheres-alvo; a implantação da agenda da mulher; o encaminhamento das pacientes com resultado de MMG ou ECM suspeitos ou alterados; a realização de atividades educativas; a busca ativa de faltosas, das com laudos suspeitos e das que nunca realizaram o ECM ou MMG, bem como a orientação e o acompanhamento de mulheres com baixo risco e com ECM normal (BRASIL, 2006c).

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

No ano de 2008, o inciso III da Lei 11.664 de 29 de abril daquele ano garantiu em todo o território nacional a oferta de MMG a todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade. Tal item criou uma divergência em relação às propostas governamentais já estabelecidas, que constam no Documento de Consenso do Controle do Câncer de Mama, apesar de documentos prévios orientarem qual seria o público-alvo para rastreamento de neoplasias da mama (BRASIL, 2008a).

Em 2009, o INCA promoveu o Encontro Internacional sobre Rastreamento de Câncer de Mama, no qual foram discutidas as evidências científicas e as experiências com rastreamento populacional realizado por sistemas públicos de saúde na América do Norte e na Europa. Participaram gestores de saúde, representantes de organizações da sociedade civil que atuam nessa área, sociedades e associações médicas, universidades e institutos de pesquisa, além de alguns dos maiores especialistas em rastreamento do Brasil, do Canadá, dos Estados Unidos, da Holanda, da Itália e da Noruega (ENCONTRO INTERNACIONAL SOBRE RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA, 2009).

Também em 2009 ocorreu a implantação do SISMAMA - Sistema de Informação do Câncer de Mama -, uma ferramenta própria ao gerenciamento das ações de detecção precoce do câncer de mama, porém ainda em fase de implantação; 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 o folder *Recomendações para a redução da mortalidade do câncer de mama no Brasil* (2010-2011), vêm impulsionando a organização das ações de controle (BRASIL, 2016c).

Em 2011, ocorreu a ratificação de três objetivos para o controle do câncer de mama: garantia do diagnóstico precoce de lesões palpáveis; oferta de MMG de rastreamento ao público-alvo; qualificação da rede de atenção. Tais recomendações foram apresentadas no eixo de ação de Fortalecimento do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama do Plano Nacional de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, por meio da Nota Técnica (NT) 09/2011. No mesmo ano, a PT nº 558 de 24/03/2011 apresentou o Comitê Técnico Assessor para acompanhamento da política de prevenção, de diagnóstico e de tratamento dos cânceres de colo de útero e de mama. Esse plano resultou na publicação, em março de 2012, da PT nº 531, que instituiu o Programa Nacional de Qualidade de Mamografia, após resultados positivos apresentados pelo projeto-piloto, em quatro polos que implantaram e monitoraram o projeto iniciado em 2006, com o objetivo de garantir a qualidade dos exames oferecidos a população, de modo a minimizar o risco associado ao uso dos raios-X (BRASIL, 2012a).

O Plano Nacional de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer previu investimentos técnico e financeiro para a intensificação das atuações de controle nos estados e municípios. As ações propostas para serem executadas foram: garantia de confirmação diagnóstica das lesões palpáveis e das identificadas no rastreamento; implantação da gestão da qualidade da mamografia; ampliação da oferta de mamografia de rastreamento na população-alvo; comunicação e mobilização social; fortalecimento da gestão do programa. Na atenção terciária, foi apontada a necessidade de dar continuidade às ações de ampliação do acesso ao tratamento do câncer com qualidade, conforme objetivos da PNAO (BRASIL, 2005b; 2016c).

Em 2013, a PNAO foi atualizada pela Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, PT GM/MS 874/2013 (BRASIL, 2013b).

Assim, a proposta da atenção ao câncer de mama por meio da RAS encontra-se no “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 APS. O MS considera que as equipes de AB têm o papel fundamental de coordenar e de 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 do 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).

No mesmo ano, 2013, foi instituído o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN), uma versão em plataforma *web* que integra os Sistemas de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e do câncer de mama, SISMAMA (BRASIL, 2013c).

Com o objetivo de dinamizar a organização da atenção secundária, em 2014, foi publicada a PT GM/MS nº189 que estabeleceu incentivos financeiros de custeio e de investimento para a implantação de Serviços de Referência para Diagnóstico do Câncer de Mama (SDM). Essa Portaria definiu critérios para a habilitação das unidades, além do rol mínimo de exames necessários para o diagnóstico (BRASIL, 2014a).

Assim, estudo realizado por Porto; Teixeira; Silva (2013) que objetivou elaborar uma análise histórica da implantação de ações, atividades, programas e políticas de controle do câncer de mama e discutir alguns dados de conjuntura, permitiu que os autores delineassem quatro fases históricas distintas. Uma primeira fase anterior ao surgimento do SUS (entre 1971 e 1990). Uma fase após a implantação do SUS, mas anterior ao Documento de Consenso do Ministério da Saúde (entre 1990 e 2003). Uma terceira fase de intensificação das ações e programas públicos de controle do câncer de mama (entre 2004 e 2011). A partir de 2013, com a implementação do Programa Nacional de Qualidade em Mamografia, poder-se-á confirmar o surgimento de uma quarta fase. Essa última fase correspondente aos incentivos para a incorporação de atividades relacionadas à qualidade.

Uma revisão de literatura que objetivou descrever as ações de saúde pública para o controle do câncer de mama no Brasil identificou 48 publicações, cuja análise permitiu constatar que o tratamento dessa neoplasia passou a ser considerado no cenário da saúde pública a partir de 1984 e que só em 1996 foi iniciado um programa específico para esse agravo. As ações, os recursos, o público-alvo e os indicadores de rastreio foram definidos em 2004, porém o monitoramento destas práticas por sistema informatizado ocorreu após dois anos de sua implantação. De acordo com as autoras, houve um aumento considerável de intervenções públicas para o controle do carcinoma mamário a partir de 1998; no entanto as diretrizes para a orientação das ações de rastreamento e para a detecção precoce foram apresentadas a partir de 2004 (MARQUES; FIGUEIREDO; GUTIÉRREZ, 2015).

Em relação às atuais dificuldades para o rastreamento do câncer de mama, cabe lembrar que, no Brasil, há controvérsias quanto à faixa etária preconizada para a realização da MMG. A SBM, em conjunto com a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e

Obstetrícia (FEBRASGO), preconiza a realização do rastreamento mamográfico anual para mulheres acima de 40 anos, e bienal, para mulheres entre 50 a 69 anos (SBM, 2016). Já o INCA, como já comentado, preconiza a realização do exame bienal para mulheres entre 50 e 69 anos, indicação que foi reafirmada recentemente com a publicação das novas diretrizes para o rastreamento do câncer de mama no Brasil (BRASIL, 2015a; 2004a).

Tais diretrizes constam da Portaria nº 59 de 05/10/2015, no DOU nº 190, pág. 693 (<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/101473261/dou-secao-1-05-10-2015-pg-693>), as quais foram elaboradas por um grupo de trabalho coordenado pelo INCA e com o Apoio da Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do MS, com o propósito de aumentar e de qualificar a detecção precoce do câncer de mama, objetivando diminuir a mortalidade por esta doença no país. A publicação também contribui para qualificar a tomada de decisão dos gestores em saúde quanto à organização da linha de cuidado do câncer de mama, e para apoiar os profissionais de saúde em suas práticas clínicas, bem como os pacientes nas suas escolhas frente a diferentes intervenções sanitárias (BRASIL, 2015a).

O MS afirma que, independentemente das particularidades do contexto, as ações de detecção precoce do câncer de mama devem ser baseadas nas melhores evidências disponíveis para que sejam efetivas (produzam resultados esperados) e resultem no menor dano possível à saúde da população. Indica, ainda, que diretrizes baseadas em evidências científicas têm sido o instrumento recomendado em todo o mundo para alcançar esses objetivos (BRASIL, 2015a).

Desse modo, as Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil foram criadas a partir da sistematização de evidências na literatura científica, em coerência com a Lei nº 12.401/2011, o Decreto nº 7.508/2011 e a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (BRASIL, 2010b), e representa um passo importante na consolidação da prática de elaboração de documentos técnicos e de políticas públicas baseadas em evidências. Assim, a fundamentação teórica das diretrizes tem na Medicina Baseada em Evidências (MBE) seu alicerce, com a busca por revisões sistemáticas a respeito do tema.

Para fins de esclarecimento, a avaliação das evidências foi feita pelo método *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation* (GRADE) (ATKINS et al., 2004) e o nível de evidências, classificado em alto, moderado, baixo e muito baixo (ANDREWS et al., 2013). O balanço entre os resultados desejáveis e indesejáveis (possíveis benefícios e possíveis danos) e a aplicação de valores e de preferências do paciente determinam a *direção* da recomendação (contrária ou favorável) e esses fatores, juntamente

com a qualidade das evidências, determinam a *força* da recomendação (fraca ou forte). Embora seja desejável sempre apresentar uma recomendação (favorável ou contrária), é possível que, em alguma situação de grande incerteza sobre benefícios e danos, possa haver uma ausência de recomendação para determinada questão (BRASIL, 2015a).

É importante salientar que as diretrizes discutem aspectos relacionados às tecnologias utilizadas para a população de risco padrão, considerando-se as faixas etárias e a periodicidade e se baseia nas evidências sobre o balanço entre riscos e benefícios do uso de tais tecnologias, apresentando as recomendações de acordo com a intervenção/tecnologia estudada.

Portanto, para a elaboração das novas diretrizes, as intervenções avaliadas para a detecção precoce do câncer de mama foram: ações de rastreamento (MMG; AEM; ECM; RNM; USG) e ações de diagnóstico precoce (estratégias de conscientização; identificação de sinais e de sintomas e confirmação diagnóstica em um único serviço) (BRASIL, 2015a).

As recomendações mais importantes apresentadas no Documento de Consenso do Controle do Câncer de Mama dizem respeito à ratificação da indicação da MMG de 50 a 59 anos e de 60 a 69 anos: o MS recomenda o rastreamento com mamografia (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios e danos provavelmente são semelhantes). Para as mulheres com menos de 50 anos, o MS recomenda *contra* o rastreamento com MMG (recomendação contrária forte: os possíveis danos claramente superam os possíveis benefícios) (BRASIL, 2015a).

De 70 a 74 anos, o MS recomenda contra o rastreamento com MMG; porém a recomendação é “fraca”, ou seja, o balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto; e de 75 anos ou mais, o MS também recomenda contra, e essa recomendação é “forte”, sendo que os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios (BRASIL, 2015a).

Quanto à periodicidade do rastreamento com MMG nas faixas etárias recomendadas, o MS estabelece o aprazamento bienal (recomendação favorável forte: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos quando comparada às periodicidades menores do que a bienal) (BRASIL, 2015a).

Com relação ao exame realizado pela própria mulher, o MS recomenda contra o ensino do AEM como método de rastreamento do câncer de mama (recomendação contrária fraca: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios), confirmando o já postulado no Consenso de 2004, cabendo ao profissional da APS pôr em prática estratégias de conscientização para melhorar o conhecimento e as atitudes das mulheres sobre a doença (BRASIL, 2015a; 2004a).

A nova diretriz traz a novidade de *ausência de recomendação* do ECM para a detecção precoce do câncer de mama, enfatizando que o balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto, mesmo ele sendo executado por profissional treinado; porém este se constitui em parte do exame físico da mulher e deve continuar fazendo parte da rotina de cuidados nas consultas (BRASIL, 2015a).

Em relação à USG e à RNM, o MS recomenda contra a realização desses exames para o rastreamento do câncer de mama em mulheres com risco padrão de desenvolvimento desse câncer, seja isoladamente, seja como complemento à mamografia (recomendação contrária forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios). Continua a indicação da USG complementar à MMG quando há lesão palpável sem expressão na mamografia (BRASIL, 2015a).

Outra recomendação do MS é a implementação de estratégias de conscientização para o diagnóstico precoce do câncer de mama e que os seguintes sinais e sintomas sejam considerados como de referência urgente para serviços de diagnóstico mamário: qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos; nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos, que persistem por mais de um ciclo menstrual; nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que vem aumentando de tamanho, em mulheres adultas de qualquer idade; descarga papilar sanguinolenta unilateral; lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos; homens com mais de 50 anos com tumoração palpável unilateral; presença de linfadenopatia axilar; aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de pele com aspecto de casca de laranja; retração na pele da mama e mudança no formato do mamilo (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos) (BRASIL, 2015a).

Por fim, a confirmação diagnóstica em um único serviço, após a identificação de sinais e de sintomas suspeitos na APS, é recomendada pelo MS para ser feita em um mesmo centro de referência (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos, quando comparados à organização tradicional dos serviços de investigação diagnóstica) (BRASIL, 2015a).

As Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama não abordaram os grupos populacionais de elevado risco para desenvolvimento do câncer de mama; desse modo, infere-se que devem continuar a ser seguidas as orientações contidas no Documento de Consenso para o Controle do Câncer de Mama de 2004 e no Caderno da Atenção Básica nº13 (CAB13) (BRASIL, 2015a; 2013a; 2004).

Assim, após a apresentação do panorama do controle do câncer de mama no Brasil, seguem os dados sobre o rastreamento da doença no município de Ribeirão Preto, SP.

3.4 Panorama do controle do câncer de mama no município de Ribeirão Preto

O rastreamento do câncer de mama em Ribeirão Preto, SP, é feito a partir da utilização de protocolos definidos pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher que orienta médicos ginecologistas, médicos do PSF, enfermeiros e equipe, farmacêuticos e equipe, assistentes sociais e todos os demais funcionários das unidades de saúde acerca dos fluxos de atendimento (RIBEIRÃO PRETO, 2016).

A elaboração dos protocolos, realizada pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) e pela Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Estado de São Paulo (SOGESP), baseou-se nas normativas do MS, da SES e da FEBRASGO, com o objetivo de auxiliar as equipes na conduta dos atendimentos da área básica da saúde da mulher, além de priorizar grupos de risco (RIBEIRÃO PRETO, 2016).

Assim, as diretrizes para o controle do câncer de mama no município preconizam o rastreamento por meio do ECM, para as todas as mulheres, anualmente, sendo primordial para direcionar a solicitação dos exames complementares. Recomendam também mamografia bienal para todas as mulheres entre 40 e 69 anos, sem fatores de risco e sem alteração ao ECM, e anual, a partir dos 35 anos de idade, para mulheres pertencentes ao grupo de risco elevado.

As condutas e acompanhamentos dependem das categorias BIRADS (Breast Imaging-Reporting and Data System) que têm por objetivo padronizar os laudos mamográficos, levando-se em consideração a evolução diagnóstica e a recomendação da conduta e considerando-se a história clínica e o exame físico. As categorias BIRADS são classificadas em:

- Categoria 0: inconclusivo, sendo necessários exames adicionais;
- Categoria 1: sem anormalidades;
- Categoria 2: sem anormalidades, alterações benignas da mama;
- Categoria 3: achado provavelmente benigno;
- Categoria 4: anormalidade suspeita - considerar biópsia;
- Categoria 5: altamente sugestiva de malignidade- biópsia;
- Categoria 6: malignidade comprovada.

Desse modo, o seguimento em Ribeirão Preto, SP, se dá da seguinte forma (RIBEIRÃO PRETO, 2016):

- Categorias BIRADS I e BIRADS II: rotina de rastreamento;
- Categorias BIRADS IV a BIRADS VI: encaminhar para a mastologia, tendo como guia de referência pelo complexo regulador o ambulatório de mastologia oncológica da FMRP/USP;
- Categorias BIRADS 0 e BIRADS III: ultrassonografia complementar ou magnificação. Nesses casos, o médico deverá escolher o melhor método de acompanhamento (ultrassonografia ou mamografia), que deverá ser feito a cada seis meses, por um período de dois anos. Não ocorrendo modificação significativa da alteração nesse período, passar para a rotina de rastreamento. Esses casos devem ser acompanhados na APS e não são aceitos nos ambulatórios.

A USG é o método de escolha para a avaliação por imagem das lesões palpáveis, em mulheres com menos de 35 anos, e naquelas com idade igual ou superior a 35 anos, a MMG é o método de eleição, que pode ser complementada pela USG nas seguintes situações: nódulo sem imagem na mamografia, porque a mama é densa ou porque está em zona cega na mamografia; nódulo regular ou levemente lobulado, que possa ser um cisto, e densidade assimétrica difusa, que possa ser lesão sólida, cisto ou parênquima mamário.

A USG complementar não deve ser solicitada nas lesões com categoria 2 e 5 (BIRADS); microcalcificações; distorção da arquitetura e densidade assimétrica focal.

3.5 Estrutura e processo da Atenção Primária à Saúde no Brasil e a atuação do gestor no controle do carcinoma mamário

A APS sempre foi amplamente conceituada e definida, sem possuir um padrão. Desde a Conferência de Alma-Ata, em 1978, vários autores têm proposto definições, sendo que, nos últimos anos, a descrição defendida por Bárbara Starfield vem sendo a mais recomendada, utilizada, até mesmo, pelo MS do Brasil. Essa definição da APS pode guiar as estratégias de avaliação e de investigação dos serviços de saúde baseados na atenção primária. Desse modo, o desenvolvimento da identificação das práticas e da avaliação em saúde caracteriza-se como uma temática contemporânea e pertinente aos pesquisadores, profissionais, gestores e usuários de serviços de saúde para mensurar a qualidade dos serviços prestados (STARFIELD, 2002).

O significado proposto por essa autora trata a APS como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, sendo determinados quatro atributos essenciais a ela, a saber: *acesso de primeiro contato* do indivíduo com o sistema de saúde; *continuidade da atenção*; *coordenação*; e *integralidade da atenção* dentro do sistema. Outras três características, chamadas atributos derivados, qualificam as ações em atenção primária à saúde: a *atenção à saúde centrada na família* (orientação familiar), a *orientação comunitária* e a *competência cultural*. Tais atributos se apresentam intimamente inter-relacionados na prática clínica (STARFIELD, 2002).

Para Starfield (2002), um serviço de atenção básica pode ser considerado realmente embasado na APS quando possui os quatro atributos essenciais e promove o aumento da sua capacidade de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados. Portanto, os “pacotes de atenção básica”, com incapacidade estrutural de responsabilizar-se por algo mais que a demanda espontânea, incompletos no que se refere à amplitude de serviços oferecidos e sem complementação adequada dos outros pontos de atenção, não são estratégias da APS.

Assim, é fundamental o esforço metodológico em diferenciar a APS da atenção mínima à saúde. Avedis Donabedian, médico e especialista em Saúde Pública da Universidade de Harvard, um dos autores precursores na elaboração dos conceitos fundamentais na área de avaliação da qualidade do cuidado em saúde, aponta três dimensões: estrutura (recursos humanos, materiais e organizacionais); processo (relação entre o usuário e o profissional, relação entre profissional e o gestor); e resultados (exames, consultas médicas, dentre outros). O autor retrata que na gerência do cuidado há muitos fatores envolvidos, desde aquilo que o paciente reconhece como necessidade até ao que os profissionais consideram como demanda de saúde. O uso do serviço, assim como os resultados esperados, depende de uma série de antecedentes, e envolve interações de distintos fatores, principalmente no processo assistencial, que influenciarão a qualidade (DONABEDIAN, 1968).

No Brasil, a partir do advento da reforma sanitária e da construção do SUS, surgiram novas demandas assistenciais, gerenciais e intersetoriais, as quais induzem à necessidade de mudança na forma de gerenciar. Assim, a gestão dos serviços de saúde assumiu significado estratégico para a consolidação das políticas do SUS e para a reorganização dos processos de trabalho dos profissionais da saúde para o atendimento das necessidades da população (SULTI et al., 2015).

Nesse contexto, o papel dos gestores se tornou fundamental para assumir o planejamento das ações, estabelecendo metas e definindo protocolos. Com relação ao controle

efetivo do câncer, a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (BRASIL, 2013b) define, nos artigos 21 a 25, as responsabilidades dos gestores do SUS na condução das ações nesta área.

Assim, o controle efetivo de neoplasias, incluindo o câncer de mama, pressupõe uma RAS interligada por pontos dispostos numa área geográfica delimitada e com definição da população a ser atendida, utilizando variados recursos e tecnologias (leve, leve-dura e dura). 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 conformação em RAS tem o intuito de garantir os compromissos sanitários e as relações entre gestores das diferentes instâncias de governo, estabelecido pelo Pacto pela Saúde, no intuito de ofertar ações de promoção, prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos, de forma oportuna, para o controle do câncer. Além disso, visa a assegurar que todos os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento oncológico possuam infraestrutura adequada, recursos humanos capacitados e qualificados, recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes, de maneira a garantir o cuidado necessário de maneira humanizada, na intenção de aumentar a acessibilidade, a eficácia e a equidade da população aos serviços de saúde (BRASIL, 2013a; 2015).

É importante também desenvolver, disponibilizar e implantar sistemas de informação para coletar, armazenar, processar e fornecer dados sobre os cuidados prestados às pessoas com câncer, com a finalidade de obter informações que possibilitem o planejamento, a avaliação, o monitoramento e o controle das ações realizadas, com vistas a garantir a interoperabilidade entre os sistemas e incluir mecanismos de monitoramento, de avaliação e de auditoria, incluindo tempo de espera para o início do tratamento e satisfação do usuário, a fim de melhorar a qualidade das ações e dos serviços ofertados, considerando-se as especificidades dos estabelecimentos de saúde e suas responsabilidades (BRASIL, 2013b).

Ao gestor federal, compete prestar apoio institucional às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios no processo de qualificação e de consolidação da atenção ao paciente com câncer. Cabe a ele, ainda, definir diretrizes gerais para a organização de linhas de cuidado para os tipos de câncer mais prevalentes na população brasileira, além de elaborar protocolos e diretrizes clínicas terapêuticas de maneira a qualificar o cuidado das pessoas com câncer (BRASIL, 2013b).

Na instância estadual, os gestores devem definir estratégias de articulação com as Secretarias Municipais de Saúde, com vistas ao desenvolvimento de planos regionais para garantir a prevenção e o cuidado integral da pessoa com câncer, respeitando-se as especificidades locais, além de apoiar a regulação e o fluxo de usuários entre os pontos de atenção da RAS, visando à garantia da referência e da contrarreferência regionais, de acordo com as necessidades de saúde dos usuários e incentivando municípios na educação permanente dos profissionais de saúde, a fim de promover a qualificação profissional, desenvolvendo competências e habilidades relacionadas às ações de prevenção, de controle e de cuidado às pessoas com câncer (BRASIL, 2013b).

É importante salientar que, a partir da criação do SUS, a gestão dos serviços passou a se organizar de forma descentralizada, com comando único em cada esfera de governo, trazendo para os municípios o papel de protagonista da gestão do sistema de saúde em seu território e a responsabilidade pela AB, assumindo, a partir desse momento, as ações e os serviços de saúde (SOLLA, 2010).

Assim, o processo de descentralização do SUS coloca a competência gerencial como um fator para a implementação de um sistema regionalizado, hierarquizado e participativo. Particularmente, a partir de agora, o SUS tem no financiamento de recursos, na responsabilidade de gestão e no pacto entre gestores, seu ponto de partida para o atendimento das necessidades da população, nos vários pontos de complexidade, sendo que a AB coordena os demais pontos do sistema de saúde, abordando problemas comuns da comunidade, priorizando os serviços de prevenção, de promoção, de cura, de reabilitação, visando à saúde e ao bem-estar das pessoas (FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009).

Desse modo, ao secretário municipal de saúde, compete pactuar regionalmente, por intermédio do Colegiado Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), todas as ações e os serviços necessários para a atenção integral da pessoa com câncer; planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população e operacionalizar a contratualização dos serviços, quando não existir capacidade instalada no próprio município; pactuar as linhas de cuidado na região de saúde, garantindo a oferta de cuidado às pessoas com câncer nos diferentes pontos de atenção; programar ações de qualificação para profissionais e trabalhadores de saúde para o desenvolvimento de competências e de habilidades relacionadas às ações de prevenção e de controle do câncer; e garantir a utilização dos critérios técnico-operacionais estabelecidos e divulgados pelo MS (BRASIL, 2013b).

A reorientação das funções gerenciais pode ser vista como uma das estratégias para a consolidação dos princípios do SUS e para a transformação das práticas de saúde, criando condições para o direcionamento do processo de trabalho, para o desenvolvimento de serviços, para a aplicação de recursos necessários, para a melhoria nas relações interpessoais, da resolutividade e da satisfação dos usuários. A gerência possui um caráter articulador e integrativo, sendo a ação gerencial determinada e determinante no processo de organização de serviços de saúde e um instrumento para a efetivação das políticas (FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A APS é considerada como o primeiro ponto de atenção do sistema de serviços de saúde, devendo funcionar como porta de entrada preferencial, com ações resolutivas sobre os problemas de saúde, se articulando com os outros níveis de complexidade, a fim de formar uma rede integrada de serviços (MENDES, 2011; STARFIELD, 2004).

Os princípios e diretrizes da APS estão contemplados na PNAB que preconiza a Vigilância em Saúde como estratégia primordial para a melhoria da qualidade da assistência nos serviços de saúde. A Vigilância em Saúde é tratada na política como a postura ativa dos profissionais e dos serviços de saúde quando das situações de risco e de vulnerabilidade, delineando planejamento e ações específicas a fim de diminuir os danos e de obter o adequado acompanhamento à saúde da população (BRASIL, 2012b).

De acordo com Monken; Batistella (2009), a ‘vigilância em saúde’, entendida como rearticulação de saberes e de práticas sanitárias, indica um caminho para a consolidação do ideário e dos princípios do SUS, sendo considerada como modelo de atenção alternativo, a fim de superar a dicotomia entre as práticas coletivas (vigilância epidemiológica e sanitária) e individuais (assistência ambulatorial e hospitalar), ao considerar os modos de vida dos vários grupos sociais e de suas necessidades peculiares, tendo como base a epidemiologia e lançando mão de contribuições de outras áreas do conhecimento como da geografia, do planejamento urbano, da administração estratégica e das ciências sociais em saúde; além de ter como suporte político-institucional o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde no nível local.

É importante salientar que os modelos de atenção, ou modelos assistenciais, podem ser definidos como um dado modo de combinar tecnologias para intervir sobre problemas e atender necessidades sociais de saúde, sendo uma maneira de organizar os meios de trabalho utilizados nos serviços ou programas de saúde (ARREAZA; MORAES, 2010a).

Tais modelos sinalizam como melhor unificar os saberes e instrumentos disponíveis para solucionar os problemas de saúde individuais e coletivos, congregando uma lógica que orienta as práticas sobre as demandas potenciais do setor. Os modelos assistenciais, igualmente, podem ser definidos como modos tecnológicos de intervenção em saúde, que designam o modelo de vigilância da saúde (ARREAZA; MORAES, 2010a).

Assim, como um modo de intervenção, no modelo proposto pela vigilância, os profissionais não precisam essencialmente dominar todo o conhecimento sobre certo problema ou agravo em saúde; no entanto, necessitam aumentar e redefinir as ações,

agregando saberes e práticas das diversas áreas, em caráter complementar, por meio de uma visão abrangente e de uma ação integral. Portanto, as ações de saúde deverão ter como base as necessidades percebidas dos usuários em suas dimensões biopsicossociais e ser idealizadas como práticas de saúde (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009).

