



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Rafaela Krann

**A Avaliabilidade das ações de detecção precoce do câncer de mama na Atenção  
Primária à Saúde**

Florianópolis  
2022

Rafaela Krann

**A Avaliabilidade das ações de detecção precoce do câncer de mama na Atenção  
Primária à Saúde**

Dissertação submetido ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Claudia Flemming Colussi.

Florianópolis

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Krann, Rafaela

A Avaliabilidade das ações de detecção precoce do câncer de mama na Atenção Primária à Saúde / Rafaela Krann ; orientador, Claudia Flemming Colussi, 2022.  
96 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde. 3. Atenção Primária a Saúde. 4. Avaliabilidade. 5. Detecção precoce do câncer de mama. I. Colussi, Claudia Flemming. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Rafaela Krann

**A Avaliabilidade das ações de detecção precoce do câncer de mama na Atenção Primária à Saúde**

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Daniela Alba Nickel, Dr.(a)  
Universidade Federal de Santa Catarina – PPGSC

Prof.(a) Mônica Teresa Ruocco Alcauza, Dr.(a)  
Instituto de Ensino Superior da Grande Florianópolis - IES

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

---

Prof.(a) Marta Inez Machado Verdi, Dr.(a)  
Coordenadora do PPGSC - UFSC

---

Prof.(a) Claudia Flemming Colussi, Dr.(a)  
Orientadora - PPGSC - UFSC

Florianópolis, 2022.

## AGRADECIMENTOS

O mestrado é um processo permeado por desafios, incertezas, alegrias e percalços pelo caminho. E ainda mais que também tivemos que encarar nessa jornada a pandemia de COVID-19. E para encontrar o melhor caminho em cada momento algumas pessoas contribuíram para o resultado. Chegar até aqui foi possível com o apoio de várias pessoas, a quem dedico este trabalho.

À minha orientadora, Professora Doutora Claudia Flemming Colussi, pelo aprendizado, paciência e apoio em todo os momentos. Obrigada pelo acolhimento e contribuições em todos os momentos.

A banca examinadora, agradeço a disponibilidade em participar desse momento de finalização de uma etapa e pelas contribuições.

Aos professores e colegas do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFSC pelos conhecimentos compartilhados, pela compreensão e empatia.

Aos participantes desta pesquisa, profissionais da saúde, mulheres e gestores, obrigada por dedicar um pouco do seu tempo para contribuir com este trabalho.

Aos meus pais, que mesmo de longe estiveram presentes, pelo incentivo e apoio. Obrigada por colocarem os estudos como prioridade em nossa casa.

As minhas irmãs, por todo o apoio desde o começo da trajetória. Especialmente à Maira quem acompanhou a etapa final, agradeço pelas conversas e desabafos diários.

A Mirela, meu amor, pelo carinho, apoio, discussões, e principalmente por termos finalizado essa etapa mais fortes e unidas.

Amigos, demais familiares, enfim a todos que de alguma forma contribuíram nessa jornada.

## RESUMO

O câncer de mama é a neoplasia responsável pelas principais causas de mortes em mulheres, está inserido no Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil no eixo de ações do cuidado integral. As ações de detecção precoce do câncer de mama envolvem as estratégias do diagnóstico precoce e o rastreamento. A atenção primária dentro da Rede de atenção à Saúde (RAS) é o ponto central e articulador das ações de detecção precoce do câncer de mama. Este estudo teve como objetivo desenvolver um Estudo de Avaliabilidade sobre as ações de detecção precoce do câncer de mama na Atenção Primária à Saúde. Foram utilizadas informações a partir da análise documental, revisão bibliográfica, entrevistas com informantes-chave, para o desenvolvimento do modelo teórico e lógico e da matriz avaliativa. A matriz de análise e julgamento foi elaborada a partir de duas dimensões: político-organizacional e assistencial, composta por 14 indicadores, e 37 medidas, com seus respectivos parâmetros e fontes. Os resultados obtidos refletem o conteúdo validado e permite uma análise geral de todos os componentes da matriz avaliativa, de modo a demonstrar a viabilidade de avaliação das ações de detecção precoce do câncer de mama na atenção primária.

Palavras-chave: avaliação em saúde, atenção primária à saúde, câncer de mama.