Além disso, o modelo de vigilância, ao ser contemplado na perspectiva da promoção da saúde, deve preconizar o desenvolvimento de ações que se antecedem ao dano ou ao agravamento; priorizando intervenções que tomem como base o conceito ampliado de atenção à saúde. Sendo assim, as principais marcas desse modelo são as intervenções em face de problemas de saúde, nas várias fases do processo saúde-doença; com destaque aos problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; abordagem sobre a avaliação de risco; articulação entre ações de promoção, de prevenção e curativas; com atuação intersetorial; ações sobre o território e intervenções sob a forma de operações (BRASIL, 2010).

Cabe destacar que, historicamente, o termo vigilância precede a própria existência do SUS, muitas vezes intimamente associado às contribuições da Epidemiologia. Seu surgimento remonta à própria história das civilizações, uma vez que se atentava em fazer algum tipo de controle relacionado à propagação de doenças na população e no ambiente, sendo exemplos a prática de isolamento de doentes e a de quarentena. Posteriormente, a vigilância passou a ser associada às práticas higienistas e campanhistas (SANTOS, 2016).

Nos dias atuais, o termo ganhou um enfoque mais amplo, sendo as ações de vigilância em saúde, em sentido restrito, um conjunto de ações voltadas para conhecimento, previsão, prevenção e enfrentamento continuado de problemas de saúde (ROUQUAYROL; GOLDBAUM; SANTANA, 2013). Assim, a vigilância, como prática sanitária, não se resume ao ato de vigiar, como sugere a etimologia da palavra, mas é, portanto, uma resposta social organizada aos problemas de saúde em todas as suas dimensões, orientando o processo de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais, articuladas por diferentes estratégias de intervenção (MENDES, 2006).

Dada a sua importância, o MS brasileiro, por meio da Secretaria de Vigilância à Saúde, definiu Diretrizes para a Vigilância em Saúde, no ano de 2010, e, em 2014, lançou o documento base da Política Nacional de Vigilância em Saúde, sendo que na própria nomenclatura do MS permanece uma pluralidade de termos (BRASIL, 2010c; 2014b).

A polissemia de significados foi objeto de estudo de uma revisão de literatura desenvolvida por Silva; Vieira-da-Silva (2008) na qual identificaram que o emprego das expressões vigilância/ vigilância da saúde / vigilância à saúde / vigilância em saúde estava

relacionado à noção subjacente de um modelo tecnológico de organização das práticas de saúde, ou seja, de um modelo de atenção.

As diversas denominações e concepções encontradas na bibliografia revisada pelas autoras apontaram para três principais abordagens sobre o tema: a) a vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis; b) a vigilância em saúde pública; e c) a vigilância da saúde (SILVA; VIEIRA-DA-SILVA, 2008).

A primeira abordagem está relacionada ao sentido burocrático relativo às instituições e agentes vinculados ao Estado, responsáveis pelo controle de epidemias, tendo por objeto as doenças infecciosas e seu controle (SILVA; VIEIRA-DA-SILVA, 2008).

A segunda diz respeito a uma vertente modernizadora que amplia seu objeto, correspondendo a uma tecnologia empregada em saúde pública para subsidiar a tomada de decisão sobre a adoção de medidas de prevenção e de controle de eventos relacionados à saúde (riscos e danos). Desse modo, foi incorporado ao conteúdo da vigilância, além de coleta, consolidação, análise, interpretação e disseminação de dados e informações, a execução de ações de prevenção e de controle e a indicação de ações de promoção da saúde (SILVA; VIEIRA-DA-SILVA, 2008).

Para Faria; Bertolozzi (2010), essa segunda perspectiva indica uma ampliação do objeto da vigilância epidemiológica, por não se restringir às doenças de notificação compulsória, se propondo a analisar as situações de saúde de grupos populacionais a partir de seus modos e condições de vida. Nesse sentido, a proposta seria a integração das várias áreas da vigilância; além da epidemiológica, a sanitária, a vigilância ambiental, de saúde do trabalhador e de zoonoses.

Portanto, como prática de saúde pública, a vigilância em saúde teria como objetivo a descrição sistemática dos padrões de ocorrência de doenças e de eventos relacionados à saúde para guiar o planejamento, a execução e a avaliação das intervenções necessárias ao seu controle ou prevenção; abrange a vigilância de doenças transmissíveis, para identificar os casos, almejando evitar a propagação das doenças; e a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis, como é o caso do câncer de mama, com a finalidade de monitorar o comportamento de sua prevalência e de seus fatores de risco, a fim de indicar medidas de promoção e de proteção da saúde. A vigilância em saúde seria, portanto, o componente municipal do sistema nacional de vigilância em saúde (SILVA; VIEIRA-DA-SILVA, 2008).

A terceira definição relaciona-se com a medicina social e com os estudos sobre os determinantes sociais da doença, que, na sua vertente brasileira, se configurou com o movimento da Reforma Sanitária, que representa um modo tecnológico de organização das

práticas de saúde em um dado território, incorporando um conjunto de ações para o enfrentamento de problemas selecionados, inclusive o controle de determinantes socioambientais por meio de políticas públicas articuladas por ações intersetoriais (SILVA; VIEIRA-DA-SILVA, 2008).

Em síntese, os termos Vigilância da Saúde e Vigilância à Saúde são tratados como equivalentes e se referem a um modo tecnológico de reorganização das práticas de saúde no nível local; termo adotado neste estudo por ser considerado o que mais se aproxima desta proposta teórica.

A vigilância à saúde ou da saúde apresenta, portanto, três vertentes: integração entre as atividades de vigilância epidemiológica e sanitária; análise e monitoramento de situações de saúde de um determinado território com participação popular e intersetorialidade; e, como componente que organiza o processo de trabalho na redefinição das práticas sanitárias voltadas para o planejamento (FARIA; BERTOLOZZI, 2010; TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998).

Igualmente, a vigilância à saúde é defendida como um modelo sob a forma de práticas operacionais, ao integrar diferentes tecnologias (leves, leves-duras e duras) e controlar os riscos e os danos que se revelam de acordo com as diferentes fases do processo saúde-doença, desde os agravos até as necessidades sociais de saúde (YAKUWA et al., 2015).

Desse modo, nessa perspectiva mais recente e ampliada, “vigilância à saúde” é recomendada como ferramenta para a transformação dos determinantes de saúde e de doença, tratando-se de um modelo que tem seu foco nos problemas locais, operando a partir de sistemas geográficos de informação e fornecendo subsídios para o adequado planejamento local, incorporando o processo de trabalho em saúde e a interlocução com outros setores sociais (FARIA; BERTOLOZZI, 2010).

O conceito estendido de “vigilância à saúde” objetiva a mudança do modelo de atenção local, progredindo no processo de descentralização da gestão/gerência da saúde, com o fortalecimento do controle social (ARREAZA; MORAES, 2010a).

Nesse entendimento, o termo “vigilância à saúde” representa uma enorme gama de ações que podem articular práticas dispersas e diferentes na saúde coletiva, desde as assistenciais até as ações de promoção e de prevenção. Para Silva; Fracolli (2009), o termo incorpora, além das doenças de notificação compulsória, questões nutricionais, ambientais, de saúde mental, relações trabalho/saúde e violência, procurando, portanto, acompanhar não apenas agravos e riscos, mas também aspectos da adesão, como medidas de autocuidado,

frequência a exames e consultas, *screenings* e atividades existentes nas unidades básicas de saúde e da saúde da família.

Esse modelo, portanto, está em conformidade com as propostas da promoção à saúde, ampliando as ações voltadas para caracterizar uma boa qualidade de vida e subsidia largamente a prática gerencial no processo de definição dos problemas prioritários e das respostas possíveis para enfrentá-los (ARREAZA; MORAES, 2010a,b).

Nesse sentido, é necessário um maior aprofundamento no conceito de Promoção à Saúde para melhor entendimento de como este modelo, Vigilância à Saúde, pode operacionalizar mudanças na abordagem ao câncer de mama.

O conceito de promoção da saúde surgiu no Canadá, em 1974, motivado pelas limitações da economia, tendo em vista o custo elevado dos tratamentos curativos das doenças, os quais não correspondiam a resultados igualmente significativos, bem como da necessidade de enfrentamento do quadro crescente de doenças crônico-degenerativas em um contexto de envelhecimento populacional (WESTPHAL, 2006).

O início do fortalecimento da proposta de promoção da saúde ocorreu a partir da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, no ano de 1986, em Ottawa. Na carta produzida nessa conferência, a promoção da saúde foi entendida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e de saúde, incluindo maior participação no controle desse processo (GUSSO; LOPES, 2012).

Esse encontro consistiu em uma resposta à crescente necessidade por uma nova concepção de saúde pública, que respondesse à complexidade dos problemas de saúde emergentes no mundo, cuja compreensão não era mais possível por meio do enfoque curativista vigente, no qual se vinculava uma certa doença a um determinado agente, mas que se relacionasse a aspectos como as condições e os modos de vida das populações (WESTPHAL, 2006).

A partir de então, aconteceram várias conferências que, em síntese, estabeleceram metas para auxiliar as nações a reduzir as injustiças e as desigualdades sociais e contribuir, por meio dos avanços ideológicos, políticos e conceituais, para o progresso das propostas para o alcance de uma maior qualidade de vida dos indivíduos, enfocando que isso só é possível quando se atua sobre as condições sociais que são determinantes da saúde (DEMARZO; AQUILANTE, 2008).

Numa concepção mais moderna, a promoção da saúde é definida como o processo de fortalecimento e de capacitação de indivíduos e de coletividades (municípios, associações, escolas, entidades do comércio e da indústria, organizações de trabalhadores, meios de

comunicação) para que aumentem suas capacidades de monitorar os determinantes do processo saúde-doença, alcançando alterações positivas nos níveis de saúde, ao se identificar as barreiras à adoção das políticas públicas, com o intuito de superá-las; além de ponderar a intersectorialidade das ações, a implantação de ações coletivas e comunitárias, com consequente reorientação dos serviços de saúde (GUSSO; LOPES, 2012).

Assim, a nova promoção da saúde consiste em proporcionar às pessoas e às comunidades os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre esta.

Para embasar as ações, o MS lançou, em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS), redefinida em 2010 e 2014, com o intuito de promover a qualidade de vida e diminuir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes (modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais) (BRASIL, 2010; 2014c). Tal política apresenta a promoção da saúde como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar entrelaçado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, cooperando para a constituição de ações que permitam responder às necessidades sociais em saúde (GUSSO; LOPES, 2012).

É importante citar que as ações de Promoção à Saúde encontram-se contempladas na prevenção primária das doenças. Desde 1965, Leavell & Clark propuseram o modelo da história natural da doença, composto por três níveis de prevenção (*apud* DEMARZO, 2008), prevenção primária, secundária e terciária, sendo o conceito de prevenção quaternária o mais recentemente proposto. Assim, temos, como prevenção primária, a promoção da saúde e a proteção específica; como prevenção secundária, o diagnóstico e tratamento precoces e a limitação da invalidez; como prevenção terciária, a reabilitação e a limitação do dano e a quaternária, com o combate à iatrogenia, ou seja, ao excesso de cuidados, quando estes se constituem de forma agressiva.

Como a prevenção primária e a secundária são desenvolvidas principalmente na APS, aprofundaremos em seus conceitos: a prevenção primária divide-se nas ações de promoção e nas ações de proteção específicas contra fatores de risco para as doenças, contemplando toda e qualquer ação voltada para a diminuição da exposição da população a tais fatores. A promoção da saúde se relaciona às medidas inespecíficas da prevenção primária, como a cessação do tabagismo, as orientações sobre alimentação saudável e a proteção solar (AYRES, 2009). Nos dias atuais, a promoção vem se tecendo em um conceito mais amplo, que enfatiza a transformação das condições de vida e de trabalho, por mudanças profundas na

forma de articular e de utilizar o conhecimento na construção e na operacionalização das práticas de saúde, visando aumentar a saúde e o bem-estar gerais, não relacionados com alguma doença específica (CZERESNIA, 2016).

Em se tratando do câncer, a prevenção primária é a melhor alternativa quando comparada ao diagnóstico ou ao tratamento da doença, pois, mesmo não podendo modificar nossa predisposição genética, temos a possibilidade de intervir para prevenir exposições e fatores causais do câncer (AYRES, 2009).

A prevenção secundária é contemplada pelo rastreamento (*screening*), que vem a ser testes em populações inicialmente tidas como assintomáticas, para classificar os indivíduos candidatos a exames mais refinados de avaliação, com o intuito de se obter o diagnóstico precoce, com consequente tratamento menos agressivo e, em certos casos, a cura (BRASIL, 2010, 2011a).

O rastreamento é a única estratégia potencialmente capaz de reduzir a mortalidade pelos cânceres cujas causas não são totalmente conhecidas ou nos tipos de tumores que, quando metastáticos, a única opção de tratamento é o paliativo; não havendo, portanto, a possibilidade de prevenção primária (BRASIL, 2010). Assim, o estabelecimento de programas de *screening* é efetivo, levando-se em conta que o diagnóstico precoce do câncer resultará na sua descoberta antes que a doença avance para quadros metastáticos no indivíduo portador (WHO, 2010). O rastreamento é possível para diversos tipos de câncer, incluindo o de mama, e se constitui em uma ação de vigilância do câncer mamário na APS.

Nesse contexto, é sabido que os principais fatores de risco para o câncer de mama, muitos relacionados à história reprodutiva da mulher, tais como idade avançada da primeira gravidez e pequeno número de gestações, além de amamentação por curtos intervalos de tempo, são menos passíveis a intervenções de saúde pública, ou seja, a ações de prevenção primária, principalmente nas sociedades modernas em que há, cada vez mais, maior participação profissional e social das mulheres. Portanto, o diagnóstico e o tratamento precoces, para os quais o rastreamento é um componente fundamental, são os meios mais eficazes para a diminuição da mortalidade por câncer de mama (AZEVEDO e SILVA et al., 2014).

O Brasil tem se caracterizado, nas últimas décadas, por um intenso processo de urbanização e de mudanças nos modos de vida, especialmente para as mulheres, com considerável envelhecimento populacional, resultante do aumento da expectativa de vida ao nascer; drástica redução da fecundidade e aumento da obesidade e da incidência de doenças crônicas (REIS et al., 2014). Nesse contexto, o controle de fatores de risco modificáveis

associados a doenças crônicas não transmissíveis está inserido no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2020, sendo que o plano destaca que, dentre esses fatores, o consumo de álcool, a obesidade e o sedentarismo após a menopausa se associam ao aumento de risco para o câncer de mama (PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL, 2011-2020).

Um estudo que investigou a parcela de incidência de câncer atribuível aos modos de vida, a infecções, à ocupação e a agentes ambientais, numa projeção para 2020, foi a primeira pesquisa a estimar sistematicamente a fração de câncer atribuível a fatores de risco potencialmente modificáveis no Brasil e encontrou que as estratégias para a prevenção primária do tabagismo e para o controle da infecção e para a promoção de uma dieta saudável e atividade física devem ser as principais prioridades nas políticas de prevenção do câncer no país (AZEVEDO e SILVA et al., 2016).

No entanto, o modelo de atenção à saúde que temos hoje ainda está centrado na assistência curativa individual, com foco no atendimento hospitalar. Esse modelo não tem resolvido os problemas de saúde da nossa população, principalmente quando falamos do câncer, que tem apresentado um aumento em seus indicadores.

Portanto, tendo a APS como o foco das suas ações as atividades preventivas, o controle do câncer de mama é uma ação de Vigilância à Saúde que a APS precisa desenvolver, pois tem capilaridade, ou seja, está perto das pessoas e de seus modos de vida, e tem compromisso com a prevenção de doenças. Isso ajuda a detecção precoce e o tratamento oportuno da doença.

De tal modo, em se tratando do câncer de mama, o acesso ao exame mamográfico é o primeiro passo para uma estratégia eficaz de prevenção e controle da doença, devendo ser assegurado, principalmente, às mulheres com maior risco para o desenvolvimento da patologia. Além do acesso à mamografia, a informação em saúde é uma estratégia transversal das práticas de rastreio, seja por meio de ações educativas, com o intuito de contribuir para a construção e para a adoção de uma postura positiva de cuidado ou por meio da análise de registros que permitam identificar mulheres em situação de vulnerabilidade e assegurem maior qualidade ao agir profissional, instrumentalizando os profissionais para a gestão de estratégias de rastreamento (RIBEIRO; ANDRADE, 2016).

Assim sendo, as novas Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama para o controle do câncer de mama se apoiam no tripé:

- População alerta para os sinais e sintomas da doença;
- Profissionais de saúde capacitados; e,
- Sistemas e serviços de saúde preparados para a garantia da confirmação diagnóstica em tempo oportuno (BRASIL, 2015a).

Dessa forma, as ações de vigilância são essenciais para a gestão eficaz de estratégias de rastreamento/controlado do câncer de mama, visto que promovem a cobertura da população com maior risco e apontam caminhos para a redução das taxas de morbimortalidade por essa doença.

Assim, quando falamos em Vigilância da Saúde, a prática da gestão estende sua preocupação para além dos fatores de risco ou de doenças e doentes, passando a incidir sobre as necessidades e determinantes dos modos de vida e de saúde, congregando ao processo de trabalho o planejamento, a programação e a avaliação do impacto das ações sobre o perfil epidemiológico da população (ARREAZA; MORAES, 2010b).

Esse modelo de atenção contribui para a defesa do SUS e da melhoria das condições de vida da população, podendo ser norteador das ações de controle do câncer de mama na APS.

5 MÉTODO

5.1 Referencial metodológico

O referencial metodológico adotado foi proposto por Donabedian, na década de 1960, e é, ainda hoje, muito empregado, por sua simplicidade e utilidade. Esse referencial descreve os enfoques que devem ser considerados numa avaliação da qualidade dos serviços de saúde, afirmando que, independentemente da amplitude da definição de qualidade, existe um tripé de componentes para avaliá-la, que é composto por estrutura, processo e resultados (DONABEDIAN, 1968).

A estrutura é definida como os recursos físicos, humanos, materiais, os equipamentos e os recursos financeiros necessários para a assistência à saúde da população; o processo se refere às atividades envolvendo profissionais de saúde e usuários, incluindo o diagnóstico, o tratamento, os aspectos éticos da relação médico profissional, a equipe de saúde e o paciente, cujo resultado faz alusão ao produto final da assistência prestada, analisando a saúde, as expectativas e a satisfação dos usuários (CALDANA et al., 2013).

O termo estrutura faz menção aos atributos relativamente estáveis no setor que proporciona a assistência. Uma boa estrutura não determina um padrão de qualidade, porém boas condições estruturais têm mais possibilidade de resultar em um processo adequado de cuidados e em resultado favorável do que condições precárias (XIMENES NETO et al., 2008). Portanto, a ausência de estrutura adequada que favoreça o desenvolvimento de intervenções coletivas compromete, muitas vezes, a mudança do modelo assistencial para a perspectiva da vigilância da saúde (MOURA et al., 2010).

Em se tratando do aspecto normativo, a PNAB preconiza a valorização dos aspectos estruturais das unidades de saúde, como itens necessários à realização das ações de atenção primária, sendo destacados os ambientes que devem estar presentes em cada unidade de saúde; os equipamentos e materiais adequados para o conjunto de ações propostas, a composição da equipe multiprofissional, bem como a garantia dos fluxos de referência e contrarreferência para os serviços especializados, a fim de garantir um processo adequado (BRASIL, 2012b).

O termo “processo” inclui tudo o que os médicos e os outros provedores da atenção fazem por seus pacientes, assim como a habilidade com que exercem tal assistência. Nessa perspectiva, também se inclui o que os pacientes fazem por si mesmos. Ao discorrer sobre o processo, Donabedian indica a avaliação das atividades realizadas pelos provedores da assistência, comparando os procedimentos empregados a padrões preconizados. Sintetizando, os

procedimentos necessários são identificados a fim de se verificar se foram aplicados como deveriam; e, os desnecessários também analisados, para serem limitados ou mesmo suprimidos, resultando em economia de recursos e em aumento da produtividade (DONABEDIAN, 1988).

Para estimar a qualidade dos serviços, Donabedian (1988) recomenda a análise da estrutura, do processo e do resultado, instruindo que o estudo do processo é o melhor indicador para se investigar o conteúdo da atenção oferecida no primeiro nível de assistência. Isso porque as melhores condições estruturais podem ser mal utilizadas, porém a excelência profissional pode resultar em efeitos benéficos, mesmo em condições adversas, ou seja, um bom processo pode gerar resultados positivos; no entanto, uma estrutura adequada sendo mal utilizada jamais trará bons resultados. Assim, é possível existir um cuidado à saúde de qualidade em uma situação de precariedade estrutural (VIEIRA-DA-SILVA, 2009).

Para Donabedian (2003), o processo seria a forma mais direta de avaliação da qualidade do cuidado, porque, embora sejam os resultados, ou o fruto da assistência, de extrema importância, estes não podem ser considerados como medida direta da qualidade, pois podem não ser consequência da intervenção realizada, sofrendo influência da exposição dos indivíduos, da conscientização da população, etc. O autor, ao aprofundar seus estudos, deduziu que, por vezes, a utilização somente dos resultados poderia ser arbitrária, indicando que, em alguns casos, um determinado resultado pode não ser pertinente; exemplo disso é quando se elege a sobrevida como indicador em uma situação não fatal, mas que pode gerar uma baixa qualidade de vida.

O termo resultado faz referência ao que se obtém para o paciente. Mais especificamente, um resultado supõe uma troca no estado de saúde, para o bem ou para o mal, que pode ser atribuída à assistência. Os resultados também incluem outras características da assistência, como o conhecimento do indivíduo sobre a enfermidade; mudanças na conduta pessoal que conduzem a saúde; e a satisfação do paciente que se constitui num elemento particularmente importante, pois é um resultado de valor inquestionável, uma vez que a satisfação é um aspecto de bem-estar que a atenção à saúde intenta promover, contribuindo para que o indivíduo tenha motivação para uma participação mais efetiva, além de se constituir em um juízo deste sobre a qualidade da atenção recebida e de seus resultados (DONABEDIAN, 2003).

Portanto, o processo se refere ao conjunto de atividades e de procedimentos empregados no manejo dos recursos e os resultados às mudanças verificadas, sejam elas relacionadas a um efeito no estado de saúde dos indivíduos, a comportamentos, a conhecimentos ou à satisfação dos usuários dos serviços (DONABEDIAN, 1980).

Assim, a análise das práticas gerenciais no controle do câncer de mama é possível por meio do estudo desses indicadores – estrutura, processo e resultados -. Pinho; Jodas, Scochi (2012) afirmam que programas como o controle das neoplasias da mama precisam ter seu desempenho avaliado, o que se faz por meio de indicadores de qualidade. Identificar e analisar as práticas dos gestores pode ser o primeiro passo para uma futura avaliação dos serviços de saúde no que concerne ao controle do câncer de mama no município de Ribeirão Preto, SP, e propor novos estudos em outras localidades.

Duarte e cols. (2015) reiteram que, para que isso ocorra, é preciso a monitorização e avaliação dos sistemas de saúde regionalizados, que possam fornecer dados para o planejamento em todos os pontos de gestão do SUS.

Destarte, essa análise tem como escopo fundamental fornecer suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde. A análise das práticas de gestão deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, julgando a necessidade de implantação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais de saúde, além de medir o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas de saúde (BRASIL, 2005).

5.2 Tipo de estudo

Trata-se de um subprojeto da Pesquisa intitulada “**Ações no controle do Câncer de Mama: identificação das práticas na Atenção Básica**”, a qual é caracterizada como estudo multicêntrico, desenvolvido em parceria pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP (EERP-USP), que visa a retratar a implementação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o rastreamento do câncer de mama, sob a ótica de usuárias, dos enfermeiros e dos gestores dos serviços de saúde dos municípios de Diadema, São Luís do Maranhão, região sudeste de São Paulo e Ribeirão Preto. O presente estudo versa sobre as práticas no controle do carcinoma mamário identificadas pelos gestores da APS de Ribeirão Preto, São Paulo.

É um estudo descritivo, com abordagem quantitativa exploratória, de corte transversal, com análise descritiva dos dados.

Para Cervo; Bervian e da Silva (2007), o estudo descritivo observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los; procura descobrir, com a precisão possível, a frequência com que o fenômeno ocorre, sua correlação e conexão com outros, sua natureza e características.

A pesquisa descritiva possibilita o desenvolvimento de um nível de análise em que se permite identificar as diferentes formas dos fenômenos, sua ordenação e classificação. É um tipo de estudo que permite ao pesquisador a obtenção de uma melhor compreensão do comportamento de diversos fatores e de elementos que influenciam determinados fenômenos (OLIVEIRA, 2002).

O estudo exploratório visa a se familiarizar ou a obter nova percepção do fenômeno, a realizar descrições precisas da situação e a descobrir as relações existentes entre os elementos envolvidos (CERVO; BERVIAN; Da SILVA, 2007).

Polit; Beck; Hungler (2004) descrevem que estudos transversais envolvem a coleta de dados em um ponto do tempo. Os fenômenos sob estudo são obtidos durante um período de coleta de dados. Os delineamentos transversais são especialmente apropriados para descrever a situação, o status do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo.

A pesquisa quantitativa, conforme o próprio termo indica, significa quantificar opiniões, dados, nas formas de coleta de informações, assim como o emprego de recursos e de técnicas estatísticas desde as mais simples até as de uso mais complexo. Em linhas gerais, o método quantitativo é uma forma de se garantir a precisão dos resultados, evitando distorções de análise e de interpretações (OLIVEIRA, 2002).

A utilização do estudo descritivo, quantitativo, transversal é apropriada para este estudo, uma vez que permite apresentar as frequências de aparição das variáveis que, por sua vez, caracterizarão as ações de rastreamento do câncer de mama identificadas pelos gestores das unidades básicas de saúde, informando a situação existente no momento da coleta dos dados.

Desse modo, pelo fato de a dimensão “resultados” ser dinâmica e requerer avaliações longitudinais, nesta pesquisa, a opção foi por analisar os aspectos relacionados à estrutura e ao processo presente nas UBS do município de Ribeirão Preto, SP, identificadas por seus gerentes.

Espera-se que os resultados obtidos possam subsidiar propostas de estratégias de intervenção à SMS-Ribeirão Preto, com vistas à otimização do atendimento às usuárias dos serviços de saúde do município.

5.3 Local de estudo

O cenário de estudo foi composto pelas unidades de saúde que integram a APS do município de Ribeirão Preto, SP.

O município de Ribeirão Preto, SP localiza-se no Nordeste do Estado, distante 307 km da capital, São Paulo. Seu território compreende uma área de 650.916 km² e possui, de acordo com o último censo demográfico, 604.682 habitantes com população estimada para 2016 de 674.405 pessoas (IBGE, 2017). Possui uma densidade demográfica de 928,92 hab/km², correspondendo ao nono município mais populoso do Estado e o sexto do interior do Brasil (IBGE, 2010).

No que concerne à assistência à saúde, o município de Ribeirão Preto encontra-se sob o regime de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, desde maio de 1998, por meio da Portaria no 2553/1998 (RIBEIRÃO PRETO, 2005; 2010). Assim, o município pode traçar estratégias próprias para o fortalecimento do SUS e da AB por meio do Plano Municipal de Saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2014).

Em relação à divisão administrativa da Secretaria Estadual de Saúde (SES) de São Paulo, que conta com 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS), Ribeirão Preto é o polo de referência regional de saúde do DRS XIII, que alberga 26 municípios circunvizinhos (SÃO PAULO, 2016).

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 DRS e para outros departamentos de saúde de São Paulo. 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/Maternidade do Complexo do Aeroporto (MATER) (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

Os serviços de assistência de urgência e de 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) (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

A AB no município foi reafirmada como orientadora de todo o sistema de saúde em rede de cuidados progressivos, da gestão participativa e da ESF como fonte de instrumentos para qualificar o cuidado na APS, por meio do Projeto “Ethos” de Atenção à Saúde (2003) e do Plano Municipal de Saúde 2005-2008, respeitando-se as recomendações da portaria GM 2.488, de 21 de outubro de 2011, que dispõe sobre a PNAB, a qual orienta a implantação de Equipes de Saúde da Família (eSF), propriamente ditas, e de Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) nos estabelecimentos de saúde dos municípios (RIBEIRÃO PRETO, 2003).

Dessa forma, no intuito de implantar a ESF, foram criadas Unidades de Saúde da Família (**USF**). Nesse processo, o município optou por aproveitar estruturas e recursos humanos já existentes, seguindo os princípios da SF; porém, ofertando os serviços da UBS tradicional. Esse tipo de UBS recebe a denominação de **mista**. Ainda, seguindo as recomendações da PNAB, outras unidades receberam EACS (**UBS Tradicional com ACS**) e as restantes permaneceram no modelo de **UBS Tradicional sem ACS**.

Desse modo, neste estudo, foram adotadas as denominações para tipo de UBS: Mista, USF ou Tradicional.

A cidade de Ribeirão Preto conta com 48 estabelecimentos de AB distribuídos pelos cinco distritos de saúde, com cinco Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS), sendo quatro com funcionamento 24 horas; 16 Unidades de Saúde da Família (USF) (sendo 12 somente PSF e quatro, parte tradicional e parte PSF, ou seja, mista), com um total de 30 eSF; e 24 Unidades Básicas Tradicionais (UBS) (sendo 18 com EACS, totalizando 20 equipes, e seis sem EACS); conta, ainda, com um Centro Médico Social Comunitário (CMSC) (modelo tradicional) e dois Centros de Saúde Escola (CSE) (sendo um modelo tradicional e um misto, com uma eSF).

Os distritos agrupam várias Unidades de Saúde e outros equipamentos sociais que correspondem a regiões com áreas e populações definidas. Esses distritos são: *Central* (Distrito Central – seis unidades); *Leste* (Distrito do Castelo Branco – sete unidades); *Norte* (Distrito do Simioni – 12 unidades); *Oeste* (Distrito do Sumarezinho – 19 unidades) e *Sul* (Distrito da Vila Virgínia – quatro unidades).

A distribuição das unidades de saúde que compõem esses distritos, com suas respectivas equipes de ACS/SF, modalidades da AB e unidades selecionadas neste estudo é apresentada no quadro a seguir:

Quadro 1 - Distribuição das Unidades de saúde e equipes de ACS/SF por distrito de saúde e modalidade da atenção básica e unidades selecionadas para este estudo. Ribeirão Preto, SP, dezembro de 2013 a agosto de 2014

Distritos de Saúde e UBDS	UBS Tradicional sem EACS	UBS Tradicional com EACS	UBS mista (USF adaptada)	USF
Distrito Central				
<i>UBDS central*</i>	- UBS Campos Elíseos - UBS Jardim João Rossi * - PAM II (Posto de Atendimento Médico)	- UBS Vila Tibério – 1 EACS	- CSE Vila Tibério – 1 eSF*	
Distrito Leste				
<i>UBDS Castelo Branco</i>		- UBS Bonfim Paulista – 1 EACS - UBS Jardim Juliana* - 1 EACS - UBS Santa Cruz – 1 EACS - UBS São José* - 1 EACS - UBS Vila Abranches* - 1 EACS	- USF Jardim Zara* 4 eSF	
Distrito Norte				
<i>UBDS Quintino Facci II</i>		- UBS Jardim Aeroporto – 1 EACS - <u>UBS Marincek*</u> ** - UBS Quintino Facci I* – 1 EACS - UBS Simioni* – 1 EACS - UBS Vila Mariana – 1 EACS - UBS Valentina Figueiredo* – 1 EACS - UBS Ribeirão Verde* - 3 EACS	- USF Jardim Heitor Rigon – 3 eSF	- USF Avelino Palma* - 2 eSF - USF Estação do Alto* - 2 Esf - USF Geraldo C. de Carvalho – 1 eSF
Distrito Oeste				
<i>UBSD Sumarezinho</i>	- CMSC Vila Lobato - CSE Ipiranga* - UBS Ipiranga* - UBS José Sampaio*	- UBS Dom Mielle* - 1 EACS - UBS Jardim Presidente Dutra* - 1 EACS - UBS Vila Recreio* – 2 EACS	- USF Maria Casagrande Lopes* - 4 eSF - USF Vila Albertina* - 4 eSF	- USF Jardim Paiva* 1 eSF - USF Jardim Jamil Cury (Portal do Alto)* - 1 eSF - USF Jardim Eugênio Mendes Lopes* - 2 eSF - USF Núcleo I - 1 eSF - USF Núcleo II - 1 eSF - USF Núcleo III - 1 eSF - USF Núcleo IV - 1 eSF # - USF Núcleo V* - 1 eSF - USF Núcleo VI - 1 eSF #
Distrito Sul				
<i>UBDS Vila Virgínia*</i>	- UBS Parque Ribeirão Preto*	- UBS Adão do Carmo Leonel – 1 EACS - UBS Jardim Maria das Graças* – 1 EACS		
5 UBDS	6 UBS sem EACS 1 CMSC 1 CSE	18 UBS com 20 EACS	4 mistas / 15 eSF 1 CSE	12 USF com 15 eSF

Fonte: SMS RP * Unidades selecionadas

** grifo nosso – foi considerada mista neste estudo porque alberga a USF Heitor Rigon (UBS+ USF)

Núcleo IV e Núcleo VI coexistem na mesma estrutura física.

5.4 Amostragem

O estudo em questão utilizou processo de amostragem por conveniência, utilizando as mesmas unidades sorteadas no plano amostral para o estudo com as usuárias da pesquisa maior, no qual se optou por uma amostra complexa, de maneira a se obter representatividade do montante de mulheres, a partir da produção de serviços das 42 unidades de saúde do município de Ribeirão Preto (existentes no momento da realização do cálculo amostral). Posteriormente, as usuárias foram distribuídas por unidade de saúde e por faixa etária. A seleção de unidades foi realizada aleatoriamente e por observação *in loco* do fluxo de atendimentos (unidade de pequeno, médio e grande porte), e também com o cuidado de contemplar unidades dos tipos/modalidades: UBS Tradicional, USF e UBS Mista, configurando um total de 30 unidades de saúde.

5.5 Participantes do estudo/Critérios de inclusão e exclusão

Os participantes do estudo foram os gestores das 30 UBS do município de Ribeirão Preto selecionadas para o estudo das usuárias, que se encontravam atuantes no período de coleta de dados, de ambos os sexos, sem restrição de faixa etária e de tempo de atuação. Os gerentes foram abordados nas próprias unidades de saúde, durante o expediente de trabalho. A decisão pela utilização dos gerentes como sujeitos do estudo se deu por serem os profissionais que ficam mais à frente da organização do serviço de saúde (estrutura, equipamentos, insumos, etc).

Gestores que atuassem em mais de uma unidade foram entrevistados uma única vez, sendo excluídas as outras unidades em que estes operassem. Assim, foram descartadas quatro unidades, pois um gestor atuava em três unidades diferentes, tendo sido entrevistado na primeira unidade na qual foi localizado e dois gestores atuavam em duas unidades cada um, também respondendo ao questionário somente uma vez ($30 - 4 \text{ unidades} = 26$). Dois gestores se recusaram a participar ($26 - 2 = 24$). Assim, participaram do estudo 24 gestores, de 24 unidades de saúde, que foram convidados e aceitaram participar da pesquisa (Figura 1). Inicialmente, foi feito contato telefônico com todos os gestores para agendamento das entrevistas que foram realizadas nas próprias UBS.

* Local de aplicação do questionário.

Figura 1: Fluxograma de seleção dos participantes do estudo. Ribeirão Preto/SP, 2014

5.6 Instrumento de coleta de dados

Foi utilizado um instrumento elaborado segundo as ações determinadas à atenção primária no Programa de Controle do Câncer de Mama, avaliado por peritos na área e que teve sua validação semântica realizada por Marques (2011) na região Sudeste de São Paulo/SP; e publicado por Marques; Figueiredo; Gutierrez (2015). Suas variáveis foram organizadas segundo as dimensões estrutura e processo, propostas por Donabedian (1968; 1988) (APÊNDICE 1).

Tal instrumento é composto por 32 questões e seus subitens, contendo variáveis acerca de: informações gerais, como o tipo de UBS; identificação do gestor, incluindo tempo de atuação na unidade de saúde, dados de formação profissional; capacitação do gestor; estrutura e recursos da UBS; sobre a equipe de saúde; sobre a MMG; USG das mamas; sistemas informatizados com tempo de implantação e dificuldades em suas utilizações; capacitação do profissional de saúde que atua na UBS; e ações no controle do câncer de mama, incluindo as ações desenvolvidas na unidade e os problemas que limitam a execução das ações preconizadas.

Quadro 2 - Descrição das variáveis incluídas no estudo segundo as dimensões de estrutura e processo.

ATRIBUTOS DA ESTRUTURA	ATRIBUTOS DO PROCESSO
- <i>Formação/qualificação e tempo de atuação do gestor;</i>	- Fatores que dificultam a realização de MMG e USG de mamas;
- <i>Capacitação do gestor</i> quanto às ações preconizadas para o controle do câncer de mama;	- Fatores que dificultam a avaliação, pelo médico, de MMG e USG de mamas;
- <i>Disposição de instalações físicas e de equipamentos:</i> tempo de funcionamento da Unidade Básica, número de consultórios, sala para coleta de Papanicolaou e espaço para reunião educativa;	- Problemas encontrados na utilização dos sistemas informatizados;
- <i>Dimensionamento e qualificação da equipe:</i> tipo de UBS; número de equipes de PSF, equipes completas, presença de especialistas em ginecologia e obstetrícia.	- <i>Planejamento das ações:</i> finalidade da utilização dos sistemas informatizados;
- <i>Fluxos:</i> registro do número de MMG realizadas e USG mama/mês, registro do tempo entre a solicitação e o retorno do resultado;	- Formas de planejamentos das ações quando os sistemas informatizados não são utilizados;
- <i>Presença e funcionamento de recursos logísticos:</i> sistemas informatizados e tempo de implantação;	- Ações desenvolvidas na UBS para o controle do câncer de mama;
- <i>oferta de capacitação dos profissionais de saúde:</i> capacitação sobre as ações preconizadas pelo MS e tempo da última capacitação; <i>disponibilidades dos protocolos na UBS.</i>	- Fatores que dificultam a execução para as ações de controle do câncer de mama.

5.7 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2013 a agosto de 2014, nas unidades de saúde que compõem a atenção básica, por meio de entrevistas com os gestores selecionados, em horário agendado por estes. Foram utilizados formulários informatizados que permitem a entrada dos dados da entrevista diretamente no banco de dados, por meio do recurso de acesso à internet, através de *smartphones*. Nas UBS em que o acesso via WEB não era possível, a coleta foi realizada em formulário de papel e, em seguida, os dados foram digitados no sistema. A maior parte das entrevistas teve duração aproximada de 40 minutos e o processo de dupla digitação aplicado nos formulários obteve concordância perfeita.

Precedendo à coleta, foi realizado um treinamento para a 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, num módulo específico (SISACC - <http://www.observatoriocancerdemama.eerp.usp.br>) assim que a entrevista for finalizada (em tempo real).

5.8 Análise dos dados

Os resultados foram apresentados descritivamente, por meio de tabelas de frequência para variáveis qualitativas (ordinais ou nominais), sendo utilizado o programa de análise estatística com apoio dos softwares IBM SPSS 20 (*Statistical Package for the Social Sciences*) e Excel 2010 ® (Microsoft Office).

Foi realizada a categorização das variáveis, segundo as dimensões de estrutura e processo, propostas por Donabedian (1988) e analisadas de forma descritiva, à luz do referencial teórico da Vigilância à Saúde.

5.9 Aspectos éticos

A realização do estudo foi autorizada pela Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP) (ANEXO A) e o projeto maior foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-CEP-EERP/USP (protocolo CAAE: 16982513.7.1001.5393) (ANEXO B). Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2).

6 RESULTADOS

Para um melhor entendimento, os resultados foram apresentados segundo as dimensões de estrutura e de processo, propostas por Donabedian (1988).

6.1 Atributos da estrutura

6.1.1 Atributos da estrutura relacionados à formação/qualificação e tempo de atuação do gestor, e capacitação do gerente quanto às ações preconizadas para o controle do câncer de mama

Os 24 gestores das 24 UBS incluídas neste estudo dividiam-se em: 15 (62,5%) gerentes de UBS tradicionais; cinco (20,8%), de USF e quatro (16,7%), de UBS mistas.

Sobre o tempo de atuação na UBS, metade dos gestores tinha até cinco anos de atuação, 12 (50,0%); outros 8 (33,3%), de cinco a 10 anos de atuação e quatro (16,7%), mais que 10 anos de tempo de serviço na UBS.

Quanto à formação profissional, 12 (50,0%) gestores eram especialistas; cinco (20,8%) eram mestres; dois (8,3%), doutores e cinco (20,8%) cursaram residência. Alguns cursaram mais de uma especialização na área da saúde; assim, foram totalizadas 15 respostas, sendo cinco (33,3%), PSF; duas (13,3%), saúde pública; uma (6,7%), gestão em saúde e sete (46,7%), outras especialidades, a saber: administração hospitalar, endodontia, periodontia, fonoaudiologia clínica, infectopediatria e saúde do trabalhador (dois gestores).

Ao serem questionados sobre o recebimento de orientação formal sobre as ações preconizadas pelo MS para o controle do câncer de mama, por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), nove (37,5%) gestores relataram não ter recebido capacitação e 15 (62,5%) que a receberam. Todos [15 (100,0%)] foram capacitados há menos de cinco anos.

6.1.2 Atributos da estrutura relacionados às disposições físicas e de equipamentos

À época da coleta de dados, a maior parte das unidades [dez (41,6%)] tinha até dez anos de funcionamento; outras seis (25,0%) tinham entre 11 e 20 anos de funcionamento; quatro (16,7%), entre 21 e 30 anos e quatro (16,7%) funcionavam havia mais de 30 anos, de acordo com informação fornecida pelos gestores.

Para o item de número de consultórios das UBS, os gestores relataram que a maioria delas possui até cinco consultórios [15 (62,5%)]; 6 (25,0%), entre seis e dez consultórios e três (12,5%) unidades tinham mais que dez consultórios de atendimento.

Quanto à estrutura e aos recursos, a maioria das UBS possui consultórios de enfermagem [18 (75,0%)], sendo que nas outras seis (25%) há compartilhamento com o médico. De todas elas, 17 (70,8%) possuem um consultório para atendimento de enfermagem; cinco (20,8%) contam com dois consultórios; uma (4,2%) dispõe de três consultórios e outra (4,2%) tem quatro consultórios utilizados por enfermeiros.

Todas as unidades [24 (100,0%)] possuem sala equipada e com espaço adequado para a coleta de Papanicolaou, sendo que na maior parte delas [16 (88,9%)] há uma sala e duas UBS (11,1%) possuem duas salas para a coleta de citologia oncológica.

Do total de unidades, 18 (75,0%) possuem espaço para reuniões educativas e, destas, 15 (62,5%) têm um único espaço para tais atividades; cinco (20,8%) têm dois espaços e quatro (16,7%) dispõem de três espaços para tal finalidade.

6.1.3 Atributos da estrutura referentes ao dimensionamento e qualificação da equipe

Somadas as unidades que eram USF [cinco (20,8%)] às mistas [quatro (16,7%)], obteve-se um total de nove unidades, nas quais atuavam 17 eSF; sendo que, destas, seis (35,3%) equipes estavam incompletas e os profissionais que faltavam eram: médico, em uma (16,7%) equipe; enfermeiros, em duas (33,3%) equipes; auxiliares de enfermagem em uma (16,7%) eSF e em duas (33,3%) equipes faltavam ACS.

Em sete (77,8%) das unidades USF ou mistas, havia a presença de profissional médico especialista em ginecologia e obstetrícia.

As unidades que não possuíam eSF totalizaram 19 (79,2%) [quinze (62,5%) tradicionais e quatro (16,7%) mistas]. Dentre estas, 18 (94,7%) contavam com profissionais especialistas em ginecologia e obstetrícia, sendo que em 17 (94,4%) delas o profissional é médico e em uma (5,6%) há médico e enfermeiro com tal especialidade.

Nessas 18 unidades, havia, em sua maioria, até cinco enfermeiros [16 (84,2%)] e nas outras três (15,8%) atuavam mais de cinco enfermeiros, em cada uma delas, de acordo com seus gerentes. Quanto ao número de técnicos de enfermagem nas UBS, em cinco (26,3%) não havia a atuação deste profissional; em 12 (63,2%), trabalhavam entre um e cinco técnicos e em duas (10,5%), de seis a dez profissionais desta categoria.

Quanto aos auxiliares de enfermagem, esta categoria profissional não era contemplada em duas (10,5%) UBS; em três (15,8%) UBS, atuavam até cinco auxiliares; em seis UBS (31,6%), atuavam entre seis e dez auxiliares de enfermagem; em outras seis unidades (31,6%), entre 11 e 20 funcionários auxiliares de enfermagem e em duas (10,5%), havia mais que vinte profissionais de tal categoria.

Os profissionais médicos atuantes nas unidades estavam distribuídos em sua maior parte em até dez médicos por UBS [13 (68,4%)]; de 11 a 20, em cinco unidades (26,3%) e mais que 20 médicos atuando em uma UBS (5,3%).

6.1.4 Dimensões da estrutura referentes aos fluxos de exames de MMG e USG de mamas

De acordo com os gestores, nenhuma unidade possui mamógrafo. Todos os gestores [24 (100,0%)] informaram que os serviços de referência de suas áreas de abrangência para a realização da MMG são públicos.

A maioria das unidades [20 (83,3%)] registra o número de MMG solicitadas por mês no serviço e quatro (16,7%) não possuem esta informação. Nove (45,0%) dos gestores informaram que são solicitadas, em média, 30 MMG por mês em suas unidades; seis (30,0%) informaram que são requisitadas de 31 a 50 MMG mensais e cinco (25,0%) gestores afirmaram que há pedidos de mais de 50 mamografias por mês nas UBS em que atuam.

Em relação ao registro do tempo de solicitação da MMG e o retorno dos resultados, grande parte das UBS [17 (70,8%)] possui tal registro e sete (29,2%) não possuem este controle. Dois (11,8%) gerentes informaram que o laudo mamográfico fica pronto em torno de 20 dias; seis (35,3%) informaram que o retorno leva em média 30 dias; outros seis (35,3%) relataram prazo aproximado de 40 dias e um (5,8%) disse demorar aproximadamente 45 dias para o retorno dos resultados.

Todos os gestores informaram que em nenhuma das unidades selecionadas para este estudo era realizada USG de mamas. Todos eles [24 (100,0%)] afirmaram que os serviços de referência de suas áreas de abrangência para a realização da USG de mamas são públicos.

No que se refere ao registro do tempo entre a solicitação da USG das mamas e o retorno dos resultados, 17 (70,8%) UBS possuem tal registro e sete (29,2%) não possuem esta informação. Os gestores de duas (11,8%) unidades informaram que o tempo médio para o retorno dos resultados é de até 20 dias; 12 (70,5%) gerentes relataram que este tempo é de 30 a 40 dias; dois (11,8%), de 50 a 60 dias e um (5,9%) informou prazo superior a 60 dias.

A maioria das unidades [15 (62,5%)] registra o número de USG das mamas solicitadas por mês no serviço e nove (37,5%) não têm o registro dessa informação, pois não é especificada a região do corpo em que a USG foi realizada. Sobre o número mensal de USG de mamas solicitadas, os gestores das UBS que possuíam o controle informaram: dois (13,3%), que são solicitadas até cinco USG de mamas mensais na unidade; oito (53,3%), entre seis e dez USG de mamas; um (6,7%), de 11 a 20; um (6,7%), de 21 a 40 e três (20,0%) mais que 40 USG de mamas.

6.1.5 Atributos da estrutura referentes à presença e tempo de funcionamento de recursos logísticos

Sobre os sistemas informatizados, a maioria das UBS têm implantados os sistemas SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) [20 (83,3%)], SISMAMA [(14 (58,3%)] e SISCAN [22 (91,7%)]. Poucos gestores informaram a implantação do SIASUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS) [(dois (8,3%)] e do SISREG (Sistema Nacional de Regulação) [(um (4,2%)]]. Nenhum deles informou implantação do SIGA (Sistema Integrado de Gestão e Assistência à Saúde).

Sobre o tempo de implantação dos sistemas informatizados, do total (20) de gestores que assinalaram a implantação do SIAB, dois (10,0%) informaram implantação de até cinco anos em suas unidades; nove (45,0%) disseram que o sistema estava implantado entre cinco e dez anos e outros nove (45,0%), que o SIAB funcionava há mais de 15 anos.

Os gestores que informaram implantação do SIASUS e do SISREG relataram que esta ocorreu há seis anos.

Com relação ao SISMAMA, 10 (71,4%) dos entrevistados relataram que sua implantação ocorreu em até cinco anos e quatro (28,6%) que ocorreu entre seis e dez anos. Para o SISCAN, 14 (63,6%) gestores informaram que foi implantado havia cinco meses e oito (36,4%), que a implantação ocorreu entre seis e dez meses.

6.1.6 Dimensões da estrutura relacionadas à oferta de capacitação dos profissionais de saúde e disponibilidade dos protocolos na UBS

Para o item referente à capacitação dos profissionais de saúde que atuam nas unidades com relação às ações preconizadas para o controle de neoplasias da mama, os gestores informaram que a maioria dos funcionários foi capacitada [22 (91,7%)], sendo a maior parte

[12 (54,5%)] há menos de seis meses; sete (31,8%), de seis meses a um ano; um (4,5%) informou que a equipe foi capacitada de um a dois anos e dois (9,1%) informaram que os profissionais foram capacitados há mais de dois anos.

Com relação à presença de documentos que retratam tais ações, 13 (54,2%) dos gestores informaram que a unidade possui o CAB nº 13; quatro (16,7%) negaram a existência e sete (29,2%) relataram não saber. Quanto ao Documento de Consenso do Controle do Câncer de Mama, 14 (58,3%) dos gerentes afirmaram possuir o documento na UBS; cinco (20,8%) gestores afirmaram não haver o documento disponível na unidade e cinco (20,8%) informaram não saber.

6.2 Atributos do processo

6.2.1 Dimensões do processo relacionadas aos fatores que dificultam a realização e avaliação, pelo médico, da MMG e USG das mamas

Quanto à presença de dificuldades para a realização da MMG, 13 (54,2%) gestores elencaram entraves na realização deste exame. Cada gestor poderia assinalar mais de uma dificuldade, sendo que seis (42,9%) apontaram a falta da paciente ao exame agendado como uma das principais dificuldades, seguida de dificuldades no agendamento do exame no serviço de referência [quatro (28,6%)] e outras dificuldades [oito (57,1%)].

No caso da USG de mamas, 11 gestores (45,8%) informaram a presença de dificuldades para a realização desta, sendo que todos estes apontaram a falta da paciente na data agendada para realizar o exame como uma dessas dificuldades [11 (100,0%)], e seis (54,5%) deles afirmaram haver entraves no agendamento do exame.

Quando questionados se há algum fator que dificulte a avaliação do resultado ~~de~~ desses exames da usuária pelo médico, seis (25,0%) gestores afirmaram que existem dificuldades neste quesito, sendo estas: a demora no agendamento do retorno [dois (33,3%)]; a demora da entrega do resultado do exame no serviço de referência [um (16,7%)] e outra [um (16,7%)], sendo especificada com “a falta da usuária”.

6.2.2 Atributos do processo relacionados aos problemas encontrados na utilização dos sistemas informatizados

Na tabela 1 enumeram-se os principais problemas encontrados na utilização dos sistemas implantados identificados pelos gestores.

Tabela 1 - Distribuição dos principais problemas identificados pelos gestores na utilização dos sistemas informatizados implantados na UBS. Ribeirão Preto/SP, 2014

	SIAB		SISREG		SIASUS		SISMAMA		SISCAN	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Falta de capacitação	1	4,2	0	0,0	0	0,0	2	8,3	3	12,5
Rede ruim ou em falta	6	25,0	1	4,2	2	8,3	13	54,2	22	91,7
Os profissionais não consideram o sistema importante	2	8,3	0	0,0	0	0,0	2	8,3	2	8,3
Vários sistemas informatizados e poucos recursos humanos	10	41,7	1	4,2	1	4,2	8	33,3	11	45,8
Excesso de itens a preencher	10	41,7	0	0,0	0	0,0	9	37,5	11	45,8
Itens a preencher não têm utilidade prática	5	20,8	0	0,0	0	0,0	5	20,8	6	25,0
Preenchimento inadequado	5	20,8	0	0,0	0	0,0	5	20,8	7	29,2
Outra dificuldade	4	16,7	0	0,0	0	0,0	5	20,8	7	29,2

Fonte: dados da pesquisa

* Nota: Cada frequência foi calculada sobre o número total da amostra (n=24). O total não corresponderá a 100%, pois cada indivíduo poderia citar mais de uma categoria de resposta.

6.2.3 Dimensões do processo referentes à programação das ações para o controle do câncer de mama e formas de planejamento quando os sistemas informatizados não são utilizados

Acerca da utilização dos dados gerados nos sistemas informatizados para o planejamento das ações para o controle do câncer de mama, a maior parte dos gestores, 16 (66,7%) informaram que tais recursos tecnológicos permitem a programação das ações; seis (25,0%) afirmaram que os dados não permitem tal planejamento e dois (8,3%) disseram não saber.

A tabela 2 especifica as finalidades na utilização dos sistemas para o planejamento das ações identificadas pelos gerentes, com destaque para a promoção de ações educativas, 14 (87,5%).

Tabela 2 - Caracterização do planejamento de ações para o controle do câncer de mama por gestores das unidades básicas de saúde. Ribeirão Preto, SP, dez. 2013 a ago. 2014

	N	%
Estimar cobertura	13	81,3
Prover recursos para manter as ações	11	68,8
Conhecer as características das mulheres atendidas	13	81,3
Fazer busca ativa	13	81,3
Promover ações educativas	14	87,5
Outra	1	6,25

Fonte: dados da pesquisa

* Nota: Cada frequência foi calculada sobre o número total da amostra (n=16). O total não corresponderá a 100% pois cada indivíduo poderia citar mais de uma categoria de resposta.

A categoria ‘outra’ identificada pelo gestor diz respeito à identificação precoce dos casos.

Dos seis gestores que não utilizam os sistemas informatizados para o planejamento das ações, três (50,0%) afirmaram que não planejam nenhuma ação; dois (33,3%) planejam de acordo com a demanda e um (16,7%) informou ser atribuição de outro profissional ou instância, no caso, o médico ginecologista.

6.2.4 Atributos do processo relacionados às ações desenvolvidas na UBS para o controle do câncer de mama

A tabela 3 caracteriza as ações para o controle do câncer de mama que são identificadas pelos gestores das UBS. Cabe ressaltar que os 24 (100%) gestores que participaram do estudo referiram: prioridade no encaminhamento de mulheres com exame de MMG alterado, solicitação de exame de MMG para mulheres do grupo de alto risco e prioridade no encaminhamento de mulheres com ECM alterado.