## **ABSTRACT**

Breast cancer is the neoplasm responsible for the main causes of death in women, it is included in the Strategic Action Plan to face Chronic Non-Communicable Diseases (NCDs) in Brazil in the axis of comprehensive care actions. Actions for early detection of breast cancer involve strategies for early diagnosis and screening. Primary care within the Health Care Network (RAS) is the central point and articulator of actions for the early detection of breast cancer. This study aimed to develop an Evaluability Study on actions for early detection of breast cancer in Primary Health Care. Information from document analysis, literature review, interviews with key informants were used for the development of the theoretical and logical model and the evaluation matrix. The analysis and judgment matrix was prepared from two dimensions: political-organizational and assistance, composed of 14 indicators and 37 measures, with their respective parameters and sources. The results obtained reflect the validated content and allow a general analysis of all components of the evaluation matrix, in order to demonstrate the feasibility of evaluating actions for early detection of breast cancer in primary care.

**Keywords:** health evaluation, primary health care, breast neoplasm.

## LISTA DE TABELAS E ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Leis, portarias, diretrizes e protocolos das políticas voltadas ao combate do câncer de mama .....	18
Tabela 2 - Ações prioritárias no combate ao câncer de mama na Atenção Primária à Saúde..	24
Figura 1 – Linha de cuidado do câncer de mama na Rede de Atenção à Saúde .....	24
Quadro 1 - Leis, portarias, diretrizes e protocolos utilizados na elaboração dos modelos teórico e lógico das ações de detecção precoce do câncer de mama.....	35
Quadro 2 - Matriz de Análise e Julgamento das ações de detecção precoce do câncer de mama na APS.....	88

### ARTIGO

Quadro 1 - Leis, portarias, diretrizes e protocolos utilizados na elaboração dos modelos teórico e lógico das ações de detecção precoce do câncer de mama.....	51
Figura 1 - Modelo Teórico das ações de detecção precoce do câncer de mama.....	55
Figura 2 - Modelo Lógico das ações de detecção precoce do câncer de mama na Atenção Primária.....	57
Tabela 1 - Matriz de Análise e Julgamento das ações de detecção precoce do câncer de mama na Atenção Primária, contendo dimensões, indicadores, medidas, parâmetros e as fontes de evidências.....	58



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB Atenção Básica

ABNT Associação Brasileira de Normas Técnicas

AEM Autoexame das mamas

APS Atenção Primária à Saúde

CA Câncer

DATASUS Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DCNT Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

EA Estudo de Avaliabilidade

ECM Exame Clínico das Mamas

ESF Estratégia Saúde da Família

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

MMG Mamografia

OMS Organização Mundial da Saúde

PNAB Política Nacional de Atenção Básica

PNAO Política Nacional de atenção Oncológica

RAS Rede de Apoio à Saúde

SIA/SUS Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde

SISCAN Sistema de Informação do Câncer

SISCOLO Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero

SISMAMA Sistema de Informação do Câncer de Mama

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>14</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	14
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>15</b>
3.1 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DO CÂNCER DE MAMA NO BRASIL	15
3.2 POLÍTICAS DE SAÚDE PARA COMBATE AO CÂNCER DE MAMA.....	17
3.3 A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL PARA A DETECÇÃO DO CÂNCER DE MAMA.....	19
3.4 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	21
<b>3.4.1 Ações da Atenção Primária para combate ao câncer de mama.....</b>	<b>23</b>
3.5 DETECÇÃO PRECOCE.....	26
3.6 ESTUDOS AVALIATIVOS VOLTADOS PARA A DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA NA APS.....	31
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>34</b>
4.1 ETAPAS DO ESTUDO DE AVALIABILIDADE.....	34
4.2 DESENVOLVIMENTO DO MODELO TEÓRICO .....	37
4.3 DESENVOLVIMENTO DO MODELO LÓGICO.....	38
4.4 MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO (MAJ) .....	39
4.5 IMPLICAÇÕES ÉTICAS .....	40
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>41</b>
5.1 ARTIGO.....	42
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>64</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA.....</b>	<b>72</b>

**ANEXO 2 – NORMAS DA REVISTA SAÚDE EM DEBATE PARA SUBMISSÃO DO ARTIGO.....75**

**APÊNDICE A .....79**

**APÊNDICE B.....80**

**APÊNDICE C .....84**

**APÊNDICE D .....88**

## 1 INTRODUÇÃO

A urbanização, o aumento da expectativa de vida e a mudança no perfil demográfico da população têm reconfigurado o perfil de morbimortalidade com destaque para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Nesse contexto, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, do Ministério da Saúde (MS), tem por objetivo preparar o Brasil para o enfrentamento das DCNT, entre as quais: acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias (BRASIL, 2011). No Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, as DCNT passaram a apontar a maioria das causas de óbitos ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias atingindo as camadas mais pobres da população e grupos mais vulneráveis, tais como a população de baixa escolaridade e renda. (BRASIL, 2020).