Com relação aos entraves na execução das práticas para o controle do carcinoma mamário, 13 (54,2%) gestores apontaram dificuldades enfrentadas pelos serviços, com predomínio de falta de profissionais de saúde e de demanda excessiva (Tabela Y).

Tabela 3 - Caracterização das ações para o controle do câncer de mama desenvolvidas nas unidades básicas de saúde, e as dificuldades na sua realização, de acordo com os gestores. Ribeirão Preto, SP, dez. 2013 a ago. 2014

	N	%
Ações		
Captação de mulheres na faixa etária priorizada	19	79,2
Implantação da agenda da mulher	2	8,3
Exame Clínico das Mamas (ECM)	23	95,8
Busca ativa das mulheres que nunca realizaram o ECM	8	33,3
Prioridade no encaminhamento de mulheres com ECM alterado	24	100,0
Acompanhamento de rotina em ECM normal e baixo risco	23	95,8
Solicitação de MMG para mulheres de alto risco	24	100,0
Busca ativa das mulheres com laudo de MMG suspeito para malignidade e sem retorno para buscar o resultado	15	62,5
Prioridade no encaminhamento de mulheres com resultado de MMG alterado	24	100,0
Busca ativa das mulheres que faltaram à realização da MMG	4	16,7
Medidas para o encaminhamento à unidade de referência dos casos suspeitos de câncer de mama	23	95,8
Reuniões educativas sobre medidas para o controle do câncer de mama	11	45,8
Dificuldades		
Falta de equipamentos	1	4,2
Falta de profissionais de saúde	7	29,2
Falta de capacitação profissional	0	0,0
Demanda excessiva	7	29,2
Crenças das usuárias	5	20,8
Agendamento exames e ou retorno	6	25,0
Outra	7	29,2

Fonte: dados da pesquisa

* Nota: Cada frequência foi calculada sobre o número total da amostra (n=24). O total não corresponderá a 100%, pois cada indivíduo poderia citar mais de uma categoria de resposta.

As ‘outras’ dificuldades identificadas pelos gestores (n=7) foram: ausência de informações do prestador conveniado para realização dos exames [duas (28,6%)]; falta da usuária nas atividades programadas [duas (28,6%)]; estrutura física das UBS [duas (28,6%)] e sensibilização dos profissionais de saúde e da população para as ações educativas em saúde [uma (14,2%)].

7 DISCUSSÃO

Apresenta-se, a seguir, a análise das práticas no controle do câncer de mama no município de Ribeirão Preto/SP, identificadas pelos gestores que atuavam na APS, à época da coleta dos dados para esta pesquisa.

A literatura aponta que, ao existirem projetos de implantação de programas de controle de agravos de saúde, como por exemplo, o câncer de mama, há a necessidade de uma análise cuidadosa, por parte dos gestores, dos fatores históricos e políticos envolvidos, respeitando-se as especificidades locais para não haver prejuízo na eficácia das ações (SMITH, 2011).

Nesse sentido, Ribeirão Preto organiza a rede de saúde de acordo com as possibilidades do município e, desde 2003, com o projeto Ethos, firmou a APS como ordenadora da rede de atenção, tendo a ESF como modelo de atenção prioritário (RIBEIRÃO PRETO, 2003). Ainda assim, a cobertura de eSF no município é baixa para as equipes de ESF, ficando em torno de 13,9% para a população estimada do município, sendo que a cobertura populacional total com as EACS é de 30,9% (RIBEIRÃO PRETO, 2014).

Apesar das dificuldades com a cobertura de eSF, esse caminho mostra-se adequado, no que se refere aos projetos de implantação de programas de controle do câncer de mama em Ribeirão Preto, uma vez que a APS constitui o primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde cuja ação está voltada para a promoção da saúde, para a prevenção de agravos, para o tratamento e a reabilitação (PARADA et al., 2008). A PNAB prioriza o modelo de atenção da ESF que se fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais e em um território adscrito, desenvolvendo ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população (BRASIL, 2017).

7.1 Atributos da estrutura

7.1.1 Atributos da estrutura relacionados à formação/qualificação e tempo de atuação do gestor, e capacitação do gerente quanto às ações preconizadas para o controle do câncer de mama

No cenário de estudo em questão, a maioria dos gestores, 15 (62,5%), atuava em UBS tradicionais e, no que diz respeito ao tempo de experiência profissional na APS, a maioria dos entrevistados tinha menos de cinco anos. Destaca-se, no entanto, que a metade deles havia cursado especialização, principalmente na área de Saúde Pública, corroborando aos dados da

literatura que mostra a procura por especialização em cursos *lato sensu*, com destaque para Saúde Coletiva e para o PSF (CARVALHO et al., 2014; FERNANDES, MACHADO, ANSCHAU; 2009).

O grande número de profissionais que realizou pós-graduação *lato sensu* indica preocupação em se capacitar e atualizar seus conhecimentos. Estudo afirma que esses profissionais reconhecem a importância de participar desses cursos como forma de contribuição para a qualificação profissional, muitas vezes estimulado pelas próprias coordenações das instâncias centrais (SALES; SILVA; PINTO, 2014).

Entretanto, estudo realizado com enfermeiras atuantes na atenção primária da cidade de São Paulo mostra que a participação do profissional de saúde em programa de capacitação nem sempre está atrelado a uma assistência adequada. Nesse sentido, na análise da influência da capacitação sobre a realização das ações para detecção precoce do câncer de mama, encontrou-se diferença estatisticamente significativa somente na orientação da idade para o início da MMG e na realização de reuniões educativas. Os resultados não comprovaram, portanto, que o tempo de atuação do enfermeiro na UBS, bem como sua participação em programa de capacitação estivesse influenciando substancialmente a execução das ações para o controle do câncer de mama (MELO et al., 2017).

Assim, essas autoras reforçaram a importância da implementação de atividades de educação permanente como estratégia para qualificar a prática profissional e consideraram necessário atentar para os diversos aspectos que podem estar influenciando o pequeno impacto das atividades de capacitação nas ações para a detecção precoce do câncer de mama (MELO et al., 2017).

No que se refere à formação dos profissionais sobre os aspectos da gestão do SUS, André; Ciampone; Santelle (2013) afirmam que existem sérias fragilidades entre o que a academia oferece de ensino dessa gestão e a realidade concreta em que a prestação dos serviços de saúde ocorre, sendo esse um fator que contribui, mundialmente, para a ineficiência do setor saúde. Os resultados da pesquisa dos autores citados evidenciaram a necessidade de as escolas alinharem os conteúdos da formação dos profissionais de saúde às necessidades da prática diária. No âmbito gerencial, o incremento de novas modalidades de organização e de prestação dos serviços coloca desafios para os quais os gestores são escassamente preparados.

No que concerne, especificamente, à especialização na área de gerenciamento, apenas um gestor (6,7%), participante do presente estudo, apresentava o curso *lato sensu* em gestão em saúde. Estudo desenvolvido por Fernandes; Machado; Anschau (2009), em Caxias do

Sul/RS, que buscou as competências desenvolvidas e as dificuldades encontradas na atenção básica, na gerência de serviços de saúde, encontrou que existe uma grande necessidade de se capacitar os profissionais para trabalhar com programas, a fim de efetivar o novo modelo assistencial proposto na PNAB. Os autores constataram que todos os gerentes, sujeitos da sua pesquisa, possuíam habilidades gerenciais, como a comunicação, a organização de tarefas, o planejamento de ações e a negociação. Entretanto, vários relataram dificuldades no desempenho da função, especialmente por não ter formação específica em gerenciamento.

Dessa forma, percebe-se que, de acordo com cada realidade, como é peculiar a de Ribeirão Preto, é necessário capacitar e dar suporte ao gestor no desempenho de suas atribuições, mostrando-se de grande relevância a oferta de capacitação dos gestores na área de gerenciamento, e especificamente quanto às ações para o controle do câncer de mama. A respeito do recebimento de orientação formal para essas ações, 62,5% dos gestores afirmaram ter recebido capacitação pela Secretaria Municipal de Saúde, há menos de cinco anos.

Nesse cenário, o gestor pode atuar como multiplicador do conhecimento adquirido. No estudo realizado com enfermeiros da presente pesquisa, na região Sudeste do município de São Paulo, a presença de capacitação teve associação estatística significativa com algumas das ações para a detecção precoce do câncer de mama, quais sejam: orientação das usuárias sobre a idade da realização da primeira MMG ($p=0,045$) e a realização de reuniões educativas ($p<0,001$) (MELO et al., 2017).

Estudos internacionais confirmaram que é de extrema importância a realização de cursos após a graduação e ratificaram a importância da capacitação profissional e da constante atualização para o controle efetivo da neoplasia mamária (ANDSOY, GUL, 2014; ALIPOUR, JANNAT, HOSSDEINI, 2014; FOTEDAR, SEAM, GUPTA, 2013).

7.1.2 Atributos da estrutura relacionados às disposições físicas e de equipamentos

À época da coleta de dados, a maior parte das unidades, (41,6%), tinha até dez anos de funcionamento e, para o item de número de consultórios das UBS, os gestores relataram que a maioria delas possui até cinco consultórios, (62,5%). As unidades de saúde estão em funcionamento há um tempo considerável e, portanto, deveriam ter uma estrutura física adequada, como destacada, com número suficiente de consultórios. Um número de consultórios adequados é importante para que possa ser realizada consulta de qualidade.

Para os gerentes das UBS, o número de consultórios parece adequado e cabe destacar que, para o estudo em questão, à época do cálculo amostral para o estudo com as usuárias,

foram consideradas unidades de pequeno, médio e grande porte e o fluxo de atendimento das UBS.

Entretanto, um ponto que deve ser discutido é o controle dos gerentes quanto à qualidade da assistência realizada pelos profissionais de saúde sob sua responsabilidade. Conforme destaca Donabedian (1980), uma estrutura adequada não é suficiente para um atendimento de qualidade. Assim, é importante que os gestores sempre lancem mão de estratégias de educação permanente da equipe a para sensibilização e atualização dos profissionais, sendo de extrema relevância as reuniões de equipe e o acompanhamento contínuo por parte dos gerentes dos profissionais sob sua responsabilidade (SANTA CRUZ et al., 2008).

Em relação a isso, um ponto positivo indica a capacidade do município em estudo de atuar adequadamente no rastreamento do câncer de mama, uma vez que a maioria das UBS possui consultórios de enfermagem, 75,0%, sendo que, nas demais, há compartilhamento com o médico. Assim, em todas as unidades de saúde pesquisadas, há um local para as ações individuais do médico e do enfermeiro.

Os gestores afirmaram que, em relação ao enfermeiro, este tem, no consultório, um espaço reservado, que pode ser utilizado para estabelecer um vínculo de confiança e de parceria com a mulher. Nessa direção, Donabedian (1988) reforça que, mesmo em condições estruturais não totalmente adequadas, são igualmente importantes o processo e a relação do prestador de cuidado com o usuário/usuária do serviço de saúde. As ações desses profissionais constituem-se num passo importante para a identificação das mulheres com risco elevado da doença, o que permite a priorização destas nas ações de rastreamento e/ou de detecção precoce (MORAES et al., 2016).

Os entrevistados informaram também que todas as unidades possuem sala equipada e com espaço adequado para coleta de Papanicolaou, sendo que estas podem ser utilizadas para atividades educativas individuais com as mulheres, também em relação à prevenção e ao controle do câncer de mama.

Nessa direção, o Ministério da Saúde brasileiro indica que uma das principais atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, na atenção básica, no que concerne à saúde da mulher, é a consulta ginecológica. Dela fazem parte o exame ginecológico e a coleta de material para citologia oncológica, assim como a orientação sobre as ações de prevenção dos cânceres ginecológico e mamário (BRASIL, 2013). Nessa consulta, o profissional deve ter um olhar holístico para a mulher, sabendo que esse momento também inclui o exame clínico das mamas. No entanto, muitas vezes, essa consulta acaba se

restringindo ao exame ginecológico e à coleta da citologia, nem sempre sendo realizado o adequado rastreamento do câncer de mama (CATAFESTA et al., 2015).

Os pressupostos da Vigilância à Saúde enfocam que, para uma assistência adequada, os profissionais devem manter o foco no controle da periodicidade adequada dos exames. Em pesquisa realizada por Ferreira (2016), no mesmo cenário do presente estudo, a maior parte das 631 mulheres, por ela entrevistadas, tinha realizado mamografia uma vez na vida, sem retorno adequado para a continuidade do cuidado. Muitas usuárias que relataram ter recebido guia de encaminhamento e realizado o exame em Ribeirão Preto, SP, fizeram a MMG uma única vez, sem considerar a periodicidade recomendada, o que compromete a eficácia do rastreamento. Diante disso, reforça-se a observação de Santa Cruz et al (2008) sobre a importância da utilização de estratégias de educação permanente da equipe, por parte dos gestores.

Na perspectiva das ações de vigilância, a Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância do Ministério da Saúde realizou uma avaliação de indicadores das ações de detecção precoce dos cânceres do colo do útero e de mama e, do total de MMG de rastreamentos realizados em mulheres de 50 a 69 anos de idade, registrados no SISMAMA, em 2013, 22% foram registrados como exames de primeira vez, ou seja, a mulher nunca tinha feito MMG anteriormente. Em relação à periodicidade recomendada pelo MS, em apenas 31% dos exames, foi informado que a última MMG havia sido realizada nos dois anos anteriores (BRASIL, 2015b).

Nesta pesquisa, no que diz respeito às atividades educativas coletivas, a maior parte das unidades possuem espaço para reuniões educativas. A respeito disso, o MS enfatiza que a ausência de sala de reunião em algumas unidades pode dificultar a realização de atividades coletivas com a comunidade e a articulação das práticas de avaliação e de planejamento entre os profissionais de saúde. Isso ocorre porque as ações educativas são primordiais para a proposta de mudança de modelo de atenção, numa perspectiva da vigilância à saúde, sendo que a estrutura física das unidades de saúde deve ser facilitadora da mudança das práticas em saúde (BRASIL, 2008b).

No município estudado, apesar de a maioria das unidades pesquisadas possuírem espaço para ações educativas para o controle do câncer de mama, estudo de Ferreira (2016) no mesmo local, encontrou que 95,4% das usuárias das UBS nunca participaram de atividades de educação em saúde, fato que precisa ser repensado pelos gestores e analisado, pois as Diretrizes para o Controle do Câncer de Mama destacam a importância dessas ações para se

alcançar uma população alerta para os sinais e sintomas do carcinoma mamário (BRASIL, 2015a).

De acordo com os pressupostos da Vigilância à Saúde, dedicar um espaço para as ações educativas para trabalhar com a população questões para além do biológico, impulsionará o desenvolvimento de conhecimentos, de atitudes e de comportamentos favoráveis ao cuidado de saúde, mediante o processo de empoderamento e de luta pelo alcance de estratégias que permitam um maior controle sobre seus modos de vida, tanto individual quanto coletivamente (ANDRADE et al., 2013).

É importante salientar que, nessa direção, o conceito de promoção de saúde envolve mecanismos e estratégias de gestão integrada e intersetorialidade das ações nos diversos pontos de atenção. Parte integrante para promover saúde, as ações educativas demandam o trabalho multiprofissional, a participação popular e o apoio em sua organização e operacionalização (ANDRADE et al., 2013). Assim, destaca-se a importância do controle social, da sensibilização dos profissionais de saúde e da atuação dos gestores para fornecerem os subsídios necessários para a operação das ações, na perspectiva do alcance da Vigilância à Saúde (BRASIL, 2010).

7.1.3 Atributos da estrutura referentes ao dimensionamento e qualificação da equipe

Neste tópico são apresentados os dados que mostram o dimensionamento das equipes de saúde, a partir do modelo de atenção vigente nas UBS (tradicional, mista ou ESF), bem como a qualificação dos profissionais que nelas atuam, e a presença de especialistas.

Inicialmente, são discutidos os dados relacionados às unidades que funcionam regidas pelo modelo da ESF e às UBS mistas.

Assim, com relação ao dimensionamento de pessoal, dos 24 gestores participantes deste estudo, nove (37,5%) atuavam em UBS mistas ou ESF, as quais contavam com 17 eSF e, destas, 35,3% estavam incompletas. Assim sendo, é conhecido que um dos principais nós críticos da ESF é a precariedade do vínculo de trabalho, que pode ser atribuída a uma realidade comum de rotatividade de profissionais nas equipes, tendo como consequência o comprometimento do arcabouço desse modelo de atenção.

A estratégia proposta nesse modelo preconiza a formação de vínculos e de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Portanto, o vínculo com os usuários do serviço de saúde aumenta a eficácia das ações de saúde e beneficia a participação do usuário durante a prestação da assistência (MOURA et al.,

2010). Sem a criação de vínculo, é difícil para os profissionais desenvolverem ações educativas voltadas à promoção da saúde da população e realizarem a busca ativa (SILOCCHI; JUNGES, 2017).

A respeito da presença de especialistas nas USF ou UBS mistas, foi marcante o montante de unidades que contavam com a presença do profissional médico especialista em ginecologia e em obstetrícia (77,8%). Percebe-se, nessa configuração, a forte presença do apoio matricial na ESF, no município em estudo, sendo que Tesser; Poli Neto, (2017) afirmam que o apoio desses profissionais pode auxiliar a gestão a definir qual a necessidade de serviços especializados, justamente por fazerem a ligação entre a APS e os demais pontos de atenção.

No Brasil, o apoio matricial tem se mostrado potente para definir os fluxos, qualificar as equipes e promover a assistência conjunta e compartilhada. No entanto, Machado; Camatta (2013) alertam para o cuidado que os gestores dos serviços de saúde devem ter, uma vez que existe a necessidade de investimento no preparo dos profissionais e nos processos de transformação das práticas, dentro de um contexto cultural.

Hirdes (2015) também afirma que são observados paradigmas em confronto: o biomédico e o da ampliação da clínica, quando presente o apoio de profissionais especialistas em unidades com ESF. Nessa direção, a gerência tem papel primordial ao promover processos de matriciamento baseados em relações horizontais, em que o profissional de apoio e a equipe de referência podem trabalhar em conjunto, compartilhando os saberes de seu núcleo de conhecimento e incorporando demandas de outros profissionais e da comunidade.

No que diz respeito às UBS tradicionais ou mistas, foi indagado o quantitativo de profissionais que atuavam nas mesmas. Sobre a equipe de enfermagem, encontrou-se que predominavam até cinco enfermeiros atuando nas unidades de saúde; em relação aos técnicos de enfermagem, 63,2% das UBS contavam com número variando entre um e cinco profissionais. Quanto aos auxiliares de enfermagem, em seis unidades, (31,6%), havia a presença de seis a dez profissionais dessa categoria, atuando, em sua maioria, nas unidades de grande porte, que possuíam maior fluxo e mais tempo de funcionamento e, portanto, funcionários com maior tempo de atuação.

É importante salientar que as atividades dos técnicos e auxiliares são baseadas na lógica do procedimento, o que os aproxima dos usuários. No entanto, a grande demanda decorrente desse modelo de atenção pode gerar dificuldades a serem enfrentadas pelos trabalhadores. Existe, ainda, uma forte tendência de esses profissionais atuarem baseados somente no modelo assistencial curativo, o que aponta para a necessidade de reordenamento

das práticas direcionadas à integralidade da atenção, cabendo aos gestores o adequado dimensionamento dos recursos humanos e a delegação de funções, respeitadas as atribuições legais de cada profissão (OGATA; FRANÇA, 2010).

Barbiani; Dalla Nora; Schaefer (2016) destacam o papel central dos enfermeiros que são os responsáveis por supervisionar e por treinar os técnicos e/ou os auxiliares de enfermagem e, também, os ACS, além de cumprir atividades de educação continuada/permanente com os referidos profissionais.

Além disso, no que concerne ao controle do câncer de mama, os enfermeiros podem atuar como multiplicadores do conhecimento adquirido em capacitações. O estudo de Moraes et al. (2016) concluiu que, para superar as inadequações no rastreamento oportunístico do câncer de mama desenvolvido por enfermeiros da APS, no município de Ribeirão Preto, SP, são necessários investimentos em uma educação permanente desses profissionais, assim como em uma avaliação contínua das ações de rastreamento nas unidades de saúde do município.

Com relação à presença de especialistas nas UBS tradicionais ou mistas, a maior parte das unidades contava com o suporte de até dez médicos por UBS (68,4%), sendo que em 18 (94,7%) dessas unidades de saúde havia a presença do médico especialistas em ginecologia e em obstetrícia, o que já é esperado, pois, no modelo tradicional, há um maior número de profissionais médicos, incluindo, além do clínico geral, especialistas em ginecologia e em obstetrícia, além do médico pediatra (FARIA et al., 2010). Dessa forma, mais uma vez, mostrou-se forte a presença de especialistas nas UBS de Ribeirão Preto, SP.

No entanto, Matuda et al. (2015) alertam que, embora condição importante, uma maior variedade de profissionais compondo equipes de saúde não garante, por si só, a qualificação da assistência. Com essa finalidade, novos arranjos de trabalho vêm sendo estudados, propiciando a reflexão sobre as características do processo de interação entre os profissionais das equipes e aspectos que interferem no trabalho cooperado, o que se configura em desafios para o planejamento e para a gestão dos serviços de saúde.

7.1.4 Dimensões da estrutura referentes aos fluxos de exames de MMG e USG de mamas

Todos os gestores informaram que em nenhuma das unidades selecionadas para este estudo era realizada MMG ou USG de mamas. Todos afirmaram que os serviços de referência de suas áreas de abrangência para a realização desses exames são públicos; além disso, a maioria elencou entraves na realização destes.

A mamografia tem sido utilizada, na maioria dos países desenvolvidos, como padrão ouro para o rastreio do câncer de mama, representando uma redução de aproximadamente 30,0% em mortalidades (TRALDI et al., 2016). Já a USG de mamas, é utilizada em caráter complementar, possuindo várias vantagens para sua utilização, como ser um método não invasivo, indolor, não usar radiação, além de trazer informações valiosas que complementam a mamografia e o ECM (NASTRI; MARTINS; LENHARTE, 2011).

No que diz respeito aos exames de imagem, em São Paulo, o I Fórum para o Controle do Câncer de Mama, realizado no ano de 2010, discutiu que a ausência de garantia no fornecimento de insumos para a realização de exames, de forma contínua e adequada, é uma grande barreira a ser transposta no estado; porém o grande problema consiste da subutilização de aparelhos, aliada à fiscalização inadequada e à falta de obrigatoriedade para a manutenção da qualidade dos serviços (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2010).

Silva et al. (2013) esclarecem que, no contexto cuja infraestrutura tecnológica e o sistema de saúde são estruturados e fornecem encontros frequentes entre os pacientes e os prestadores de cuidados, muitas mulheres têm seus cânceres detectados ainda na fase inicial. No entanto, em países como o Brasil, o rastreamento é oportunista e a mamografia é utilizada como triagem; o sistema de saúde é descentralizado e falta uma documentação sistemática dos pacientes, ou seja, uma base de dados pública com os nomes e endereços da população-alvo, para localizá-los e para organizar a participação destes nos programas. Assim, a qualidade do acesso à mamografia nos programas de controle do câncer de mama fica comprometida, além de o exame ser realizado em um terceiro local (SILVA et al., 2013).

No caso específico de Ribeirão Preto, o sistema de saúde complementar vem suprir necessidades das usuárias, que o sistema público não consegue atender. Um exemplo dessa iniciativa acontece quando o mamógrafo do SUS a ser utilizado pela mulher encontra-se com defeito e ela é encaminhada para a realização do exame em outro local. No entanto, para que ela receba esse benefício, terá de vencer o desafio de chegar até o local indicado, ou seja, onde a realização do exame foi autorizada, o que se configura em um entrave, especialmente para as usuárias residentes em áreas periféricas do município. Essas dificuldades estão relacionadas ao acesso, incluindo a distância e o custo financeiro para se locomover até o local. Além disso, nesses casos, o controle do fluxo seguido por essa mulher fica comprometido, caso a usuária falte ao exame, uma vez que a guia de encaminhamento fica com ela.

Neste contexto, os profissionais responsáveis só conseguiriam ter o controle das faltosas, caso registrassem o retorno do resultado do exame.

Em uma revisão realizada por Lourenço; Mauad; Vieira (2013), as barreiras no sistema de saúde foram elencadas da seguinte forma: há triagem somente para casos específicos, existindo uma dificuldade em relação à localização dos locais de exames e à logística para realizá-los. Faltam materiais, técnicos e preparo dos profissionais para lidar com as pacientes, para que as mesmas possam dar continuidade ao tratamento. Em alguns locais também foi apontada a subutilização de aparelhos. Em relação aos profissionais de saúde, existe resistência quanto a treinamentos, falta de atualização e formação, além da falta de socialização dos conhecimentos entre os membros da equipe e ausência de envolvimento dos gestores.

Ainda em relação ao mesmo estudo, foram citadas outras dificuldades que incluem a solicitação de mamografias sem razão (para mulheres fora da faixa etária, sem queixa, histórico ou sintomas) e a ausência de exame clínico das mamas (ECM) nas consultas ginecológicas, fato apontado pelos participantes como sendo muito comum (LOURENÇO; MAUAD; VIEIRA, 2013). Em países com recursos limitados, como é o caso do Brasil, ainda fica o questionamento da ausência de recomendação para o ECM, reiterando-se que ele faz parte da consulta ginecológica e que os aspectos como a morbidade causada pela doença precisam ser considerados.

Em Ribeirão Preto, a dificuldade em se atingir a meta preconizada em relação ao número de MMG de rastreamento na população-alvo parece estar atrelada a outros fatores que não dizem respeito à falta de equipamentos. Isso se mostra no estudo de Ferreira (2016), em que 54,4% das usuárias das UBS pesquisadas disseram ter recebido guia de encaminhamento para sua realização entre 2009 e 2012, ficando aquém do preconizado pelo Ministério da Saúde, que estima uma cobertura de 70% de mamografia em mulheres pertencentes à população-alvo (BRASIL, 2012c).

Quanto a esse valor de 70% estipulado como meta mínima, o INCA, em suas recomendações, afirma que, mesmo em países desenvolvidos, nos quais a incidência de câncer de mama possa ser até quatro vezes superior à dos países em desenvolvimento, como o Brasil, uma cobertura de pelo menos 70% da população feminina de 50 a 69 anos pode diminuir a mortalidade por neoplasias de mama entre 20% e 30% (BRASIL, 2012c).

Além disso, o recebimento da guia de encaminhamento não garante a realização do exame e, nas unidades estudadas, não é possível efetuar o controle de faltosas, pois não há comunicação com o prestador do serviço de saúde. Essa situação pode ser ainda agravada, uma vez que os profissionais que estão diretamente envolvidos com o cuidado não têm conhecimento da existência de um número de mamógrafos superior à demanda do município.

Estudo recente mostrou que enfermeiros atuantes na atenção primária à saúde do mesmo município, entrevistados sobre a execução de MMG no rastreamento do câncer de mama, apontaram entraves nesse sentido, sendo que o maior obstáculo por estes referido foi a falta de vaga para o agendamento do exame (MORAES et al., 2016).

Dessa forma, considerando a tendência internacional, as iniciativas gerenciais para ampliar a oferta e a cobertura mamográfica devem priorizar a minimização das iniquidades no acesso, de modo a reduzir a subutilização dos mamógrafos e melhorar sua distribuição, efetivando o rastreamento mamográfico (VILLAR; SOUZA; DELAMARQUE, 2015).