Nesse cenário, o câncer se tornou um problema de saúde pública ao despontar entre as patologias como uma causa de comprometimento da saúde e altas taxas de mortalidade (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2017). A neoplasia maligna da mama é o segundo tipo de câncer mais incidente no mundo, excetuando-se o câncer de pulmão, e o mais comum entre as mulheres, sendo registrados a cada ano, no mundo, mais de 2,1 milhões de casos novos e pouco mais de 626 mil óbitos pela doença (BRAY *et al.*, 2018).

Para o Brasil, estimam-se 66.280 casos novos de câncer de mama, para cada ano do triênio 2020-2022, que corresponde a um risco estimado de 61,61 casos novos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama feminino ocupa a primeira posição mais frequente em todas as Regiões brasileiras (INCA, 2019a). Entre as mulheres, a incidência desse câncer se configura entre as primeiras posições, independentemente da condição socioeconômica do país. No geral, um terço de todos os casos de câncer de mama em todo o mundo poderia ter sido curado se tivesse sido diagnosticado precocemente. Isso ocorre porque os tumores em estágios avançados mostram maior resistência ao tratamento, aumentando o risco de morte.

A incidência do câncer de mama ocupa a segunda colocação na população mundial e tem se mostrado crescentes em todos os países. Contudo, enquanto em países desenvolvidos há declínio nos índices de mortalidade pela doença, nos países menos desenvolvidos as taxas de mortalidade pelo câncer de mama têm aumentado. O que possivelmente está relacionado à utilização de métodos eficientes de detecção precoce e à oferta de tratamento oportuno (BARBOSA *et al.*, 2019). No Brasil, a mortalidade crescente, pode ser atribuída ao retardo no

diagnóstico e atraso na instituição de terapêutica adequada, o que propicia o crescimento tumoral, tornando o prognóstico da população vulnerável reservado (INCA, 2015a). Com isso o diagnóstico precoce está associado a melhores prognósticos e chances de cura em mais de 90% dos casos (TRALDI *et al.*, 2016).

O câncer de mama tem significado um dos grandes desafios às políticas públicas de saúde que atinge grande parte da população brasileira, exigindo o desenvolvimento de programas e ações de promoção e prevenção da saúde, de tratamento e controle da doença, bem como de uma rede de serviços adequados e integrados que conte com profissionais competentes que possam atuar nas diferentes regiões do país (OHL, *et al.*, 2016). A melhoria na sobrevivência das pacientes em países desenvolvidos nas últimas décadas foi decorrente do aumento do alerta sobre a doença, da detecção precoce e do aprimoramento do tratamento (YOULDEN *et al.*, 2012).

O desenvolvimento do câncer de mama é decorrente de vários fatores, tais como condições individuais, de estilo de vida e ambientais que aumentam a probabilidade do desenvolvimento do câncer de mama, tendo também àqueles relacionados à idade, aspectos endócrinos e genéticos (OHL *et al.*, 2016). A prevenção é a estratégia de saúde pública com melhor relação custo-benefício no controle das DCNT, para encarar o desafio de controle do câncer existem quatro componentes básicos que consistem em ações de promoção da saúde e prevenção do câncer, detecção precoce, tratamento e reabilitação e cuidados paliativos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Nesse contexto as ações de prevenção do câncer de mama se dividem em primária, secundária e terciária. De modo que na prevenção primária há orientações relacionadas aos hábitos saudáveis como: controle da obesidade, sedentarismo, alimentação saudável e ingestão alcoólica em excesso (BRASIL, 2013a).