Com relação especificamente ao exame de USG, nos estudos de Moraes et al. (2016), com 60 enfermeiros de Ribeirão Preto, SP, e de Melo et al. (2017), com 133 enfermeiros na região sudeste de São Paulo, SP, a maioria dos pesquisados informou que nos locais pesquisados não há estabelecimento de intervalo para realização do exame de USG. Esses achados vão ao encontro do que está estabelecido nas Diretrizes de Controle do Câncer de Mama, uma vez que a solicitação de USG de mamas depende do resultado do ECM e da MMG. Ressalta-se que a USG mamária é o método de escolha para avaliação por imagem das lesões palpáveis em mulheres com menos de 35 anos (BRASIL, 2015a).

No presente estudo, quando questionados a respeito do registro do tempo de solicitação da MMG e da USG de mamas e o retorno dos resultados, os gerentes entrevistados referiram que grande parte das UBS, (70,8%), possui tal registro, dado muito importante para as ações de Vigilância à Saúde. O tempo médio de retorno, informado pelos gestores, fica entre 30 e 40 dias.

Este dado corrobora os resultados encontrados por um estudo recente que avaliou as ações de detecção precoce do câncer de mama no Brasil, por meio de indicadores de processo, ou seja, número de mamografias realizadas e aprazamento entre os exames, dentre outros, utilizando dados do SISMAMA, de 2010 e 2011, e encontrou que em 61,7%, das 5.759.503 mamografias avaliadas, o laudo foi emitido em até 30 dias (TOMAZELLI et al., 2017).

A American Cancer Society (2010), ao promover o I Fórum Internacional para o Controle do Câncer de Mama no Estado de São Paulo, enfatizou que o caráter avançado de políticas e práticas para o controle do câncer de mama é evidente na boa capacidade de realização de mamografias no Estado de São Paulo, no tempo relativamente curto para agendar o exame (em torno de 30 dias), o acesso a tratamentos não inclusos na tabela do SUS e os mutirões bianuais de mamografia regulares. O conjunto dessas características confere ao estado uma posição privilegiada em relação aos demais da federação. Entretanto, mesmo que

existam muitos avanços, ainda estão presentes barreiras que precisam ser superadas no sistema de saúde (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2010).

Especificamente em Ribeirão Preto, o estudo de Moraes et al. (2016), encontrou que a maioria dos 60 enfermeiros pesquisados, (33 - 55,0%), citou o período de um a três meses entre o tempo de solicitação e o retorno do resultado da mamografia. No entanto, o tempo para o início do tratamento não deve ser superior a 60 dias, em casos confirmados de câncer de mama. Portanto, a gestão dos serviços de saúde deve ficar atenta a esses prazos, uma vez que, quando houver necessidade de complementação diagnóstica, podem ocorrer atrasos no diagnóstico, o que está associado à menor sobrevida e a tratamentos mais agressivos.

Assim, partindo dos pressupostos da Vigilância à Saúde, o intento de se alcançar o diagnóstico precoce deve ser sempre priorizado pelos gestores, pois está associado a melhores prognósticos e chances de cura, em mais de 90% dos casos. A demora no diagnóstico é definida como o tempo transcorrido entre o contato com o serviço de saúde na primeira consulta e a efetivação do diagnóstico, ao passo que a demora no tratamento é contabilizada entre a primeira consulta e o início do tratamento, sendo que a demora no início da terapêutica reduz a sobrevivência total em 12% (TRALDI et al., 2016).

No que se refere à USG de mamas, os gestores também afirmaram tempo entre solicitação e retorno do resultado como de 30-40 dias. Este dado diverge do informado pelos enfermeiros (participantes da outra pesquisa), que destacaram que a demora no agendamento e retorno do resultado para este exame é superior a seis meses (34 – 56,7%) (MORAES et al., 2016).

Já no estudo de Melo et al. (2017), dos 133 enfermeiros, 65 (48,9%) referiram que o tempo de espera entre solicitação do exame e o retorno com o resultado é maior que seis meses. Melo et al. (2017) e Teixeira et al. (2017) sugerem que a possível demora pode estar relacionada à dificuldade para agendamento do exame, percepção também apontada por usuárias, como no estudo de Gonçalves et al. (2014).

A maioria das unidades (83,3%) de Ribeirão Preto registra o número de MMG solicitadas por mês no serviço e, a maior parte (45,0%) dos gestores informou que são solicitadas, em média, 30 MMG por mês, em suas unidades.

Neste contexto, é importante destacar que o número de MMG solicitadas nas unidades de saúde é alto, o que pode comprometer a capacidade dos prestadores em conseguir atender a tal demanda e com qualidade. A afirmação de que os pedidos de mamografia solicitadas é alta, parte do pressuposto de que a Portaria nº 189, de 31 de janeiro de 2014, que institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do

Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação afirma que a produção dos serviços diagnósticos de mamografia bilateral para rastreamento em municípios com mais de 500 mil habitantes deva ser de, aproximadamente, 4500 mamografia/ano (BRASIL, 2014b). Tomando como base a informação de que cada uma das 24 unidades onde os gestores atuavam solicitava 30 mamografia/mês seriam 720 exames/mês, totalizando cerca de 8640 mamografias/ano, somente nas unidades pesquisadas.

Este dado deve ser considerado no exercício da função gerencial, pois o rastreamento mamográfico, principalmente em caráter oportunístico, como é o caso de Ribeirão Preto, torna-se oneroso para o sistema de saúde.

Com relação à USG de mamas, grande parte das unidades também registra o número de pedidos deste exame, 62,5%. Para a maioria dos gerentes são solicitadas, por mês, entre seis e dez USG de mamas. Como este exame depende de indicação clínica, reitera-se a importância do ECM e do retorno do resultado da mamografia em tempo hábil, quando há necessidade de complementação diagnóstica com a USG de mamas.

7.1.5 Atributos da estrutura referentes à presença e tempo de funcionamento de recursos logísticos

Aqui se discute a importância dos sistemas informatizados para as ações de Vigilância da Saúde, sem os quais seria impossível realizá-las. Os sistemas de informação estão sendo amplamente utilizados no apoio à gestão da saúde pública, podendo gerenciar ações de prevenção e de promoção de saúde, de controle de doenças, de vigilância e de monitoramento de agravos (PINOCHET, 2011).

Sobre os sistemas informatizados, os gestores informaram possuir nas UBS os sistemas SISCAN (91,7%), SISMAMA (58,3%) e SIAB (83,3%). A respeito do SIAB, informaram que estava implantado nas unidades de saúde pesquisadas em Ribeirão Preto há um tempo que variava entre cinco e 15 anos, aproximadamente. Com relação ao SISMAMA, 71,4% dos entrevistados relataram que sua implantação havia ocorrido há cinco anos, enquanto que, para o SISCAN, 63,6%, gestores informaram que a implantação ocorrera há aproximadamente cinco meses.

Essas informações permitem inferir que Ribeirão Preto, SP, conta com um grande número de importantes fontes de recursos de tecnologias de informação nas UBS, as quais são

essenciais para o adequado gerenciamento e planejamento das estratégias de controle do câncer de mama, no âmbito da APS.

Desse modo, as ações de Vigilância da Saúde podem se beneficiar das informações geradas nos sistemas informatizados para o conhecimento, para a previsão, para a prevenção e para o enfrentamento continuado dos problemas de saúde (ROUQUAYROL; GOLDBAUM; SANTANA, 2013). O município estudado conta, portanto, com capacidade para planejar estratégias organizadas mediante os problemas de saúde da população, a partir do conhecimento gerado com a informação.

É importante contextualizar que, à época da coleta de dados, estava acontecendo a implantação do SISCAN. Lançado em 2013, por meio da Portaria MS/GM Nº 3.394, pelo MS, o SISCAN foi proposto com a finalidade de trazer melhorias no monitoramento das ações de controle do câncer de mama, de aprimorar o que oferecia o sistema anterior, o SISMAMA, e, além disso, de integrar ações relacionadas à vigilância do câncer de colo uterino (BRASIL, 2013c).

Assim, o SISCAN deveria proporcionar o monitoramento das ações relacionadas à detecção precoce, à confirmação diagnóstica e ao início do tratamento de neoplasias malignas. Havia, ainda, a recomendação de que esse sistema fosse implantado em toda a rede de estabelecimentos públicos e privados, como laboratórios de citopatologia e de anatomia patológica; unidades fixas e móveis de radiologia com serviço de mamografia; serviços que realizam tratamento para câncer nas modalidades de cirurgia, quimioterapia e radioterapia; coordenações Estaduais, do Distrito Federal e Municipais que acompanham as ações de controle do câncer de mama (BRASIL, 2013c).

Estudo que analisou a evolução histórica das políticas para o controle do câncer de mama no Brasil afirmou que a implantação do SISCAN deveu-se à preocupação com a melhoria da qualidade do atendimento prestado à saúde integral da mulher, uma vez que seu principal objetivo, ao integrar os sistemas de informação do câncer do colo do útero e do câncer de mama, era permitir o gerenciamento das ações de rastreamento e de diagnóstico precoce dessas doenças que atingem e levam a óbito muitas brasileiras (GONÇALVES et al., 2016).

O SISMAMA foi implantado em 2009 para a padronização da coleta de dados sobre o rastreamento, o diagnóstico e o tratamento do câncer da mama em todo o país e para permitir a avaliação das ações de controle da doença. Nele, o profissional, ao identificar uma usuária assintomática dentro da faixa etária preconizada pelo MS (50-69 anos), deveria solicitar a “mamografia de rastreamento” em formulário padronizado e fazer o seu encaminhamento.

Para mulheres sintomáticas, de qualquer faixa etária, a solicitação deveria ser feita com indicação clínica de “mamografia diagnóstica” (PASSMAN et al., 2011).

Pelo SISMAMA, o laudo de mamografia padronizado com base no sistema de classificação BIRADS é entregue à mulher, a qual deve se dirigir ao profissional que solicitou o exame para a avaliação apropriada (SILVA; BUSTAMENTE-TEIXEIRA; AQUINO, 2014), conduta adotada em Ribeirão Preto, SP. No entanto, pelos pressupostos da Vigilância da Saúde, é necessário que os profissionais realizem um controle das mulheres que realizaram mamografia; das que precisam realizar; da periodicidade adequada e das condutas, para fazer a busca ativa das faltosas e proporcionar seguimento adequado. Cabe ao gestor, um adequado controle desse processo, para que se consiga efetivar ações de controle efetivo da doença, sem o qual as mulheres “se perdem” na rede de cuidados e a APS não consegue cumprir seu papel de coordenadora do cuidado nos diversos pontos de atenção.

Ressalta-se que a entrega do resultado do exame de mamografia à mulher contribui para o seu empoderamento e para sua responsabilidade com o cuidado da própria saúde. No entanto, para o MS, a implantação e a correta manipulação de sistemas de informação nas UBS são essenciais no monitoramento da patologia e no adequado planejamento das ações para o controle do câncer de mama (VIDOR; FISHER; BODIN, 2011).

Santos et al. (2014) acrescentam que, ao se considerar os inúmeros os fatores que podem interferir no processo saúde-doença do indivíduo, e que a demanda das usuárias tem aumentado, existe a necessidade do uso de indicadores da assistência, para aferir o desempenho da unidade de saúde e as necessidades da população por ela atendida, com vistas a nortear a gestão das políticas públicas e a tomada de decisões. Destacam que, nessa perspectiva, a introdução das tecnologias de informação em saúde torna-se de fundamental importância, pois o sistema de informações gera dados de extrema utilidade para a avaliação em saúde (SANTOS et al., 2014).

Estudos internacionais também ratificam as contribuições dos sistemas de informação para o controle do câncer de mama. Em muitos países desenvolvidos, como nos Estados Unidos da América, os programas de rastreamento possuem sistemas de informação eficientes que conseguem obter a coleta de dados pessoais completa dos pacientes, inclusive os resultados de exames anteriores. É possível avisar à paciente por telefone, por celular e por *e-mails* quando está no período em que ela deve realizar uma nova mamografia e acompanhar seu diagnóstico atual, de modo a otimizar o rastreamento e a cobertura dessas mulheres. Assim, quando necessário, o tratamento acaba sendo mais rápido e, portanto, mais eficaz (YANCY et al., 2014).

Em relação ao SIAB, sua criação se deu com o propósito de avaliação e de acompanhamento das metas e das ações da ESF. Desenvolvido como instrumento gerencial dos sistemas locais de saúde, congregou em sua elaboração conceitos básicos como território, problema e responsabilidade sanitária, com uma proposta de utilização mais ágil e oportuna da informação, para a produção de indicadores capazes de cobrir todo o ciclo de organização das ações de saúde a partir da identificação de problemas, sendo um sistema essencial para a APS (BRASIL, 2002).

Percebe-se que o SIAB é um instrumento que fez parte do trabalho cotidiano das UBS estudadas em Ribeirão Preto, SP, pois é o sistema com mais tempo de implantação. É conhecido que esse sistema possuiu algumas deficiências ligadas à qualidade da informação e impossibilidade de sua gestão integrada a outros sistemas informatizados; no entanto é incontestável sua importância para a atenção básica (MELO et al., 2017). É importante destacar que recentemente, no município estudado, aconteceu transição do SIAB para o novo Sistema de informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), por meio do software e-SUS AB, objetivando a melhoria da qualidade e maior detalhamento da informação em saúde.

A implantação e implementação do SISAB poderá gerar avanços, como a integração dos diversos sistemas de informação existentes na APS, além de contemplar o registro das informações produzidas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Consultório na Rua, Atenção Domiciliar, polos de Academia da Saúde, assim como as ações das equipes participantes do Programa Saúde na Escola (PSE). Isso reduz a necessidade de se inserir a mesma informação em mais de um instrumento e aproxima o conhecimento produzido ao processo de trabalho dos profissionais; cabendo aos gestores qualificar os recursos humanos para o seu correto preenchimento (BRASIL, 2013d).

Portanto, em geral, o avanço científico e da área da tecnologia da informação trouxe várias inovações que aperfeiçoam soluções, proporcionando melhorias na estrutura e na gestão do processo de trabalho. Entretanto, Pinheiro et al. (2015) alertam que, ao mesmo tempo, tais progressos colocam o gestor diante de novos desafios.

Nesse sentido, a OMS reforça que os gerentes de saúde necessitam ainda superar deficiências na sua capacidade de gestão, destacando-se a má utilização de informações para a tomada de decisão e a pouca habilidade para a análise crítica dos dados gerados. Essas deficiências podem comprometer a implantação de atividades, tanto de prevenção e de promoção da saúde, quanto curativas, o que pode influenciar negativamente na eficiência, na eficácia e na efetividade da atenção à saúde dispensada à população (OMS, 2010).

7.1.6 Dimensões da estrutura relacionadas à oferta de capacitação dos profissionais de saúde e disponibilidade dos protocolos na UBS

Quanto à capacitação dos profissionais de saúde que atuam nas unidades com relação às ações preconizadas para o controle de neoplasias da mama, os gestores informaram que a maioria dos funcionários foi capacitada, (91,7%), há pouco tempo. Esse achado para a Vigilância à Saúde é extremamente importante, pois sinaliza que, por meio da educação permanente, os profissionais de saúde que atuam nas UBS de Ribeirão Preto, SP, no controle do câncer de mama, têm meios para estarem sensibilizados com a problemática da doença e aptos a cumprirem as orientações do MS quanto às ações preconizadas e as repassarem adequadamente à população, bem como prestarem uma assistência de qualidade.

A capacitação tem como objetivo primordial tornar o profissional habilitado para a execução de uma função, ou seja, torná-lo certificado para certo trabalho e/ou tarefa. Na área da saúde, especificamente da mulher, a capacitação traz grandes avanços ao qualificar os recursos humanos para um atendimento mais competente e humanizado; um profissional sensibilizado e satisfeito com o seu trabalho certamente ampliará a execução de ações educativas, preventivas e curativas (TYRRELL; BARROS, 2015).

No município em questão, os dados encontrados sobre a capacitação da equipe de saúde instigam vários questionamentos, como, por exemplo, se os profissionais realmente estão colocando em prática o conhecimento adquirido. Isso porque os estudos realizados com enfermeiros e usuárias das UBS aqui investigadas demonstraram algumas inadequações quanto às ações para o controle do câncer de mama, como periodicidade para o rastreamento da mamográfico; realização de atividades educativas para a comunidade, dentre outras (FERREIRA, 2016; MORAES et al., 2016).

Além disso, o estudo de Moraes et al. (2016) que objetivou identificar as ações de rastreamento oportunístico do câncer de mama realizadas por enfermeiros das mesmas UBS de Ribeirão Preto, SP, neste estudo investigadas, encontrou, com relação à capacitação profissional das ações preconizadas pelo MS para o controle do câncer de mama, que metade dos 60 enfermeiros participantes não recebeu capacitação e, dos 20 que mencionaram ter recebido a capacitação, 65,0% realizaram há mais de dois anos. Esse achado é preocupante, ratificando que os gestores afirmaram que quase a totalidade dos profissionais atuantes nas UBS estudadas foi capacitada.

De acordo com o MS, cabe ao gestor da APS realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da mulher e promover tais capacitações para as

equipes sob sua responsabilidade (BRASIL, 2013a). Isso porque, como enfatizam Silva et al. (2013), a qualidade do cuidado dos profissionais de saúde relacionado ao controle do câncer de mama pode influenciar na adesão à prática do exame mamográfico e no retorno das usuárias aos serviços de saúde (SILVA et al., 2013).

Cavalcante et al. (2013) também apontam a importância de os gestores ofertarem periodicamente cursos para capacitar todos os profissionais que atuam nas unidades de saúde, com o intuito de garantir uma atenção à saúde eficaz e segura, além de favorecer a fixação do profissional no local de trabalho.

Um estudo que avaliou as dificuldades para a implementação de um programa efetivo de controle do câncer de mama no Brasil enfatizou o alto custo do tratamento do câncer de mama para o poder público e concluiu que o investimento na ampliação e na melhoria dos programas de rastreamento economiza verbas as quais podem ser investidas na educação e na capacitação dos profissionais que atuam nessa área, ressaltando também a coordenação dos gestores no direcionamento dos recursos financeiros para a educação continuada da equipe (SILVA et al., 2013).

Com relação à presença de protocolos que orientam as ações de controle do câncer de mama, mais da metade dos gestores afirmou que, nas unidades sob sua gerência, haviam sido disponibilizados o CAB nº 13 (54,2%) e o Documento de Consenso do Controle do Câncer de Mama (58,3%).

No entanto, no estudo de Moraes et al. (2016), com os enfermeiros atuantes em Ribeirão Preto, SP, muitos não souberam informar acerca da disponibilidade de tais documentos. Dos 60 profissionais investigados, 27 (45,0%), negaram conhecimento da presença do CAB nº13 (45,0%) e do Documento de Consenso do Câncer de Mama (55,0%). Esse achado é preocupante uma vez que indica uma falta de controle, por parte dos gestores, dos recursos materiais disponíveis em sua unidade de saúde e do uso, pelos recursos humanos, do material de apoio que o MS disponibiliza para consulta.

Vale destacar que o estudo de Melo et al. (2017), com 133 enfermeiros atuantes nas UBS da região Sudeste de São Paulo, SP, encontrou associação estatisticamente significativa entre a orientação da idade da primeira mamografia às usuárias, com o fato de ter recebido capacitação para as ações preconizadas para o controle do câncer de mama e haver disponibilidade do CAB nº 13, na unidade de saúde.

Estudo com 270 enfermeiros de centros primários de saúde na Arábia Saudita que objetivou investigar o conhecimento desses profissionais sobre o câncer de mama e a sobre prática de detecção precoce para a doença não encontrou qualquer relação entre os escores de

conhecimento e os anos de experiência dos profissionais. No entanto, o referido estudo encontrou que o conhecimento e as práticas dos enfermeiros sobre os fatores de risco e sobre os sinais precoces da doença não estavam em conformidade com o preconizado, enfocando os autores que há uma necessidade de fornecer programas de educação permanente para os profissionais de enfermagem, a qual precisa ser incluída no planejamento dos serviços (YOUSUF et al., 2012), mais uma vez remetendo ao papel dos gestores.

O estudo de Teixeira et al. (2017) com 70 enfermeiros de Diadema, SP, também pertencente à pesquisa “Ações no controle do câncer de mama: identificação das práticas na Atenção Básica”, encontrou que a orientação sobre a faixa etária e sobre intervalo de tempo da MMG e ECM, bem como a busca ativa das mulheres faltosas não estavam em conformidade com o preconizado. Além disso, estacaram a importância da educação permanente dos profissionais.

É importante ressaltar que tais protocolos estão disponíveis on line. Na perspectiva da Vigilância à Saúde, o uso dos recursos tecnológicos pode ser de grande valia para a assistência à saúde da população. Assim, é necessário o estímulo aos profissionais de saúde para que acessem documentos oficiais disponíveis online, como forma de se manterem atualizados. A PNAB, ao preconizar a Vigilância da Saúde como estratégia primordial para a melhoria da qualidade da assistência nos serviços de saúde, enfoca que esta requer uma postura ativa dos profissionais e da gestão dos serviços de saúde para o planejamento de ações específicas para certo agravo, no caso o câncer de mama, a fim de diminuir os danos e obter o adequado acompanhamento à saúde da população (BRASIL, 2017). O MS também reforça que, para isso, é essencial a educação permanente dos profissionais que atuam na APS (BRASIL, 2013a).

7.2 Atributos do processo

7.2.1 Dimensões do processo relacionadas aos fatores que dificultam a realização e a avaliação, pelo médico, da MMG e da USG das mamas

Quanto à existência de dificuldades para a realização da MMG, 54,2% dos gestores apontaram entraves na realização deste exame, sendo que, destes, 42,9% apontaram a falta do paciente ao exame agendado como um dos principais problemas, além de dificuldades no agendamento do exame no serviço de referência, 28,6%.

Já em relação à USG de mamas, 45,8% informaram existir dificuldades para a realização desta, sendo que todos estes apontaram a falta da paciente na data agendada para fazer o exame como um grande entrave e também 54,5% dos que relataram dificuldades para o agendamento do exame.

Percebe-se que pode haver relação entre a dificuldade no agendamento e a falta da paciente. O problema do agendamento de exames foi detectado em todos os locais da pesquisa “Ações no controle do câncer de mama: identificação das práticas na Atenção Básica”. Com a dificuldade em agendar MMG e USG de mamas, a data da marcação, muitas vezes, fica distante, o que favorece o esquecimento por parte da usuária. Além disso, devido ao sistema de regulação, o exame da paciente é agendado para o local em que existe a vaga, o qual pode ser longe geograficamente do domicílio da usuária, o que favorece a falta.

Isso foi reforçado no estudo de Lourenço; Mauad; Vieira (2013) os quais afirmaram que problemas de ordem financeira ou operacional dificultam a correta adesão das mulheres aos programas de rastreamento mamográfico (LOURENÇO; MAUAD; VIEIRA, 2013).

Assim, cabe destacar que a demora no agendamento da MMG foi relatada por 71,4% dos 28 enfermeiros que afirmaram entraves na realização deste exame, e por mais da metade (56,7%) dos 34 enfermeiros que relataram problemas com a realização da USG de mamas, num universo de 60 enfermeiros que participaram da pesquisa nas mesmas unidades de saúde do presente estudo (MORAES et al., 2016).

Já no estudo de Melo et al. (2017), dos 133 enfermeiros, 59 (44,4%) relataram dificuldades para a execução da MMG, sendo o agendamento referido por 45 (76,3%) deles e a falta da usuária, por 19 (32,2%). Com relação à USG de mamas, dos 75 enfermeiros que informaram dificuldades para a execução deste exame, 69 (92,0%) indicaram o agendamento.

Paralelamente à visão dos profissionais, em estudo realizado com usuárias do SUS, em Aracaju, SE, dentre as 58 entrevistadas, 37 mulheres (63,8%) referiram ter, ao menos, uma barreira na trajetória de cuidado ao câncer de mama, sendo que as relacionadas à organização dos serviços de saúde foram as mais citadas nos períodos de investigação e de tratamento, destacando-se a lista de espera para agendamento de consulta, de exames e de tratamentos, 38,6% (GONÇALVES et al., 2014).

Uma revisão sistemática de 13 artigos publicados em diferentes países mostrou que, nas nações em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, muitos fatores pessoais, socioculturais e econômicos retardam a chegada da mulher aos serviços de saúde, gerando um intervalo prolongado, desde a descoberta inicial de sintomas até a apresentação de um laudo confirmando a patologia, pelo prestador da assistência. Assim, concluíram os autores que as

evidências atuais sugerem que as intervenções relacionadas ao controle do câncer de mama devem priorizar o acesso da população-alvo às medidas de rastreamento nos serviços de saúde (SHARMA et al., 2012).

É importante salientar que a longitudinalidade, que trata do acompanhamento do paciente, ao longo do tempo, por profissionais da equipe da APS, é considerada característica central deste ponto de atenção. O atendimento a esse atributo está relacionado com resultados positivos, o que justifica sua utilização para fins de avaliação da APS.

Assim, uma revisão desenvolvida por Cunha; Giovanella (2011) mostrou que, no contexto do sistema de saúde público brasileiro, ainda existe uma grande dificuldade de identificação da unidade básica como fonte regular de cuidado; que o vínculo terapêutico não é duradouro e é frágil a continuidade informacional.

Em relação ao município estudado, percebe-se uma fragilidade na atenção ao controle do câncer de mama, em que a falta da usuária aos exames de rastreio necessita ser identificada e evitada, cabendo ao gestor o controle dos atendimentos e a coordenação do cuidado nos demais pontos de atenção pela população em sua área adstrita.

O I Fórum Intersetorial de Controle de Câncer de Mama do Estado de São Paulo destacou que há necessidade de maior comprometimento dos gestores públicos com as questões relacionadas ao controle do rastreamento mamográfico. No evento, foi discutido que uma das principais barreiras apresentadas para o efetivo controle do câncer de mama no Estado de São Paulo está relacionada à referência e contrarreferência no sistema de saúde, que se caracteriza como um dos fatores de grande impacto para a plena utilização do sistema, seja pelos profissionais envolvidos ou pelos usuários do SUS, cabendo à governança do sistema transpor esta dificuldade, sensibilizar e capacitar seus profissionais para sua importância (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2010).

Quando os gerentes foram questionados se há algum fator que dificulte a avaliação do resultado do exame da usuária pelo médico, seis (25,0%) deles afirmaram que existem dificuldades neste quesito, sendo a demora no agendamento do retorno (33,3%), a principal.

Portanto, percebe-se que os gargalos estão vinculados um ao outro. Spedo; Pinto; Tanaka (2010) afirmam que, quando existem dificuldades em realizar os exames necessários para o esclarecimento do diagnóstico e/ou definição da terapêutica e, por conseguinte, demora no retorno da paciente com o médico especialista, essa questão repercute no acesso de novas pacientes às consultas com especialistas, na medida em que aumenta o número de retornos até a resolução do caso.

Isso gera, em Ribeirão Preto, SP, uma demanda reprimida muito grande para consultas com médicos ginecologistas, o que contribui para a manutenção de diagnósticos de câncer de mama em estádios avançados.

Essa questão, diretamente envolvida com a gestão dos serviços de saúde, remonta, conforme apontam Gomes et al. (2014), à necessidade urgente de atendimento em tempo oportuno e favorável, no contexto atual do sistema de saúde brasileiro.

7.2.2 Atributos do processo relacionados aos problemas encontrados na utilização dos sistemas informatizados

Quanto aos recursos informatizados, os principais problemas relatados pelos gestores para a utilização dos sistemas foram a rede de internet precária, muitos itens a serem preenchidos e poucos recursos humanos.

Apesar de as UBS possuírem, conforme apontado nos atributos de estrutura, recursos disponíveis quanto aos sistemas de informação, os problemas elencados demonstraram a pouca eficiência desses sistemas, o que pode impactar na Vigilância de casos de câncer de mama.

O problema com o gerenciamento da informação tem sido ainda mais dificultado devido a um exponencial aumento na quantidade de dados a serem gerenciados, no número de profissionais que controlam os processos e nas demandas para acesso em tempo real – eficácia da internet (PINOCHET, 2011).

Muito se tem discutido que o Brasil não dispõe de um sistema nacional de informação em saúde eficaz, ou seja, com gestão integrada, estruturado, articulado e com bases de dados que se comuniquem de maneira eficaz, sendo relevante o desenvolvimento e a implementação de ambiente de informações para apoio à decisão nas estruturas de gestão do SUS (MARTINS et al., 2009).

Dessa forma, percebe-se a importância de um sistema informatizado eficiente. O I Fórum Intersetorial de Controle de Câncer de Mama do Estado de São Paulo também destacou que é necessário um monitoramento acurado dos indicadores o que permitirá avaliar as metas propostas pelo MS para o câncer de mama. Para que se possa ter uma RAS, são necessárias informações de qualidade, capazes de fornecer dados referentes à mortalidade, à morbidade, à carga de doenças, ao bem-estar e ao estado de saúde, com vistas à equidade em saúde (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2010).

Estudos internacionais reiteram essa relevância e enfocam que a base de dados oncológicos é capaz de gerar um conjunto de importantes informações relacionadas ao câncer e, por meio destas, é possível realizar estudos epidemiológicos que permitam gerar ações de melhoria gerencial e assistencial para a população (YANCY et al., 2014; PASSMAN et al., 2011).

Um estudo desenvolvido na África, com a finalidade de melhorar os sistemas de informação de saúde em vários países daquele continente, com a finalidade de auxiliar na tomada de decisões dos gestores, enfocou que sistemas informatizados frágeis, ou seja, quando apresentam dados incompletos ou imprecisos, são um desafio constante para todos os níveis da gestão, pois impedem que o desempenho dos sistemas de saúde seja adequadamente avaliado ou monitorado (MUTALE et al., 2013).

No entanto, problemas relacionados à eficiência da internet são comuns quando da implantação dos sistemas, mesmo em países de recursos financeiros satisfatórios. Nos Estados Unidos, o estado de Nova York optou por mudanças na política de controle do câncer de mama e também encontrou dificuldades em relação à navegação e à alimentação do sistema de informação que funcionaram como barreiras para a adequada política de controle do carcinoma mamário (LILQUIST, 2008). Salienta-se que o cuidado com o sistema de informação é essencial, uma vez que a alimentação incorreta ou a ausência de dados reportados influenciam no planejamento das ações em saúde, caracterizando um obstáculo que podem e devem ser superado pelos gestores (VIEIRA et al., 2015). Quando os gerentes consideram excesso de itens a completar ou há poucos recursos humanos para executar o preenchimento, isso pode comprometer a adesão por parte dos profissionais na alimentação dos sistemas de informação, afetando a qualidade das informações.

Para a gestão de sistemas de saúde, é importante que os profissionais desenvolvam habilidades para utilizar instrumentos que possibilitem a reflexão crítica e a transformação da sua ação, como é caso dos sistemas de informação. No entanto, Ritter; Rosa; Flores (2013) salientam que na prática das unidades de saúde, as prioridades ou ações estão quase sempre alienadas, fora do poder de decisão dos trabalhadores que as executam, com a definição das atividades a ser desenvolvidas realizada por grupos restritos que ocupam níveis mais elevados da hierarquia do sistema de saúde, ou mesmo na própria instituição.

Numa postura *taylorista* do processo de trabalho, muitas vezes, o que se observou em Ribeirão Preto, SP, é que, em muitas UBS, há um técnico responsável por alimentar os sistemas de informação, em especial o SIAB. Nesse sentido, o gestor identifica a questão do déficit de recursos humanos, que é extremamente importante, pois gera sobrecarga de trabalho. Entretanto, contar com o auxílio operacional para a alimentação dos dados é um

problema passível de solução. No entanto, a falta de análises críticas dos dados gerados de forma a que possam ser planejadas ações estratégicas para realizar os ajustes necessários à melhoria do processo de trabalho nas unidades de saúde, torna o trabalho gerencial passível de questionamentos.

Assim, bem como no estudo de Figueiredo et al. (2010), desenvolvido em quatro ESFs de Ribeirão Preto, para a análise do uso do SIAB nas unidades de saúde, uma realidade encontrada é que a maior parte das equipes obtém a capacitação no momento da implantação do sistema na UBS, e, com a elevada rotatividade dos profissionais, aqueles que entram posteriormente aprendem a manipular o SIAB após leituras de manuais, com a própria manipulação do sistema ou com auxílio de outros colegas de trabalho, conjecturando nas dificuldades da utilização do sistema informatizado.

Outro ponto importante para contextualizar o caso de Ribeirão Preto, SP, é que à época da coleta de dados, o SISCAN havia sido implantado recentemente, o que poderia justificar um aumento na demanda por alimentação dos sistemas e de dificuldades com a rede de internet. Desse modo, novos estudos são necessários para se conhecer a atual realidade da vigilância ao câncer de mama, com apoio de sistema informatizado, já há algum tempo após a sua implantação.

Enfoca-se que o SISCAN veio com a proposta de grandes melhorias nas ações de rastreamento do câncer de mama, com a mudança de um sistema que identifica exames para um sistema que identifica a usuária. Ademais, esse sistema foi projetado em plataforma *web*, permitindo às UBS informatizadas e com acesso à internet solicitar os exames, visualizar os resultados e acompanhar as mulheres com exames alterados (seguimento). Tal sistema é integrado ao Cadastro Nacional de Usuários do SUS (CADWEB), permitindo a identificação das usuárias pelo número do cartão SUS e a atualização automática de seu histórico de seguimento (BRASIL, 2013c). Isso gerou, de acordo com os comentários dos gerentes participantes do estudo, insatisfação de profissionais, pela sobrecarga de trabalho ao ser necessário atualizar o cadastro de todas as usuárias das UBS, e das próprias mulheres, por não terem sido adequadamente orientadas da importância da atualização cadastral.

Ao mesmo tempo, o Ministério da Saúde enfocou, como grande vantagem do SISCAN, que este fornece, em tempo real, as informações inseridas no sistema pela internet. No momento em que o profissional de saúde requerer o exame pelo SISCAN, a solicitação ficará visível para a inserção do resultado. Quando o laudo estiver aprovado pelo prestador de serviço, a UBS solicitante poderá visualizá-lo, e as informações epidemiológicas serão exportadas para a base nacional no DATASUS (BRASIL, 2013c).

Assim, a expectativa é a de que esse recurso permitirá que a UBS agilize a rotina no seu processo de trabalho, pois contará com um sistema que albergará todos os exames realizados na rede SUS, com atualização automática do histórico de seguimento da paciente, gerando benefício para a saúde das mulheres, numa perspectiva de abordagem integral. Sendo assim, acredita-se que, em seu pleno funcionamento, o SISCAN estará proporcionando uma melhora nos indicadores, não somente do câncer de mama, mas também do câncer de colo do útero.

Por ser um sistema recentemente implantado, é provável que aconteça uma evolução. No entanto, existe uma necessidade de capacitação operacional do programa para o pleno funcionamento com total integração de uma equipe multidisciplinar nas UBS, além dos prestadores de serviço e da coordenação central.

Assim, tanto a capacitação no momento de implantação, quanto a educação permanente dos profissionais envolvidos com a manipulação dos sistemas e com a execução das ações preconizadas, devem ser prioridade na agenda dos gerentes de saúde, uma vez que a falta de treinamento dos trabalhadores tem impacto negativo no adequado preenchimento e na interpretação dos dados, nas atualizações dos cadastros e no entendimento da finalidade dos sistemas informatizados.

Prova disso, é que estudo desenvolvido por Pinheiro et al. (2016) em municípios do sul da Bahia, Brasil, que objetivou analisar o uso dos sistemas de informação para a tomada de decisão na gestão em saúde, encontrou uma incipiente utilização dos mesmos no processo decisório, sendo que os gerentes utilizam dados e compartilham informações, sem contudo, se apropriarem do potencial do uso da informação como subsídio para a produção do conhecimento e para auxiliar nas decisões (PINHEIRO et al., 2016).

Dessa forma, os aspectos aqui elencados são fundamentais para a consolidação dos indicadores das UBS e seu aproveitamento para o adequado controle do câncer de mama, na perspectiva da Vigilância da Saúde.

7.2.3 Dimensões do processo referentes à programação das ações para o controle do câncer de mama e formas de planejamento quando os sistemas informatizados não são utilizados

Neste estudo, a maior parte dos participantes (66,7%) informou que os dados gerados nos sistemas informatizados são úteis para o planejamento das ações para o controle do câncer de mama.

Logo, um sistema de informação em saúde se concebe como um meio para a obtenção de informações necessárias para que os serviços de saúde desenvolvam estratégias e possam aplicar estas táticas em seu processo de trabalho, possibilitando melhores condições ao planejamento e à avaliação de ações para progressos na área da saúde (SILVA et al., 2014).

Assim, quando questionados para qual finalidade no planejamento das ações os gestores utilizavam os sistemas informatizados, houve destaque para ações educativas (87,5%). Esse resultado vai ao encontro dos resultados do estudo de Moraes et al. (2016), com os 60 enfermeiros atuantes em UBS de Ribeirão Preto, SP. Esses profissionais utilizam os dados gerados nos sistemas para, dentre outras ações, prover atividades educativas (96,0%). No entanto, a proporção de enfermeiros que afirmaram que os sistemas informatizados podem auxiliar no planejamento de suas ações para o controle do câncer de mama foi bem inferior ao número de gestores (41,7% *versus* 66,7%, respectivamente). Além disso, apesar de eles afirmarem que utilizam os dados para o planejamento das atividades educativas (87,5%), menos da metade (45,8%) dos gerentes identifica ações de educação em saúde sobre o câncer de mama para as usuárias, na UBS.

Além disso, um número considerável de gestores afirmou que não utiliza os sistemas informatizados para o planejamento das ações, 25,0%, e 8,3% dos gerentes disseram não saber se os dados gerados nos sistemas de informação permitem o planejamento de ações para o controle do câncer de mama.

Assim, quando se considera a perspectiva ampliada da Vigilância da Saúde, como uma ferramenta para a transformação dos determinantes de saúde e de doença, ao se configurar como modelo com foco nos problemas locais e que opera a partir de sistemas geográficos de informação, os quais fornecem os subsídios para o adequado planejamento local (FARIA; BERTOLOZZI, 2010), os dados gerados nos sistemas informatizados deveriam ser incorporados ao processo de trabalho em saúde das UBS, no município estudado.

Em pesquisa desenvolvida em quatro ESF de Ribeirão Preto, para a análise do uso do SIAB nas unidades de saúde, os autores concluíram que os profissionais compreendem a finalidade do SIAB, no entanto sua utilização parece limitada ao registro, não sendo utilizado como instrumento gerencial para o planejamento e para a avaliação de ações de promoção, de prevenção e de reabilitação em saúde (FIGUEIREDO et al., 2010). Neste estudo, com dados coletados mais de três anos após a referida pesquisa, não se encontrou cenário divergente.

Quando o sistema de informação não é adequadamente utilizado para o planejamento das ações, objetivos são definidos genericamente, sem considerar as necessidades locais. Assim, é necessário que as equipes de saúde dominem as tecnologias de informação para

realizar diagnósticos situacionais mais adequados à sua realidade, compreendendo a incidência e a prevalência da doença, as estratégias de prevenção e de detecção precoce, cabendo ao gestor o gerenciamento adequado dessas tecnologias da informação e a capacitação dos operadores que as manipulam.

Portanto, de acordo com os pressupostos da Vigilância da Saúde, o uso do sistema de informação deve ser útil para a territorialização, permitindo a localização dos problemas de saúde e a identificação de desigualdades, entendendo o território não apenas como um espaço geográfico delimitado, mas, sim, um local com perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa em um processo de permanente construção (RITTER; ROSA; FLORES, 2013).

Metade dos gerentes que afirmaram não utilizar os sistemas informatizados para o planejamento das ações disseram que não planejam nenhuma ação; ou planejam de acordo com a demanda (33,3%); ou informaram ser atribuição de outro profissional (16,7%), no caso, o médico ginecologista.

Entendendo a proposta teórica do modelo da Vigilância da Saúde como norteadora da interpretação dos dados do presente estudo, que se refere a um modo tecnológico de reorganização das práticas de saúde no nível local, a ausência de planejamento de ações nas unidades parece preocupante, pois se distancia plenamente da proposta contida na PNAB, em que a atenção primária atua como coordenadora do cuidado em todos os pontos de atenção, tendo o conceito de promoção da saúde como orientador das práticas. O gerente, ao abrir mão do planejamento das ações, permite que a atuação dos profissionais seja baseada no modelo curativista, da queixa-conduta e nos encaminhamentos para a atenção especializada.

Fertonani et al. (2015) reiteram essa assertiva, afirmando que as perspectivas teóricas e políticas de implementação de um novo modelo assistencial no Brasil são desafios que precisam ser incorporados na rotina dos serviços de saúde, pelos profissionais/equipes de saúde, pelos usuários e suas instâncias de controle social e, principalmente, pelos gerentes das UBS.

Contudo, estudos comprovam fragilidades no potencial da PNAB para gerar transformações nas práticas assistenciais, demonstrando que as ações permanecem basicamente centradas nas atribuições do profissional médico; na terapêutica e na reabilitação de doenças já instaladas e com deficiências no trabalho em equipe (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013; TRINDADE; PIRES, 2013).

Com relação aos estudos desenvolvidos na pesquisa com enfermeiros, em Ribeirão Preto, SP, 31,7% não utilizam os sistemas para o planejamento das ações e, na região Sudeste

de São Paulo, SP, mais de um terço dos entrevistados relatou que esses dados não lhes permitiam realizar o planejamento dessas atividades e que estas eram direcionadas pela demanda de atendimento (MELO et al., 2017; MORAES et al., 2016).

Diante desse contexto, Melo et al. (2017) reforçam que a escolha de se delinear as ações para o controle do câncer de mama baseado na demanda espontânea pode ocasionar erros na adequada identificação da população-alvo e nas ações de seguimento, além de sobrecarregar o profissional de saúde, uma vez que a demanda por atendimentos geralmente ultrapassa a oferta.

7.2.4 Atributos do processo relacionados às ações desenvolvidas na UBS para o controle do câncer de mama

Todos os gerentes entrevistados no presente estudo, com relação às ações para o controle do câncer de mama desenvolvidas na APS de Ribeirão Preto, SP, afirmaram que eram desenvolvidas nas UBS atividades de encaminhamento de mulheres com exame de MMG alterado, como prioridade; solicitação de exame de MMG para mulheres do grupo de alto risco e prioridade no encaminhamento de mulheres com ECM alterado.

Esses resultados são importantes para as mulheres que necessitam de cuidados quando ocorre uma suspeita ou se tem um diagnóstico confirmado de câncer de mama. No entanto, observa-se um predomínio de ações curativas, baseadas na queixa-conduta, com enfoque no problema e não na prevenção, o que dificulta o alcance do diagnóstico precoce, preconizado nas diretrizes para o controle da doença.

Cabe ressaltar que o modelo de Vigilância da Saúde, ao ser contemplado na perspectiva da promoção da saúde, preconiza o desenvolvimento de ações que se antecedem ao dano ou ao agravo, com destaque para os problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos e abordagem sobre a avaliação de risco, como é o caso do câncer de mama. Indica, ainda, que a articulação entre ações de promoção, de prevenção e curativas, com atuação intersetorial e sobre o território, adotando intervenções sob a forma de operações, devem ser as principais marcas deste modelo (BRASIL, 2010).

Assim, apesar de Ribeirão Preto, SP, ser considerada em nível nacional como um “grande centro de saúde” (FIGUEIREDO et al., 2010), a análise das práticas no controle do câncer de mama, identificadas pelos gestores da APS, demonstrou que o processo de trabalho baseado no modelo biomédico ainda está fortemente presente nas UBS da AB.

Com relação à prioridade no encaminhamento ECM alterado, é importante que essas mulheres se submetam ao exame mamográfico, pois a MMG é considerada exame imprescindível para detecção de lesões pré-clínicas que podem estar associadas a carcinomas. Esta deve ser indicada a todas as pacientes com lesões mamárias suspeitas de malignidade, independentemente da faixa etária (PARDAL et al., 2013).

Com relação à prioridade no encaminhamento de MMG alterada e a solicitação de MMG para mulheres pertencentes ao grupo de alto risco, destaca-se que são ações imprescindíveis de serem estimuladas pelos gestores das UBS, uma vez que este exame é considerado padrão-ouro para a investigação de câncer de mama (BRASIL, 2013a, 2015).

Também foram relevantes as ações: realização de ECM na UBS e acompanhamento de rotina em ECM normal e de baixo risco (95,8% cada).

Os gestores identificaram que tais ações são realizadas a respeito do ECM; no entanto Ferreira (2016) destaca que existem algumas inadequações quanto à prática deste exame nas UBS pesquisadas, a partir dos relatos das usuárias.

Assim, com relação à realização anual do ECM realizado por médico ou enfermeiro das unidades de saúde, 54,83% das 631 usuárias entrevistadas, de todas as faixas etárias pesquisadas, referiram realizar o exame nas unidades de saúde. Entretanto, quando os ECM relatados são analisados segundo as diretrizes do Documento de Consenso do Controle do Câncer de Mama (BRASIL, 2004a), a autora observou que, do total de 78 mulheres com história familiar de câncer de mama ou de câncer de ovário, somente a metade realizou o ECM anualmente. Entre as usuárias com idade entre 35 e 39 anos, sem história familiar de câncer de mama ou de ovário, 53 relataram realizar o ECM anualmente, período em que essa ação não é recomendada. Por outro lado, 207 (32,8%) usuárias acima dos 40 anos referiram não realizar o ECM anualmente, prática que contrapõe às diretrizes do controle do câncer de mama (FERREIRA, 2016).

Assim, comparando-se os resultados obtidos com as usuárias e retomando os achados do estudo de Moraes et al. (2016), conduzido com enfermeiros atuantes nas mesmas UBS do presente estudo, percebe-se, mais uma vez, a importância da capacitação e sensibilização dos profissionais envolvidos no cuidado à mulher. Vale lembrar que cerca de metade dos enfermeiros afirmou não ter recebido capacitação para as ações de controle do câncer de mama.

Também, a busca ativa das mulheres que nunca realizaram o ECM foi referida de forma muito tímida pelos gestores do presente estudo, 33,3%. A prática do ECM está em pauta de discussão a partir das diretrizes de 2015 que relataram “ausência de recomendação”.

No entanto, é importante destacar que o mesmo faz parte do exame físico da mulher e que as diretrizes não lançaram novas recomendações para a população pertencente ao grupo de risco, enfocando que serão tratadas em outro momento. Portanto, *a priori*, neste momento, devem ser seguidas as informações contidas no Documento de Consenso do Controle do Câncer de Mama (BRASIL, 2004a).

As medidas para o encaminhamento à unidade de referência dos casos suspeitos de câncer de mama e a captação das mulheres na faixa etária priorizada também foram apontadas como ações desenvolvidas nas unidades de saúde, 95,8% e 79,2%, respectivamente. Vale destacar que casos alterados são informados à UBS por meio de monitoramento feito no nível central e lembrar que, de acordo com o protocolo do município, somente são encaminhadas para avaliação no ambulatório de mastologia da FMRP/USP (referência guiada pelo complexo regulador), as mulheres com laudo mamográfico de categorias BIRADS IV a BIRADS VI (necessidade de biopsia ou malignidade comprovada na MMG), sendo que, para as demais categorias, a resolubilidade deve se dar na APS (RIBEIRÃO PRETO, 2016).

Os gerentes das UBS afirmaram que nas unidades era realizada busca ativa das mulheres com laudo de MMG suspeito para malignidade e sem retorno para buscar o resultado, 62,5%. Em Ribeirão Preto, SP, em relação à busca das mulheres com MMG alterada e que não buscaram o resultado, o monitoramento é realizado por profissional habilitado do Programa de Saúde da Mulher. Igualmente, em Diadema, SP, a MMG é realizada em um único ponto de atenção, o Quarteirão da Saúde, que é o serviço de referência para os atendimentos especializados e para os exames de diagnóstico por imagem, e, em caso de alteração destes, o próprio serviço realiza o seguimento.

Teixeira et al. (2017) salientam que esse controle, por meio de fluxo estabelecido, favorece o trabalho organizado em rede e viabiliza o monitoramento das mulheres faltosas para a busca do resultado do exame, entretanto salientam que tal fluxo não se estende a todas as mulheres.

No estudo desenvolvido por Moraes et al. (2016), a maioria dos enfermeiros também informou realizar busca ativa das mulheres com laudo de MMG suspeito para malignidade e sem retorno para buscar o resultado. No entanto, não realizam a busca daquelas que faltaram à mamografia, pois os entrevistados relataram não conseguir acompanhar o comparecimento das usuárias, visto que o exame é realizado fora da UBS. Já no estudo de Teixeira et al. (2017), os enfermeiros afirmaram que não têm esse controle por falta de tempo para realizar tal monitoramento.

Neste estudo, foi evidenciado que um dos grandes gargalos nas práticas do controle do câncer de mama em Ribeirão Preto, SP, refere-se às mulheres que faltaram à realização da MMG, sendo ínfima a porcentagem de gestores que relataram tal ação, 16,7%.

Nos pressupostos da Vigilância da Saúde, o controle das mulheres que não compareceram para a realização dos exames torna-se fundamental, pois o monitoramento daquelas que o realizaram e apresentam alterações, é importante, apesar do enfoque curativo. Há necessidade também de se voltar o olhar, nas ações em saúde, para os aspectos preventivos, uma vez que as mulheres faltosas “se perdem” na rede e pode ser que sejam captadas novamente apenas quando já existe uma alteração instalada, comprometendo o diagnóstico precoce. Portanto, fica a dúvida de como é efetivada a “captação de mulheres na faixa etária preconizada”.

Em Ribeirão Preto, SP, os gerentes alegaram que não há como haver o controle das faltosas, pois é a mulher quem fica com a guia de encaminhamento para a realização dos exames. No entanto, afirmaram, igualmente, que a unidade de saúde possui o registro do tempo de solicitação e o retorno do resultado. Portanto, o controle das mulheres que não comparecem ao exame seria facilmente detectado, uma vez que, quando ela falta não ocorre a realização do exame e, assim, não existe laudo a ser emitido.

Acredita-se que com o advento do SISCAN, no qual se tem o controle da usuária e não do exame, este controle será ainda mais facilitado, contribuindo para o modelo proposto pela Vigilância da Saúde. Assim, para um trabalho em rede, o sistema informatizado, que opera a regulação, tem papel primordial dentro da RAS.

Dessa forma, ratifica-se que as ações de vigilância são essenciais para uma gestão eficaz de estratégias de rastreamento/controle do câncer de mama, visto que promovem a cobertura da população com maior risco e apontam caminhos para a redução das taxas de morbimortalidade por essa doença.

Ainda mencionando a importância da busca ativa, sabe-se que esta é uma estratégia capaz de aumentar a adesão de mulheres ao rastreio mamográfico, contribuindo para a eficácia das ações do programa de controle de câncer de mama, uma vez que há necessidade de se cumprir tais metas de cobertura da população-alvo e a periodicidade adequada dos exames, além de um seguimento oportuno e favorável das usuárias na rede de serviços de saúde (OHL et al., 2016).

Arreaza; Moraes (2010a), ao proporem uma contribuição teórico-conceitual para a pesquisa avaliativa, no contexto de vigilância da saúde, destacam que o papel do gestor é central e deve ter sua prática voltada para intervenções sanitárias que levem em consideração

a magnitude da oferta das ações e dos serviços para atender às necessidades da população-alvo. Nesse caso, a cobertura pode ser viabilizada em intervenções de tipos diversificados, desde aquelas voltadas ao controle de riscos e danos até às atreladas à promoção da saúde, tendo por referência um sistema estruturado para o atendimento da demanda espontânea ou estando orientado à oferta organizada e às ações programáticas.

A importância da função gerencial nos aspectos organizacionais dos programas também foi apontada em estudo realizado por Marchi; Gurgel (2010), que avaliaram a adesão às recomendações para o rastreamento mamográfico oportunístico do câncer de mama, e encontraram que muitas mulheres buscam o serviço de forma espontânea, não havendo busca ativa/convocações destas nem um seguimento adequado de rastreio.

Esse dado demonstra a importância da gestão organizacional dos programas, em que o gerente deve realizar adequado planejamento das ações para garantir a cobertura da população-alvo e o acesso aos demais pontos de atenção do sistema de saúde. No caso de Ribeirão Preto, o fato de não haver busca ativa das mulheres que faltaram à realização do exame ou que nunca compareceram à unidade para solicitação de mamografia, pode inviabilizar um diagnóstico precoce.

Nessa direção, em um estudo realizado no Rio de Janeiro, o câncer de mama foi diagnosticado em fase avançada (estádios II, III e IV) em 51% dos 104 casos analisados. O referido estudo objetivou avaliar os fatores que levam ao retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias suspeitas de malignidade e encontrou que a presença de sintomas, o longo intervalo de tempo entre o início dos sintomas e a primeira avaliação médica e entre o início dos sintomas e a confirmação diagnóstica, mostraram-se fatores estatisticamente significantes para a demora da confirmação diagnóstica de lesões suspeitas. Concluiu que esforços devem ser concentrados no intuito de diminuir os prazos necessários para agendar a consulta médica e para o esclarecimento do diagnóstico de lesões suspeitas, bem como na capacitação dos profissionais de saúde e em educação em saúde das usuárias sobre a importância dos sintomas mamários e o valor da avaliação, do diagnóstico e do tratamento precoces (REZENDE et al., 2009).

Desse modo, sabe-se que, à equipe de saúde, cabe realizar ações educativas sobre câncer de mama, fazer a busca ativa das mulheres para os exames de triagem e daquelas encaminhadas, mas que não retornaram para fazer o tratamento ou não compareceram para buscar o resultado do exame mamográfico, de acordo com o preconizado pelo MS (BRASIL, 2013a).

Neste estudo, a execução de reuniões educativas para a educação em saúde sobre o câncer de mama para as usuárias foi mencionada apenas por menos da metade dos gestores, 45,8%, apesar de, em outro momento, a maioria deles ter afirmado que utiliza os dados gerados nos sistemas informatizados para planejar ações educativas.

Cabe ressaltar que desenvolver ações educativas de maneira individual ou coletiva, para promover a mobilização e a participação da comunidade, é atribuição dos profissionais que atuam na APS, no controle do câncer de mama (BRASIL, 2013a). Em Ribeirão Preto, a respeito da realização de atividades educativas na UBS, grande parte dos enfermeiros informou não as realizar (MORAES et al., 2016), dado que corrobora aos achados de Ferreira (2016), retomando a afirmação de que 95,4% das usuárias investigadas afirmou nunca ter participado de atividade de educação em saúde nas UBSs que frequentam na rede de saúde do município.