Por outro lado, a prevenção secundária envolve as ações de detecção precoce. As diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil (INCA, 2015a) preconizam ações de diagnóstico precoce e rastreamento. O diagnóstico precoce, que consiste na investigação oportuna de lesões mamárias suspeitas, constituída pelo exame clínico das mamas (ECM) realizado por médicos ou enfermeiros com capacidade específica. E, o rastreamento, que é a oferta de mamografia (MMG) para mulheres de 50 a 69 anos, a cada dois anos (MMG) (BRASIL, 2013a).

O local primordial para o desenvolvimento de ações de detecção precoce é a Atenção Primária à Saúde (APS), que tem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como principal modelo de atenção. A APS com função resolutiva dos cuidados primários possui um papel de

esclarecimento sobre os fatores de risco e proteção para o câncer de mama, assim como a correta classificação de risco de desenvolvimento de câncer de mama dos casos atendidos, de forma a evitar a superestimação ou subestimação desse risco (INCA, 2015a).

O acesso aos serviços de saúde é de fundamental importância para as ações de detecção precoce do câncer de mama nos estadiamentos iniciais e ultrapassa a mera disponibilidade de recursos, resultando de uma combinação de fatores, tais como, geografia favorável, oferta dos serviços, influência cultural e a eliminação de barreiras econômicas (MIQUILIN *et al.*, 2013). O atraso no diagnóstico e na implementação terapêutica também pode estar relacionado às inúmeras barreiras, tais como, idade, sexo, escolaridade, local de residência, grupo étnico, condições de trabalho, baixa condição financeira, ausência de plano de saúde, entre outros fatores que retardam o diagnóstico e o cuidado da doença (SHARMA *et al.*, 2012; GONÇALVES *et al.*, 2014).

As evidências sobre a diminuição do papel do rastreamento e o cenário nacional do controle do câncer de mama apontam para a importância do fortalecimento de estratégias de diagnóstico precoce de casos com sinais e sintomas iniciais, que podem atuar nesses determinantes de atraso diagnóstico (MIGOWSKI *et al.*, 2018). Contudo, ainda não existem evidências de boa qualidade sobre quais as melhores estratégias a serem adotadas.

Nesse sentido, as três estratégias propostas pelo INCA (2015a) remetem às ações de promoção e prevenção da saúde com a conscientização da população para sinais e sintomas suspeitos de câncer; detecção precoce com profissionais de saúde capacitados para a identificação de alertas para sinais e sintomas suspeitos de câncer e capacitados para avaliação dos casos suspeitos; tratamento e reabilitação com serviços de saúde preparados para garantir a confirmação diagnóstica oportuna, com qualidade, garantia da integralidade e continuidade da assistência em toda a linha de cuidado devem ter seus resultados monitorados.

Há necessidade de estudos mais abrangentes nessa área de pesquisa para que ocorram melhorias na promoção e prevenção da saúde, minimizando os efeitos deletérios da detecção tardia, tanto no que diz respeito aos aspectos assistenciais físicos e psicológicos da própria mulher, quanto às questões político-financeiras que levem à diminuição dos custos com a prevenção e tratamento da doença (OHL *et al.*, 2016). Algumas das principais lacunas nas evidências disponíveis são a ausência de resultados de efetividade do rastreamento na população brasileira e a escassez de resultados na literatura sobre os danos à saúde resultantes do sobrediagnóstico e do sobretratamento (MIGOWSKI *et al.*, 2018).

O controle do câncer é prioritário, além da implementação das ações para monitoramento e avaliação para nortear a tomada de decisão frente aos recursos disponíveis

(*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2007). Para compreender de que maneira as ações de detecção precoce do câncer de mama estão sendo desenvolvidas na APS há que se desenvolver um processo avaliativo. A maior integração entre pesquisadores e formuladores de políticas também é apontada como uma estratégia facilitadora, uma vez que pode aproximar o uso da evidência científica à prática clínica (*OLIVER et al.*, 2014).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Desenvolver um Estudo de Avaliabilidade sobre as ações de detecção precoce do câncer de mama na Atenção Primária à Saúde.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Descrever as ações voltadas à detecção precoce do câncer de mama na Atenção Primária à Saúde.

Propor um modelo de avaliação das ações de detecção precoce do câncer de mama na Atenção Primária à Saúde.