Também os resultados do estudo realizado em Diadema chamam a atenção para as reuniões educativas executadas por apenas 52,9% dos enfermeiros, destacando-se que é um município com 100% de cobertura de ESF, modelo que prioriza, tomando, como base o conceito de promoção à saúde, as atividades preventivas. As autoras sinalizam a importância da educação em saúde na APS como fundamental para a aquisição de conhecimento pelas usuárias, com vistas à detecção precoce da doença (TEIXEIRA et al., 2017), priorizando a proposta das diretrizes do tripé: população alerta para os sinais e sintomas; profissionais de saúde sensibilizados e capacitados; serviços de saúde preparados (BRASIL, 2015a).

É importante salientar, no entanto que, em relação ao estudo em Diadema, dentre os enfermeiros que realizam atividades educativas, 64,6% receberam capacitação referente às normas preconizadas pelo MS para o controle do câncer de mama, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0,042$) em relação aos que não foram capacitados (TEIXEIRA et al., 2017).

O estudo realizado por Melo et al. (2017) encontrou associação estatisticamente significativa para a realização de ações educativas com a realização de capacitação para as ações preconizadas para o controle do câncer de mama, em que os enfermeiros capacitados promoviam mais atividades de educação em saúde para as usuárias.

O impacto das ações educativas em saúde também foi evidenciado em estudo realizado em um pequeno município do interior de Pernambuco, Brasil. Foram realizadas atividades nas salas de espera das unidades, com exposição de álbuns seriados, cartilhas, cartazes, teatro, dentre outras, as quais aumentaram a adesão das mulheres a esse tipo de atividade, concluindo os autores que a carência de informação as motivou a participar das

ações. Além disso, ao se questionar sobre os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, foi demonstrado um aumento no conhecimento das mulheres, resultante da conscientização após as palestras (SILVA et al., 2011).

Ainda em relação às atividades educativas, bem como às demais ações, cabe lembrar que, para elas ocorrerem de forma adequada, muitos obstáculos precisam ser superados. Nessa direção, os gerentes das UBS, ao discorrerem sobre os entraves para as práticas no controle do câncer de mama, apontaram dificuldades enfrentadas pelos serviços, 54,2%, com predomínio de falta de profissionais de saúde (29,2%) e de demanda excessiva (29,2%).

Esses dados vão ao encontro dos encontrados nos estudos com os enfermeiros em que a falta de tempo, reflexo direto da falta de profissionais, e a demanda excessiva, a qual pode gerar sobrecarga de trabalho, constituíram-se em obstáculos para a efetivação de ações para o controle do câncer de mama na APS (MELO et al., 2017; TEIXEIRA et al., 2017).

8 CONCLUSÃO

A análise das práticas no controle do câncer de mama identificadas pelos gestores da APS do município de Ribeirão Preto – SP permitiu concluir:

- A maioria dos gestores (15 - 62,5%) atuava em UBS tradicionais, o que já era esperado, uma vez que, das 42 UBS existentes à época da coleta de dados, 28 adotavam o modelo tradicional;
- Metade dos gestores (12 – 50,0%) tinha até cinco anos de atuação na unidade de saúde e eram especialistas;
- Grande parte dos gestores (15 - 62,5%) afirmou ter recebido capacitação para ações preconizadas pelo MS para o controle do câncer de mama, por meio da SMS, há menos de cinco anos;
- A maior parte das UBS (10 - 41,6%) tinha até dez anos de funcionamento; possuía até cinco consultórios (15 - 62,5%); e contava com consultórios de enfermagem (18 - 75,0%);
- Todas as unidades possuíam sala equipada e com espaço adequado para coleta de citologia oncológica;
- Quase a totalidade das unidades (18 - 75,0%) possuía espaço para reuniões educativas;
- Muitas eSF (6 - 35,3%) encontravam-se incompletas;
- Em grande parte das USF (7-77,8%) havia a presença de profissional médico especialista em ginecologia e obstetrícia;
- Dentre as unidades tradicionais ou mistas, grande parte (18-94,7%) possuía profissionais especialistas em ginecologia e obstetrícia;
- Na maioria das UBS tradicionais (16 - 84,2%), atuavam até cinco enfermeiros;
- Todos os gerentes informaram que em nenhuma das UBS era realizada MMG ou USG de mamas e que os serviços de referência de suas áreas de abrangência para a realização desses exames são públicos;
- A maior parte dos gerentes elencou entraves na realização dos exames de MMG (13 - 54,2%) e de USG (11 - 45,8%);
- A maioria dos gestores informou a implantação do SIAB (20 - 83,3%); SISMAMA (14 - 58,3%) e SISCAN (22 - 91,7%) nas unidades;
- Os principais problemas relatados para a utilização dos sistemas de informação foram a rede de internet precária, muitos itens a serem preenchidos e poucos recursos humanos;

- A maior parte dos gerentes (16 - 66,7%) informou que os sistemas informatizados permitem a programação das ações, com destaque para ações educativas;
- Os gestores informaram que a maioria dos funcionários (22 - 91,7%) foi capacitada quanto às ações preconizadas para o controle de neoplasias da mama, sendo a maior parte (12 - 54,5%) há menos de seis meses;
- Todos os gestores (24 - 100,0%) afirmaram, acerca das ações para o controle do câncer de mama: prioridade no encaminhamento de mulheres com exame de mamografia alterado, solicitação de exame de mamografia para mulheres do grupo de alto risco e prioridade no encaminhamento de mulheres com exame clínico das mamas alterado;
- Grande parte dos gestores (13 - 54,2%) relatou entraves na execução das práticas para o controle do carcinoma mamário, com predomínio de falta de profissionais de saúde (7 - 29,2%) e ocorrência de demanda excessiva (7 - 29,2%).

A análise dos atributos da estrutura e processo permitiu verificar a qualidade na atenção à saúde oferecida nas práticas voltadas ao controle do câncer de mama, no município em estudo.

Acerca dos atributos da estrutura, em sua maioria, os gerentes eram qualificados, foram capacitados e possuíam experiência em gestão. A maior parte das unidades possuía espaço para atendimento de enfermagem, com sala equipada para coleta de Papanicolaou (e exame das mamas) e espaço para reuniões educativas.

Quase todas as unidades contavam com profissional médico especialista em ginecologia e em obstetrícia. A presença de algum tipo de sistema informatizado nas unidades era uma realidade; porém, geralmente, eram manipulados por outro profissional, que não o gestor.

Com relação aos atributos do processo, apesar de os exames de imagem para o rastreamento do câncer de mama não serem realizados nas unidades, a média do prazo entre a solicitação da mamografia e da ultrassonografia e o retorno dos resultados para a unidade básica foi considerado adequado pelos gerentes das UBS. Há, no entanto, necessidade de maior controle das mulheres faltosas para a realização dos exames e do acesso a informações pelo prestador conveniado, sem o que fica comprometida a manutenção da vigilância na periodicidade de realização da MMG, a qual se constitui na principal estratégia para a detecção precoce da doença.

Os profissionais que atuavam nas unidades foram capacitados há pouco tempo com relação às ações para o controle do câncer de mama; e os gerentes julgavam que os sistemas informatizados são importantes para o planejamento dessas ações. No entanto, dificuldades como escassez de recursos humanos e demanda excessiva comprometem a execução de ações preventivas, que são o foco das recomendações oficiais para o controle do câncer de mama.

Apesar de grande parte dos gerentes identificarem a importância das atividades educativas, há necessidade de maior implantação destas, na medida em que o enfoque ainda é curativo. São necessários, ainda, maiores investimentos para incrementar as medidas de rastreamento e o acesso aos exames de rastreio.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação das dimensões de estrutura e processo, identificadas pelos gestores nas diversas unidades de saúde, com seus distintos arranjos estruturais e organizativos, permitiu evidenciar que, dentro de um contexto macro, com instituições de pequeno, médio e grande porte, diversos processos de trabalho são delineados a partir de diferentes realidades de infraestrutura.

Assim, na análise das práticas para o controle do câncer de mama em Ribeirão Preto, SP, é importante considerar que cada serviço de saúde oferecido pode ser diferente, tomando como base os constructos do Modelo de Donabedian, no qual os serviços de saúde têm estruturas diferentes, processos específicos e, portanto, resultados também diferenciados. No entanto, a existência de protocolos e de manuais que orientam as condutas serve como âncora para uma assistência integrada e de qualidade na rede coordenada pela APS.

Tais dados permitem destacar que programas e estratégias que visem à melhoria da qualidade nas instituições de saúde podem ter propostas gerais, porém precisam adequar-se a cada contexto de trabalho e efetuar mudanças *in loco*, com vistas a atender as especificidades de cada unidade de saúde.

Nesse sentido, a proposta de municipalização da gestão, com autonomia na tomada de decisão por parte dos gerentes locais, auxilia, na medida em que propõe, pela PNAB, a territorialização e a assistência para uma população bem definida; ferramentas que permitem melhor conhecimento das necessidades de saúde da comunidade, de acordo com seus contextos sociodemográficos e culturais. Vale lembrar que Ribeirão Preto, SP, tem Gestão Plena e autonomia nas decisões para a gerência dos serviços de saúde.

Conclui-se que, apesar de grande parte dos gestores identificarem a importância das ações educativas, há necessidade de maior implantação destas, na medida em que o enfoque ainda é curativo. São necessários, igualmente, maiores investimentos para incrementar as medidas de rastreamento e o acesso aos exames de rastreio.

Assim, as ações do programa de controle do câncer de mama necessitam de adequação, quando se considera o grau de cumprimento das exigências do MS, previamente definidas, no que concerne à cobertura da população-alvo, às ações educativas, aos exames e ao seguimento.

Dessa forma, são muitos os desafios a serem enfrentados pelos gestores das políticas públicas de saúde na implementação de estratégias que reorientem os serviços, na perspectiva

do trabalho em RAS, com atenção integral à saúde das mulheres e com foco especial para a baixa cobertura das práticas preventivas do câncer de mama.

Os gestores identificam ações propostas para o controle do câncer de mama nas UBS do município de Ribeirão Preto, SP, nas quais atuavam à época da coleta de dados. No entanto, muitas dessas práticas não estão em conformidade com o preconizado pelo MS, quando se compara com os estudos realizados com enfermeiros e usuárias. Cabe ressaltar que os gestores justificaram a alta demanda das UBS e a consequente falta de tempo como entraves para a realização das ações.

Para que esse quadro se reverta, é fundamental que gestores, profissionais e comunidade envidem esforços para a reestruturação do processo de trabalho nas UBSs do município estudado.

Percebe-se que os atributos de estrutura foram os mais bem avaliados, uma vez as unidades de saúde possuem consultórios em números suficientes; pois, no momento do cálculo amostral para o estudo com as usuárias, foram consideradas unidades de pequeno, de médio e de grande porte e o fluxo de atendimento das UBS; existem salas equipadas para coleta de Papanicolaou (e exame das mamas) e espaço para reuniões educativas.

Entretanto, ao considerar as dimensões relativas ao processo, observou-se demora no agendamento dos retornos para avaliação dos resultados de exames pelo médico (ressaltando-se que, quando comparamos com os resultados do estudo com enfermeiros, estes também apontaram demora no agendamento de exames); dificuldades na manipulação e usos dos dados gerados nos sistemas informatizados; ações que predominam na lógica da queixa-problema-conduta, sendo, essencialmente, curativistas.

Desse modo, esforços devem ser empreendidos para que ocorram modificações nos modos de atuação dos gerentes locais, a partir de incentivos e de capacitações, a fim de que se amplie o acesso às consultas, aos exames de rastreio e às medidas educativas, o que pode contribuir para a diminuição nos índices de diagnósticos tardios da doença.

São grandes os desafios dos gestores, principalmente no que concerne à efetiva educação permanente, que gere resultados no processo de trabalho das equipes sob sua supervisão; bem como a integração dos recursos humanos, financeiros e materiais.

Este estudo traz como contribuição a análise das práticas identificadas pelos gestores da APS em um município referência em saúde no contexto nacional, mas que possui indicadores ruins no que concerne às taxas de mortalidade por câncer de mama.

O fato de poucos estudos abordarem a avaliação da estrutura e do processo na visão de gestores dificultou a comparação dos resultados com a literatura, ao passo que realizar o

estudo com os gerentes das mesmas UBS selecionadas para o estudo com as usuárias e enfermeiros permitiu confrontar a percepção desses três atores de um mesmo universo, pesquisa inédita em Ribeirão Preto, SP, e que pode fornecer subsídios para a revisão dos protocolos e das práticas de controle do câncer de mama no município.

Por outro lado, isso provocou limitações no estudo, pela impossibilidade de se realizar inferências estatísticas pelo tamanho da amostra de participantes, não permitindo trabalhar com a população de todos os gerentes atuantes nas 42 UBS existentes em Ribeirão Preto, SP, à época da coleta de dados, a fim de evitar vieses nas comparações.

Outro ponto importante para contextualizar o caso de Ribeirão Preto, SP, é que, à época da coleta de dados, o SISCAN havia sido implantado recentemente; o município não havia aderido ao e-SUS Atenção Básica e foram publicadas novas diretrizes para o controle do câncer de mama.

Assim, novos estudos são necessários para se conhecer a atual situação dos sistemas informatizados, uma vez que o SISCAN surgiu com a proposta de gestão integrada e grande avanço no gerenciamento da informação para o efetivo controle do câncer de mama.

Considera-se como limitação do estudo a coleta de dados por meio do autorrelato dos gerentes, pois, mesmo que um estudo de análise de atributos de estrutura e processo de UBS possa não ser punitivo, pode ser que alguns profissionais optem por fornecer informações socialmente ou profissionalmente desejáveis.

Igualmente, o autorrelato pode ter o problema de viés de memória dos participantes, mas que tentou ser minimizado ao se realizar a entrevista em data e local previamente agendados, em lugar reservado e no tempo que o informante considerou necessário para responder aos questionamentos.

Como contribuição para a saúde pública, destaca-se que a avaliação da estrutura e processo constitui instrumento importante na prática gerencial, devendo ser estimulada, e seus conhecimentos aplicados e discutidos, pois tais aspectos poderão contribuir para aumentar o desempenho e o impacto nas ações da atenção básica na saúde da população.

Sugere-se que o conceito estendido de Vigilância à Saúde seja incorporado às práticas dos gestores, objetivando a mudança do modelo de atenção local, com vistas a progredir no processo de descentralização da gestão da saúde, e a agregar, ainda, o papel do controle social.

REFERÊNCIAS

- ALIPOUR, S.; JANNAT, F.; HOSSDEINI, L. Teaching breast cancer screening via text messages as part of continuing education for working nurses: a case-control study Bangkok. **Asian Pacific Journal Cancer Prevention**, v. 15, n. 14, p. 5607-9, 2014.
- AMERICAN CANCER SOCIETY. **I fórum intersetorial de controle de câncer de mama do Estado de São Paulo**. Disponível em: <http://www.femama.org.br/novo/arquivos/0.448881001309977170.pdf>. Acesso em 14 nov. 2017. 2010, 24 p.
- ANDRADE, A. C. V.; SCHWALM, M. T.; CERETTA, L. B. et al. Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, v. 37, n. 4, p. 439-9, 2013.
- ANDRADE, C. T.; MAGEDANZ, A. N. P. B.; ESCOBOSA, D. M. et al. A importância de uma base de dados na gestão de serviços de saúde. **Einstein**, v. 10, n.3, p.360-5, 2012.
- ANDREWS, J. C. et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation-determinants of a recommendation's direction and strength. **Journal of clinical epidemiology**, v. 66, n. 7, p. 726-735, jul. 2013.
- ANDSOY, I. I.; GUL, A. Breast, cervix and colorectal cancer knowledge among nurses in Turkey. **Asian Pacific Journal Cancer Prevention**, v. 15, n. 5, p. 2267-72, 2014.
- ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Contribuição teórico-conceitual para a pesquisa avaliativa no contexto de vigilância da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2627-38, 2010a.
- ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2215-28, 2010b.
- ATKINS, D. et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. **BMJ**, v. 328, n. 7454, p. 1490-1494, 2004.
- AYRES, J. R. C. M. Prevenção de agravos, promoção da saúde e redução de vulnerabilidade. IN: MARTINS, M. A.; CARRILHO, F. T.; ALVES, V. A. F. et al. (Eds) Clínica Médica. Barueri: Manole, 2009.
- AZEVEDO e SILVA, G.; BUSTAMENTE-TEIXEIRA, M. T.; AQUINO, E. M. L. et al. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informação de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 30, n.7, p. 1537-50, 2014.

BARBIANI, R.; DALLA NORA, C. R.; SCHAEFER, R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**. v. 24, e2721, 2016. [Access 11 20 2017]; Available in http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02721.pdf.

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**, v.34, n.2, p.86-91, 2012.

BARROS, A. F.; UEMURA, G.; MACEDO, J. L. S. Atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama e estratégias para a sua redução. **Femina**, v. 40, n. 1, p. 31-6, 2012.

BERNARDO, W. M.; NOBRE, M. R. C.; JATENE, F. B. A prática clínica baseada em evidências. PARTE II – questões clínicas bem construídas. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 4, p. 445-9, 2003.

BEYEA, S. C.; NICOLL, L. H. Writing an integrative review. **AORN Journal**, v. 67, n. 4, p. 877-80, 1998.

BILLER-ADORNO, N.; JUNI, P. Abolishing Mammography Screening Programs? A View from the Swiss Medical Board. **The New England Journal of Medicine**. v.370, n. 21, p. 1965-7, 2014.

BONASSA, E. M. A.; GATO, M. I. R. **Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2012. 644 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2203/GM**, de 5/11/1996. Define a Norma Operacional Básica – NOB, 1996.

_____. Ministério da Saúde (BR). **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília (DF): MS; 1997.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Viva Mulher. **Relatório novembro de 2000: metas cumpridas e novas perspectivas**. Rio de Janeiro: INCA; 2000.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Viva Mulher. **2ª fase de intensificação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero**. Brasília, DF: Centro de Documentação; 2001.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Viva Mulher. **Câncer de colo de útero: informações técnico gerencial de ações desenvolvidas**. Rio de Janeiro; INCA; 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Viva Mulher. **Programa Nacional de Controle de Câncer do Colo do Útero e de Mama:** informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas. Rio de Janeiro: INCA; 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Consenso para Controle do Câncer de Mama.** Rio de Janeiro: INCA, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher:** princípios e diretrizes. Brasília (DF): Editora MS; 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de ação para o controle dos cânceres do colo do útero e da mama 2005 – 2007:** diretrizes estratégicas. 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2439/GM**, de 31/12/2005, Política Nacional de Atenção Oncológica. 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasília, 2006a. 76p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM**, de 28/03/2006: aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF) [periódico na internet] [citado 26 ago 2015] Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>. 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** Brasília (DF): Editora MS; 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Mamografia:** da prática ao controle. Rio de Janeiro; INCA. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Lei 11.664** de 29 de abril de 2008, inciso III. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111664.htm. Acesso em 01 out 2015. 2008^a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde:** saúde da família. 2 ed. 52 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília, DF; 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Parâmetros para o rastreamento do câncer de mama:** recomendações para gestores estaduais e municipais. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde.** Brasília, DF, 2010b.

_____. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais da Vigilância em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010c.

_____. 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. **Portaria GM/MS nº 531**, de 26 de março de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM). **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 mar, Seção 1, p. 91-3, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA/ Recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil: balanço 2012. Rio de Janeiro, 2012c.

_____. 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 GM/MS Nº 874**, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 16 ago, Seção 1, p. 33, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 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. **e-SUS Atenção Básica: Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS /Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1a ed.** Brasília: Ministério da Saúde; 2013d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 189**, de 31 de janeiro de 2014. Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação. Diário Oficial da União, Brasília, 03 fev, Seção 1, p. 31, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. **Documento Base da Política Nacional de Vigilância em Saúde**. Documento elaborado pelo GT-PNVS, instituído por meio da Portaria SVS/MS nº 14/2013, composto por representantes da SVS/MS; ANVISA MS; CONASS e CONASEMS, Brasília, 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNaPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva-Rio de Janeiro: INCA, 2015. 168 p, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Avaliação de indicadores das ações de detecção precoce dos cânceres do colo do útero e de mama: Brasil e regiões**, 2013. Rio de Janeiro, 2015b.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca, 2014. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/index.asp?ID=5> Acesso em 16 de novembro de 2016a.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa Controle do Câncer de Mama: conceito e magnitude.** Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/conceito_magnitude. Acesso em: 22 fev 2016. 2016b.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa Controle do Câncer de Mama: histórico das ações.** Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/historico_acoes. Acesso em: 22 fev 2016. 2016c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.

BRITO, C.; PORTELA, M. C.; VASCONCELLOS, M. T. L. Assistência pelo SUS a mulheres com câncer de mama no Estado do Rio de Janeiro. **Revista Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 874-81, 2005.

BROEDERS, M. Screening for Breast Cancer: Experiences from The Netherlands. In: Encontro Internacional sobre rastreamento do Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 2, p. 97-113, 2009.

BROOME, M. E. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B. L.; CASTRO, A. A. **Revisão sistemática e meta-análise.** 2006. Disponível em: <www.metodologia.org/metal.PDF>. Acesso em: 12 jan. 2015.

CALDANA, G.; GABRIEL, C. S.; ROCHA, F. L. R. et al. Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital privado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 915-22, 2013.

CALEFFI, M.; RIBEIRO, R. A.; DUARTE FILHO, D. L. et al. A model to optimize public health care and downstage breast cancer in limited-resource populations in southern Brazil. **BMC Public Health**, v.9, n. 83, p. 1-8, 2009.

CAMPOS, S. L. F. A responsabilidade na gestão da saúde pública [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2006.

CANADIAN PARTNERSHIP AGAINST CANCER (CPAC). **System Performance Report.** Toronto, Ontario, 2012.

CARPENTER, W. R.; REEDER-HAYES, K.; BAINBRIDGE, J. et al. The Role of Organizational Affiliations and Research Networks in the Diffusion of Breast Cancer Treatment Innovation. **Medical Care**, v. 49, n. 2, p. 172-9, 2011.

CATAFESTA, G.; KLEIN, D. P.; SILVA, E. F. et al. Consulta de enfermagem ginecológica na Estratégia Saúde da Família. **Arquivos de Ciências da Saúde**. v. 22, n. 1, p. 85-90, 2015.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; Da SILVA, R. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

COOPER, H. M. The integrative research review: a systematic approach. Beverly Hills: Sage, 1984.

CORRÊA, R. S.; FREITAS-JÚNIOR, R.; PEIXOTO, J. E. et al. Efetividade de programa de controle de qualidade em mamografia para o Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Pública**. v.46, n.5, p. 769-76, 2012.

CUBAS, M. R. Planejamento local: a fala do gerente de Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.58, n. 3, p. 278-283, 2005.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, Supl. 1, p. 1029-42, 2011.

DAMTJERNHAUG, B. The Norwegian breast cancer screening program. In: Encontro Internacional sobre rastreamento do Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.55, n.2, p.97-113, 2009.

DEMARZO, M. M. P. **Reorganização dos sistemas de saúde: promoção da saúde e Atenção Primária à Saúde**. Acervo de Recursos Educacionais em Saúde. Universidade Aberta do SUS/Universidade Federal de São Paulo – UNA-SUS/UNIFESP. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/167>. Acesso em 11/06/2017.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford; 2003.

_____. Promoting Quality through Evaluating the Process of Patient Care. **Medical Care**. v. 6, n. 3, p. 181-202, 1968.

_____. **The definition of quality: a conceptual exploration**. In: _____. The definition of quality and approaches to Its assessment . Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980. p. 3-31. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring , v. 1).

DONABEDIAN A. **The definition of quality and approaches to its assessment.** In: Explorations in quality assessment and monitoring. vol I. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.

_____. The quality of care. How can it be assessed? **Journal of the American Medical Association**, v. 260, n. 12, p. 1743-8, 1988.

DUIJIM, L. E.; GROENEWOUD, J. H.; HENDRIKS, J. H. et al. Independent double reading of screening mammograms in The Netherlands: effect of arbitration following reader disagreements. **Radiologia**, v. 232, n. 2, p.564- 70, 2004.

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

ENCONTRO INTERNACIONAL SOBRE RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA. Instituto Nacional de Câncer (INCA) promoveu debate de políticas de rastreamento populacional da doença. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.55, n.2, p.97-113, 2009.

ERMEL, R. C.; BIGIO, F. M.; EVANGELISTA, A. F. R. et al. Algumas perspectivas para análise da gestão da saúde no estado de São Paulo (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1899-1906, 2011.

EVANS, D. G. R.; WARWICK, J.; ASTLEY, S. M. et al. Assessing Individual Breast Cancer Risk within the U.K. National Health Service Breast Screening Program: A New Paradigm for Cancer Prevention. **Cancer Prevention Research**. v. 5, p. 943-51, 2012.

FARIA, H. P.; COELHO, I. B.; WERNECK, M. A. F. et al. Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

FARIA, L. S.; BERTOLOZZI, M. R. A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 44, n. 3, p. 789-95, 2010.

FERNANDES, L. C. L.; MACHADO, R. Z.; ANSCHAU, G. O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, Supl. 1, p. 1541-52, 2009.

FERREIRA, S. M. A. **Controle do câncer de mama no município de Ribeirão Preto, SP: panorama das ações na perspectiva da usuária**, 2016. 134 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2016.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P.; SCHERER, M. D. A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-78, 2015.

FIGUEIREDO, L. A.; PINTO, I. C.; MARCILIANO, C. S. M. 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**, v. 18, n. 3, p. 418-23.

FOTEDAR, V.; SEAM, R. K.; GUPTA, M. K. 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 Cancer Prevention**, v. 4, n. 1, p. 117-20, 2013.

FREITAS, G. L.; VASCONCELOS, C. T. M.; MOURA, E. R. F. et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. 2009; v. 11, n. 2, p. 424-8. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>. Acesso em 30 set 2015.

FRIGERIO, A. Breast cancer screening – national programs – Italy. In: Encontro Internacional sobre rastreamento do Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.55, n.2, p.97-113, 2009.

GEBRIM, L. H. Rastreamento para câncer de mama e estadiamento. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 5, P. 216-8, 2009.

GONÇALVES, L. L. C.; SANTOS, S. B.; MARINHO, E. C. et al. Câncer de mama feminino: aspectos clínicos e patológicos dos casos cadastrados de 2005 a 2008 num serviço público de oncologia de Sergipe. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 12, n. 1, p. 47-54, 2012.

GONÇALVES, L. L. C.; LIMA, A. V.; BRITO, E. S. et al. Mulheres portadoras de câncer de mama: conhecimento e acesso às medidas de detecção precoce. **Revista Enfermagem UERJ**, v.17, n.3, p.362-7, 2009.

GOMES, F. F. C.; CHERCHIGLIA, M. L.; MACHADO, C. D. et al. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 31-43, 2014.

GONZÁLEZ-MARIÑO, M.A. Evaluación de la utilidad de um programa de cribado mamográfico em Bogotá, Colombia. **Revista salud pública**. v.14, n.1, p.45-52, 2012.

GONZÁLEZ-ROBLEDO, L. M.; GONZÁLEZ-ROBLEDO, M. C.; NIGENDA, G. et al. Acciones gubernamentales para la detección temprana del cáncer de mama en América Latina: Retos a futuro. **Salud Pública de México**. v.52, n.6, p. 533-43, 2010.