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DO CÂNCER DE MAMA NO BRASIL

De acordo com a *International Agency for Research on Cancer* (IARC) em 2016 dos 15,2 milhões de mortes prematuras por DCNT em todo o mundo dessas 29,8% ocorrem devido ao câncer. No mesmo ano no Brasil foram registrados 16.069 óbitos por câncer de mama em mulheres. A taxa bruta de mortalidade por esse câncer foi de 15,4 óbitos por 100 mil mulheres no país, mas variou entre as regiões geográficas (INCA, 2019b).

Segundo INCA (2019b) entre os anos de 1980 e 2016 as taxas padronizadas de mortalidade por câncer de mama variam de 9,2 óbitos a 15,4 óbitos por 100 mil mulheres, o que representa um aumento de 33,6%. Esse indicador está relacionado ao acesso aos serviços de saúde e à qualidade da assistência ofertada às mulheres.

O acesso ao diagnóstico e ao tratamento de câncer no Brasil é marcado pelas imensas desigualdades de oferta de assistência especializada. Há uma grande concentração de serviços credenciados no Sistema Único de Saúde (SUS) de quimioterapia e radioterapia nas regiões Sudeste e Sul e uma ausência, quase total, na Região Norte. Ou seja, varia entre as regiões do país, e depende de variáveis geográficas e sociais relacionadas com a distância entre a residência e os serviços, também ao nível de informação das mulheres e à disponibilidade de serviços (TRALDI *et al.*, 2016).

Entre as regiões brasileiras a estimativa para casos novos no ano de 2020 é o mais frequente entre a população feminina do Sul (76,16 por 100 mil), Sudeste (81,06 por 100 mil), Centro-Oeste (45,24 por 100 mil), Nordeste (44,29 por 100 mil) e na região Norte (21,34 por 100 mil) (INCA, 2019a). Através de redução das disparidades no acesso aos cuidados, métodos diagnósticos e terapêuticos reduziria a mortalidade por câncer. Embora seja orientações gerais sobre o que devem ser prioridades de cuidados, necessidades individuais entre e dentro de cada região ou país varia. O Brasil possui uma população com diversas etnias, culturas e origens socioeconômicas e provisão de alto nível os cuidados em todo o país são um desafio (LEE *et al.*, 2012).

Pode-se perceber essa discrepância entre as mulheres brasileiras ao observar-se o mapa da mortalidade por câncer de mama, que indica maiores taxas de mortalidade nas regiões em que a incidência da doença é elevada e os recursos médicos para diagnóstico precoce e tratamento adequado são de difícil acesso (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Mulheres das regiões Sul e Nordeste do país, com menos de oito anos de estudo, têm maior probabilidade de acesso tardio ao tratamento do que mulheres com maior grau de instrução. Nas diversas regiões do Brasil, as mulheres mais suscetíveis ao atraso do tratamento foram as idosas, não brancas, vivendo sem companheiro, com menos de oito anos de estudo, com doença em estadiamento inicial, que iniciaram o tratamento no período de 2006 a 2011 e oriundas do sistema público de saúde (MEDEIROS *et al.*, 2015).

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama estão divididos em comportamentais/ambientais, hormonais e herança genética familiar. Desses, herança genética que envolve a história familiar de câncer de mama, principalmente, parentesco de primeiro grau e alterações genéticas. E, os fatores hormonais que refere a menarca precoce, menopausa tardia (após os 55 anos de idade), nuliparidade, primeira gestação após os 30 anos, amamentação e reposição hormonal pós-menopausa, principalmente por um período superior a cinco anos, são fatores que não podem ser mudados (GUERRERO *et al.*, 2017; JUNG *et al.*, 2014). Contudo fatores comportamentais/ambientais, tais como: ingestão de bebida alcoólica, sedentarismo, tabagismo reposição hormonal, podem ser reduzidos (INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011).

Alguns fatores afetam o risco de desenvolver o câncer de mama mais do que os outros, por exemplo, mulheres com histórico familiar de câncer de mama, que tiveram exposição à radiação, consumo de álcool, baixo atividade física, ser magro antes menopausa, pós-menopausa obesidade, uso recente de hormônio pós-menopausa terapia (particularmente estrogênio do que a progesterona) e uso recente de anticoncepcionais orais são todos associado a risco geral de câncer de mama (HANKINSON *et al.*, 2020).