GONZÁLEZ-ROBLEDO, M. C.; GONZÁLEZ-ROBLEDO, L. M.; NIGENDA, G. Formulación de políticas públicas sobre el cáncer de mama en América Latina. **Revista Panamericana de Salud Publica**. v.33, n.3, p. 183-9, 2013.

GØTZSCHE, P. C.; JØRGENSEN, K. J. Screening for breast cancer with mammography. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. n. 6, CD001877, 2013.

HIRDES, A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Ciência & Saúde coletiva**. v. 20, n. 2, p. 371-82, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm> Acesso em: 23 de março de 2015.

_____. **IBGE Cidades**. São Paulo. Ribeirão Preto. 2017. Disponível em <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=354340>> Acesso em: 20 de abr. de 2017.

JONSSON, H.; NYSTRÖM, L.; TÖRNBERG, S. et al. Service screening with mammography of women aged 50-69 years in Sweden: effects on mortality from breast cancer. **Journal of Medical Screening**, v. 8, n. 3, p. 152-60, 2001.

JONSSON, H.; BORDÁS, P.; WALLIN, H. et al. Service screening with mammography in Northern Sweden: effects on breast cancer mortality – an update. **Journal of Medical Screening**, v. 14, n. 2, p. 87-93, 2007.

KOPANS, D. B. The 2009 US Preventive Services Task Force (USPSTF) Guidelines are not Supported by Science: The Scientific Support for Mammographic Screening. **Radiology Clinical**. v. 48, p.843-57, 2010.

LAGES, R. B.; OLIVEIRA, G. P.; FILHO SIMEÃO, V. M. et al. Desigualdades associadas a não realização de mamografia na zona urbana de Teresina-Piauí-Brasil, 2010-2011. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 4, p. 737-47, 2012.

LEÃO, C. R.; TEIXEIRA, U. F.; LIMA, E. K. P. et al. Tendência da mortalidade por câncer de mama feminina no estado da Bahia, Brasil, de 1980 a 2007. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 36, n.2, p.299-312, 2012.

LEITE, F. M. C.; AMORIM, M. H. C.; MARQUES, G. M. T. et al. A estratégia de saúde da família e o rastreamento do câncer de mama. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 12, n. 2, p. 1-9, 2011.

LEOPOLDINO, D. D.; D'IPPOLITO, G.; BEZERRA, A. S. A. et al. Aspectos técnicos da ressonância magnética de mama com meio de contraste: revisão da literatura. **Radiologia Brasileira**, v. 38, n. 4, p. 287-294, 2005.

LILQUIST, P. P. Implementing Case Management in New York State's Partnerships for Publicly Funded Breast Cancer Screening. **Preventing Chronic Disease**, v. 5, n. 2, p. 1-12, 2008.

LIMA, A. L. P.; ROLIM, N. C. O. P.; GAMA, M. E. A. et al. Rastreamento oportunístico do câncer de mama entre mulheres jovens no Estado do Maranhão, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 7, p. 1433-9, 2011.

LOURENÇO, T. S.; MAUAD, E. C.; VIEIRA, R. A. Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 4, p. 585-91, 2013.

MACHADO, D. K. S.; CAMATTA, M. W. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e a atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 224-32, 2013.

MAI, V.; SULLIVAN, T.; CHIARELLI, A. M. Breast cancer screening program in Canada: Successes and challenges. **Salud Pública de México**, v. 51, suppl 2, p. S228-S235, 2009.

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**, v. 32, n. 4, p. 191-7, 2010.

MARCONATO, R. R. F.; SOÁREZ, P. C.; CICONELLI, R. M. Custos dos mutirões de mamografia de 2005 e 2006 na Direção Regional de Saúde de Marília, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 8, p. 1529-1536, 2011.

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. Dissertação (Mestrado) - Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2011.

MARQUES, C. A.; FIGUEIREDO, E. N.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Validação de instrumento para identificar ações de rastreamento e detecção de neoplasia de mama. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 2, p. 183-9, 2015.

_____. Políticas de saúde pública para o controle do câncer de mama no Brasil. **Revista de Enfermagem da UERJ**. v. 23, n. 2, p. 272-8, 2015.

MARTINEZ-MONTAÑEZ. O. G.; URIBE-ZÚÑIGA, P.; HERNÁNDEZ-ÁVILA, M. Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México. **Salud pública de México**. v.51, p.350-9, 2009.

MARTINS, E.; FREITAS-JUNIOR, R.; CURADO, M. P. 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**, v.31, n.5, p.219-23, 2009.

MATTOS, J. S. C. **Impacto do rastreamento mamográfico em mulheres de 40-49 anos da região de Barretos-SP**. Tese (Doutorado). Programa de Oncologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

MACHADO, D. K. S.; CAMATTA, M. W. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e a atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**. v. 21, n. 2, p. 224-32, 2013.

MATOS, J. C.; PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B. Fatores associados à realização da prevenção secundária do câncer de mama no Município de Maringá, Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 27, n. 5, p. 888-98, 2011.

MATUDA, C. G.; PINTO, N. R. S.; MARTINS, C. L et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2511-21, 2015.

MAUAD, E. C.; NICOLAU, S. M.; MOREIRA, L. F. et al. Adherence to cervical and breast cancer programs is crucial to improving screening performance. **Rural Remote Health**. v. 9, n. 3, p. 1241, 2009.

MELO, F. B. B.; MARQUES, C. A. V.; ROSA, A. S. et al. Ações do enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 6, p. 1119-28, 2017.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. 300 p.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan - Americana de Saúde, 2011.

MENDES, J. D. V.; CECILIO, M. A. M.; OSIANO, L. R. L. Produção de mamografias no SUS do Estado de São Paulo. **BEPA**, São Paulo, v. 10, n. 120, p. 17-28, 2013.

MISTURA, C.; CARVALHO, M. F. A. A.; SANTOS, V. E. P. Mulheres mastectomizadas: vivências frente ao câncer de mama. **Revista enfermagem UFSM**, v. 1, n. 3, p.351-9, 2011.

MONKEN, M.; BATISTELLA, C. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/vigsau.html>. Acesso em 21 fev. 2017.

MORAES, D. C.; ALMEIDA, A. M.; FIGUEIREDO, E. N. et al. Opportunistic screening actions for breast cancer performed by nurses working in primary health care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 1, p. 14-21, 2016.

MOURA, B. L. A.; CUNHA, R. C.; FONSECA, A. C. F. et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, supl. 1, S69-S81, 2010.

MUTALE, W.; CHINTU, N.; AMOROSO, C. et al. Improving health information systems for decision making across five sub-Saharan African countries: Implementation strategies from the African Health Initiative. **BMC: Health Services Research**, v. 13, suppl. 2, p. 1-12, 2013.

OGATA, M. N.; FRANÇA, Y. Atuação do auxiliar de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 506-11, 2010.

OHL, I. C. B.; OHL, R. I. B.; CHAVAGLIA, S. R. R. et al. Public actions for control of breast cancer in Brazil: integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 4, p. 746-55, 2016.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses**. 2ed. São Paulo: Pioneira, 2002, p. 114-135.

OLIVEIRA, C. M.; CASANOVA, A. O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 929-36, 2009.

OTTEN, J. D.; BROEDERS, M. J.; FRACHEBOUD, J. et al. Impressive time-related influence of the Dutch screening programme on breast cancer incidence and mortality, 1975-2006. **International Journal Cancer**, v. 123, n. 8, p. 1929-34, 2008.

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

PARDAL, R. C.; ABRANTES, A. F. L.; RIBEIRO, L. P. V. Rastreio de lesões mamárias: estudo comparativo entre a mamografia, ultrassonografia modo-B, elastografia e resultado histológico. **Radiologia Brasileira**, v. 46, n. 4, p. 214-20, 2013.

PASSMAN, L. J.; FARIAS, A. M.; TOMAZELLI, J. G. et al. SISMAMA – implementation of an information system for breast cancer early detection programs in Brazil. **Breast**, v. 20, Suppl 2, p. S35-9, 2011.

PINHEIRO, A. L. S.; ANDRADE, K. T. S.; SILVA, D. O. et al. Gestão da saúde: o uso dos sistemas de informação e o compartilhamento de conhecimento para a tomada de decisão. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 3, e3440015, 2016.

PINHEIRO, A. L. S.; MARTINS, A. F. P.; PINTO, I. C. et al. Utilização dos sistemas de informação: desafios para a gestão da saúde. **Ciencia Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 3, p. 1307-14, 2015.

PORTO, M. A. T.; TEIXEIRA, L. A.; SILVA, R. C. F. Aspectos Históricos do Controle do Câncer de Mama no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 3, p. 331-9, 2013.

PUSCHEL, K.; THOMPSON, B. Mammogram screening in Chile: Using mixed methods to implement health policy planning at the primary care level. **The Breast**, v. 20, Suppl 2, p. 40-5, 2011.

RAUSCHER, G. H.; MURPHY, A. M.; ORSI, J. M. et al. Beyond MQSA: Measuring the quality of breast cancer screening programs. **AJR Am Journal Roentgenology**, v. 202, n. 1, p.145–51, 2014.

REZENDE, M. C. R.; KOCH, H. A; FIGUEIREDO, J. A. 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, n2, p.75-81, 2009.

RITTER, F.; ROSA, R. S.; FLORES, R. Avaliação da situação de saúde por profissionais da atenção primária em saúde com base no georreferenciamento dos sistemas de informação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 12, p. 2523-34, 2013.

RODRIGUES, D. C. N.; FREITAS-JUNIOR, R.; CORRÊA, R. S. S. et al. Avaliação do desempenho dos centros de diagnóstico na classificação dos laudos mamográficos em rastreamento oportunista do Sistema Único de Saúde (SUS). **Radiologia Brasileira**. v. 46, n. 3, p. 149-55, 2013.

ROSA, L. M.; RADUNZ V. Taxa de sobrevida na mulher com câncer de mama: estudo de revisão. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v, 21, n. 4, p. 980-9, 2012.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto “Ethos” de Atenção à Saúde**. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde, 2003. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/pdf/ethos.pdf>. Acesso em: 15/03/2016.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Saúde de Ribeirão Preto**. Período 2005-2008. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde, 2005.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Saúde de Ribeirão Preto**. Período 2010-2013. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Saúde de Ribeirão Preto**. Período 2014-2017. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde, 2014. Disponível: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/planeja/i16indplano.php>

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher**: protocolos de rastreamento do câncer ginecológico. Disponível em: https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/pdf/i16ppp-deteccao_precoce_ca_mama.pdf. Acesso em: 15/03/2016.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M.; SANTANA, E. W. P. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: Rouquayrol MZ, Gurgel MCS, organizadores. Epidemiologia e saúde. 7.ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2013:11-24.

RUPPRECHT, C. First German Disease Management Program for Breast Cancer. **HEALTH CARE FINANCING REVIEW/Fall**. v. 27, n.1, p.69-77, 2005.

SHARMA, K.; COSTAS, A.; SHULMAN, L.N. et al. Systematic review of barriers to breast cancer care in developing countries resulting in delayed patient presentation. **Journal of Oncology**, v. 2012, n. 2012, article ID 121873, 8 pages, 2012.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 941-51, 2017.

TRAMONTE, M. S.; SILVA, P. C. S.; CHUBACI, S. R. et al. Atraso diagnóstico no câncer de mama em hospital público oncológico. **Medicina**. v. 49, n. 5, p. 451-62, 2016.

TRINDADE, L. L.; PIRES, D. E. P. Implicações dos Modelos Assistenciais da Atenção Básica nas Cargas de Trabalho dos Profissionais de Saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 36-42, 2013.

SANTA CRUZ, M. L.; FRANCO, L.; CARVALHO, J. W. et al. Reunião de equipe: uma reflexão sobre sua importância enquanto estratégia diferencial na gestão coletiva no Programa de Saúde da Família (PSF). **Psicologia Revista**, v. 17, n.1 e n.2, 161-183, 2008.

SANTOS, D. N. Avaliação e contratualização na Vigilância em Saúde: caminhos possíveis. Dissertação (mestrado profissional). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. 314 f. 2016.

SANTOS, S. R.; FERREIRA, J. A.; SANTA CRUZ, E. M. M. et al. Sistema de informação em saúde: gestão e assistência no Sistema Único De Saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 833-40, 2014.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde. **Departamentos Regionais de Saúde**. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/>. Acesso em 15/03/2016.

SBM. Sociedade Brasileira de Mastologia. **Saiba tudo sobre o câncer de mama**. Disponível em: http://www.sbmastologia.com.br/index.php?option=com_flippingbook&view=book&id=12:saiba-tudo-sobre-o-cancer-de-mama&catid=3:cartilhas&Itemid=960. Acesso em 16/03/2016.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciencia & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3203-12, 2013.

SILVA, A. P. S.; OLIVEIRA, M. S.; SOUSA, F. S. et al. Promoção da saúde nas políticas públicas direcionadas ao câncer de mama. **Ciência Cuidado & Saúde**. v.10, n.2, p.389-94, 2011.

SILVA, A. R. S.; ALVES, E. R.; BARROS, M. B. S. C. et al. Educação em saúde para detecção precoce do câncer de mama. **Revista Rene**. v.12, n. esp., p. 952-9, 2011.

SILVA, G. A.; BUSTAMENTE-TEIXEIRA, M. T.; AQUINO, E. M. L. et al. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informação de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v.30, n.7, p. 1537-50, 2014.

SILVA, R. M. V.; FRACOLLI, L. A. A utilização de indicadores sociais na operacionalização do modelo de Vigilância da Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 1, p. 168-77, 2009.

SILVA, T. B.; MAUAD, E. C.; CARVALHO, L. A. et al. Difficulties in implementing an organized screening program for breast cancer in Brazil with emphasis on diagnostic methods. **Rural and Remote Health**. v. 13, p. 2321-33, 2013.

SILOCCHI, C.; JUNGES, J. R. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com Doenças crônicas não transmissíveis. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 15 n. 2, p. 599-615, 2017.

SMITH, R. A. International programs for the detection of breast cancer. **Salud pública México**, Cuernavaca, v. 53, n. 5, p. 394-403, 2011.

SOLLA, J. **Dilemas e desafios da gestão municipal do SUS**: avaliação da implantação do Sistema Municipal em Vitória da Conquista (Bahia), 1997-2008. São Paulo: Hucitec, 2010.

SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 953-72, 2010.

STETLER, C. B.; MORSE, D.; RUCKI, S. et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. **Applied Nursing Research**. v. 11, n. 4, p. 195-206, 1998.

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

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2 ed. Brasília: UNESCO; 2004. 726 p.

SULTI, A. D. C.; LIMA, R. C. D.; FREITAS, P. S. S. et al. O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v. 39, n. 104, p. 172-82, 2015.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**. v. 2, n. 1, p. 7-28, 1998.

TEIXEIRA, M. S.; GOLDMAN, R. E.; GONÇALVES, V. C. S. et al. Atuação do enfermeiro da Atenção Primária no controle do câncer de mama. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 1-7, 2017.

TIEZZI, D. G. Câncer de mama: um futuro desafio para o sistema de saúde nos países em desenvolvimento. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v.32, n.6, p.257- 9, 2010.

TOMAZELLI, J. G.; MIGOWSKI, A.; RIBEIRO, C. M. et al. Assessment of actions for breast cancer early detection in Brazil using process indicators: a descriptive study with Sismama data, 2010-2011. **Epidemiologia nos Serviços de Saúde**, v. 26, n. 1, 2017.

TRALDI, M. C.; GALVÃO, P.; MORAIS, S. S. et al. Demora no diagnóstico de câncer de mama de mulheres atendidas no Sistema Público de Saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 185-91, 2016.

URSI, E. S. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

U.S. Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Screening for Breast Cancer, Topic Page. Nov., 2009. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsbrca.htm>>. Acesso em: 14 de set. 2015.

VAN STEEN, A.; VAN TIGGELEN, R. **Short history of mammography**: a Belgian perspective. *JBR-BTR*. v. 90, n. 3, p.151-3, 2007.

VENDRUSCULO-FANGEL, L. M.; PANOBIANCO, M. S.; KEBBE, L. M. et al. Quality of life and daily activities performance after breast cancer treatment. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 93-100, 2013.

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

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação da qualidade de programas e ações de vigilância sanitária** In: COSTA, E. A., org. *Vigilância Sanitária: temas para debate* [online]. Salvador: EDUFBA, 2009. 237 p.

VIEIRA, R. A.; UEMURA, G.; ZUCCA-MATTHES, G. et al. Evaluating breast cancer health system between countries: the use of USA/SEER and Brazilian women as a cohort sample. **The Breast Journal**. v. 21, n. 3, p. 322-23, 2015.

VILLAR, V. C. F. L.; SOUZA, C. T. V.; DELAMARQUE, E. V. Distribuição dos mamógrafos e dos exames mamográficos no estado do Rio de Janeiro, 2012 e 2013. **Epidemiologia nos Serviços de Saúde**, v. 24, n. 1, p. 105-114, 2015.

WHO. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2012. Lyon, 2012. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/>>. Acesso em: 13 de setembro de 2015.

_____. **Breast cancer**: prevention and control. 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>>. Acesso em: 15 set. 2015.

_____. Cancer Control. Knowledge into Action. **Who Guide for Effective Programmes. Early Detection**. Switzerland: WHO, 2007. Disponível em <http://www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf> Acesso em 10 de março de 2015.

_____. International Agency for Research on Cancer. World Cancer Report 2008. Lyon: 2008.

XIMENES-NETO, F. R.; LEITE, J. L. L.; FULY, P. S. C.; et al. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 5, p. 595-602, 2008.

YAKUWA et al., 2015. Vigilância em Saúde da Criança: perspectiva de enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n.3, 384-90, 2015.

YANCY, B.; ROYALTY, J. E.; MARROULIS, S. et al. Using Data to Effectively Manage a National Screening Program. **Cancer**. v. 120, n. 16, p. 2575-83, 2014.

YOULDEN, D. R.; CRAMB, S. M.; DUNN, N. A. et al. The descriptive epidemiology of female breast cancer: an international comparison of screening, incidence, survival and mortality. **Cancer Epidemiology**, v. 36, p. 237-48, 2012.

ANEXOS

ANEXO A

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 concordar 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 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 nela recrutados, dispondo de 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

EERP-USP

Nesta

ANEXO B

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.ª Dr.ª 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

APÊNDICES

APÊNDICE 1

“Formulário de identificação das ações no controle do câncer de mama na atenção primária – Gestor

Informações Gerais

Data da coleta ____/____/____ Horário do início ____:____ Horário do fim da coleta ____:____

Nome do entrevistador: _____

Código do entrevistador: _____ Nome da UBS: _____ Tipo de UBS

____ (1) Mista (2) PSF (3) Tradicional

IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR

Iniciais: _____

Q1) Tempo de atuação nesta UBS: _____ (em meses)

Q2) Maior titulação: ____ (1) Graduação (2) Especialização (3) Residência (4) Mestrado (5) Doutorado (6) Outros: _____

Q2.1) Se Especialização. Especificar áreas de especialidades: (1) PSF (2) Saúde Pública (3) Obstetrícia (4) outra especialidade _____

CAPACITAÇÃO DO GESTOR

Q3) Como Gestor (a), o (a) Senhor (a) recebeu orientação formal sobre as ações preconizadas para o controle de câncer de mama? ____ (0) não (1) sim

Se sim, especifique

Q3.1) De quem? ____ (1) Secretaria Municipal de Saúde - SMS (2) Secretaria de Estado de Saúde (SES) (3) outra, especifique _____

Q3.2) Quando foi a última orientação? ____/____ (mês e ano)

ESTRUTURA E RECURSOS DA UBS NO MOMENTO DA ENTREVISTA

Q4) Há quanto tempo esta UBS está funcionando? _____ (em meses) (99) não sabe

Q5) Quantos consultórios médicos tem esta UBS? Nº ____

Q6) Há consultórios de enfermagem? ____ (0) não (2) compartilha o consultório com o médico (1) sim, **Q6.1** quantos ____

Q7) Há espaço para reuniões educativas? ____ (0) não (1) sim, **Q7.1** quantos ____

Q8) Há sala equipada para a coleta de Papanicolaou? ____ (0) não (1) sim, **Q8.1** quantas ____

SOBRE EQUIPE DE SAÚDE

Q9) A UBS é PSF ou Mista? (parte PSF e parte tradicional) ____ (0) não (1) sim.

Se sim, especifique

Q10) quantas equipes existem no PSF? ____ (99) não sabe

Q11) Destas, quantas estão completas? ____ (99) não sabe

Q12) Nas incompletas, quais os profissionais que faltam? ____ (1) médico (2) enfermeiro (3) auxiliar de enfermagem (4) agente comunitário de saúde

Q13) Em sua unidade há médicos ou enfermeiras especialistas em ginecologia e obstetrícia? ____ (0) não (1) sim,

Se sim, especifique

13.1) (1) médico (s) (2) enfermeiro(s) ____

Q14) A UBS é Tradicional ou Mista (parte tradicional e parte PSF) ____ (0) não (1) sim.

Se sim, especifique

Q15) quantos profissionais médicos e de enfermagem existem? ____ enfermeiro ____ técnico de enfermagem ____ auxiliar de enfermagem ____ médico ____

Q16) Em sua unidade há médicos ou enfermeiras especialistas em ginecologia e obstetrícia? ____ (0) não (1) sim

Se sim, especifique

Q16.1) (1) médico (s) (2) enfermeiro(s)

Sobre Mamografia (MMG)

Q17) Há mamógrafo nesta UBS? (0) não (1) sim. **Q17.1)** Se não, qual(is) o(s) serviço(s) de referência da sua área de abrangência? (1)

público (2) privado (99) não sabe

Q18) Há registro quanto ao tempo entre a solicitação da MMG e o retorno dos resultados?

(0) não (1) sim. **Q18.1)** Se sim especificar tempo (em dias)

Q19) Há registro sobre o número de MMG solicitadas por mês nesta UBS? (0) não (1) sim. **Q19.1)** Se sim, quantas?

Q20) Há algum fator que dificulte a execução da mamografia? (0) não (1) sim.

Se Sim, especifique.

Q20.1) (a) falta da paciente ao exame agendado (b) falta mamógrafo (c) falta de técnico ou médico para fazer o exame (d) dificuldade no agendamento do exame no serviço de referência (e) outro, especificar

Sobre Ultra-som de Mama (USG de mama)

Q21) É realizado USG de mama nesta UBS? (0) não (1) sim. **Q21.1)** Se não, qual(is) o(s) serviço(s) de referência da sua área de abrangência? (1) público (2) privado (99) não sabe

Q22) Há registro quanto ao tempo entre a solicitação da USG de mama o retorno dos resultados? (0) não (1) sim. **Q22.1)** Se sim especificar (em dias)

Q23) Há registro sobre o número de USG de mama solicitados por mês nesta UBS? (0) não (1) sim. **Q23.1)** Se sim, quantas?

Q24) Há algum fator que dificulte a execução da ultrassonografia? (0) não (1) sim.

Se Sim, especifique

Q24.1) (1) paciente falta (2) falta do aparelho (3) falta do Médico para fazer o exame (4) dificuldade no agendamento do exame (5) outro, especificar

Q25) Há algum fator que dificulte a avaliação do resultado do exame da usuária pelo médico? (0) não (1) sim.

Se Sim, especifique

Q25.1) (1) demora no agendamento do retorno (2) demora da entrega do resultado do exame no serviço de referência (3) outro, especificar

Sobre o sistema informatizado

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) (7) Nenhum deles

Q26.1) Especifique o tempo de implantação de cada um destes sistemas (em meses)

(1)SIAB (2) SIGA (3) SISREG (4) SIASUS (5)

SISMAMA (6) SISCAN

Q26.2) 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) Os dados gerados neste (s) sistema (s) informatizado(s) permitem ao senhor(a) planejar as ações para o controle do câncer de mama?

☐ (0) não (99) não sabe (1) sim

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) promover ações educativas
- (6) outra, especificar _____

Se não, especifique

Q27.2) Como você planeja estas ações? ☐☐☐☐

- (1) não planejo
- (2) é atribuição de outro profissional ou instância
- (3) pela demanda de atendimento
- (4) outra, especificar _____

Capacitação do Profissional da Saúde

Q28) Foi oferecida, após 2004, capacitação a médicos e enfermeiros sobre as ações preconizadas para o controle do câncer de mama? ☐ (0) não (99) não sabe (1) sim

Se sim,

Q28.1) quando ocorreu a última capacitação:

- (1) menor que 6 meses
- (2) de 6 meses a 1 ano
- (3) maior que 1 ano a 1 ano e meio
- (4) maior que 1 ano e meio a 2 anos
- (5) maior que 2 anos

Q29) Está disponível nesta UBS o Caderno da Atenção Básica número 13 – Controle dos cânceres do colo do útero e de mama? ☐ (0) não (99) não sabe (1) sim

Q30) Está disponível nesta UBS o Documento de Consenso no Controle do Câncer de Mama? ☐ (0) não (99) não sabe (1) sim

Ações no Controle do Câncer de Mama

Q31) Quais ações para o controle do câncer de mama são desenvolvidas nesta UBS?

Q31.1) Captação de mulheres na faixa etária priorizada ☐ (0) não (99) não sabe (1) sim

Q31.2) Implantação da agenda da mulher ☐ (0) não (99) não sabe (1) sim

Q31.3) Exame Clínico das Mamas (ECM) ☐ (0) não (99) não sabe (1) sim

Q31.4) Busca ativa das mulheres que nunca realizaram o ECM ☐ (0) não (99) não sabe (1) sim

Q31.5) Prioridade no encaminhamento de mulheres com ECM alterado ☐ (0) não (99) não sabe (1) sim

Q31.6) Orientações no acompanhamento de rotina em ECM normal e baixo risco ☐ (0) não (99) não sabe (1) sim

Q31.7) Solicitação de MMG para mulheres de alto risco ☐ (0) não (99) não sabe (1) sim

Q31.8) Busca ativa das mulheres com laudo de MMG suspeito para malignidade e sem retorno para buscar o resultado ☐ (0) não (99) não sabe (1) sim

Q31.9) Prioridade no encaminhamento de mulheres com resultado de MMG alterado ☐ (0) não (99) não sabe (1) sim

Q31.10) Busca ativa das mulheres com laudo de MMG suspeito para malignidade e sem retorno para buscar o resultado|__| (0) não (99) não sabe (1) sim

Q31.11) Busca ativa das mulheres que faltaram à realização da MMG |__| (0) não (99) não sabe (1) sim

Q31.12) Medidas para o encaminhamento à unidade de referência dos casos suspeitos de câncer de mama |__| (0) não (99) não sabe (1) sim

Q31.13) Reuniões educativas sobre medidas para o controle do câncer de mama |__| (0) não (99) não sabe (1) sim

Q31.14) nenhuma das opções

Q32) Há algum fator que dificulte a execução destas ações? |__| (0) não (99) não sabe (1) sim

Se sim,

Q32.1) selecione as **quatro** principais dificuldades enfrentadas |__|__|__|__|

(1) falta de equipamentos

(3) falta de profissionais de saúde

(4) falta de capacitação profissional

(5) demanda excessiva

(6) crenças das usuárias

(7) dificuldades no agendamento dos exames e ou retorno em consulta

(8) outra, especificar _____

Versão 03 do “Formulário de Identificação de ações de controle de câncer de mama na atenção primária – Gestor”

O (a) Senhor(a) tem alguma(s) pergunta(s), dúvida(s), sugestão(ões) ou comentário(s)?

Observações do entrevistador

Agradecemos sua participação

APÊNDICE 2

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

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