Esta doença está intensificando-se na sociedade devido ao processo de transição sociodemográfica de doenças infecciosas para crônico-degenerativas, aumento do índice de desenvolvimento humano, mudanças no estilo de vida, hábitos alimentares, avanços na área da saúde e medicina, dentre outros fatores que prolongam a expectativa de vida, mas não contribuem para a redução aos estímulos agressores para o desenvolvimento do câncer, como envelhecimento, exposição a agentes cancerígenos, obesidade, stress, e outros (FERREIRA, *et al.*, 2020). Essa modificação do estilo de vida, associada ao aumento da inatividade física, extensa jornada de trabalho e intensa exposição a carcinógenos, ajuda a explicar o aumento cumulativo da incidência de câncer na população brasileira ano após ano (CECILIO *et al.*, 2015).

### 3.2 POLÍTICAS DE SAÚDE PARA COMBATE AO CÂNCER DE MAMA

As políticas públicas no Brasil relacionadas ao câncer de mama vêm sendo desenvolvidas desde meados dos anos 1980 e foram impulsionadas, particularmente, em 1998, pelo Programa Viva Mulher. Nos anos anteriores observa-se uma lacuna de estratégias sistemáticas para sua detecção precoce (PINHEIRO *et al.*, 2019). A tabela 1 apresenta as leis, portarias, diretrizes e protocolos de acordo com o ano de publicação que embasaram a discussão desse capítulo.

A partir de 2004, em decorrência das crescentes taxas de mortalidade, houve um investimento prioritariamente no conhecimento da população sobre o câncer de mama com foco no autoexame. O Documento Consenso para o Controle do Câncer de Mama (GONÇALVES *et al.*, 2016), cujo objetivo era reduzir a morbimortalidade, definiu os critérios para o rastreamento e o diagnóstico precoce. Este documento tinha como recomendação importante na detecção precoce da doença o exame clínico anual das mamas para mulheres a partir dos 40 anos e o rastreio mamográfico a cada dois anos para mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos.

No ano de 2005, a mamografia tornou-se o principal método para a detecção precoce, tendo como ponto de partida um crescente investimento em ampliação do acesso com inclusão de novas estratégias para garantia de cobertura para exames e tratamentos (GONÇALVES *et al.*, 2016). No mesmo ano, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) (BRASIL, 2005) que preconiza a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, abrangendo todas as unidades federativas da união. Teve sua atualização em 2013, reafirmando o câncer como problema de saúde pública e determinando em 60 dias o tempo de demora entre o diagnóstico e o início do tratamento (BRASIL, 2013b). Contudo, mantém indefinido o tempo máximo de espera para a efetivação do diagnóstico (TRALDI *et al.*, 2016).

O controle do CA de mama é uma prioridade da agenda de saúde do país e integra o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Esse plano foi lançado pelo Ministério da Saúde, em 2011, visando preparar o Brasil para enfrentar e deter, nos dez anos seguintes, diversas patologias, dentre as quais configura o CA de mama (PINHEIRO *et al.*, 2019).

O incentivo federal em prol das ações para o Controle do Câncer de Mama sempre teve como objetivos principais: reduzir a exposição aos fatores de risco; diminuir a mortalidade; e melhorar a qualidade de vida da mulher com câncer de mama, estando esses em consonância

com as diretrizes da política de controle do câncer, publicadas pela Portaria GM/MS nº 874, de 2013, e com a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (BRASIL, 2013b).

Em 2015, o Ministério da Saúde aprovou novas Diretrizes Nacionais para a Detecção Precoce do Câncer de Mama, que teve como centro a atualização e ampliação das recomendações (INCA, 2015a). A atualização das diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama traz destaques como a importância do diagnóstico precoce das mulheres sintomáticas e da conscientização da população alvo. Com isso, é possível garantir o início do tratamento adequado, a partir de uma investigação ágil e de qualidade que contribuirá para melhorar a sobrevida das mulheres acometidas pela neoplasia (FAYER *et al.*, 2020).

**Tabela 1 – Leis, portarias, diretrizes e protocolos das políticas voltadas ao combate do câncer de mama**

<b>Ano</b>	<b>Legislação</b>	<b>Deliberação/Objetivos</b>
<b>1984</b>	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)	Implementação das atividades de identificação e controle do câncer cérvico-uterino e de mama.
<b>1997</b>	Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama – Viva Mulher	Intuito de redução da mortalidade e das repercussões físicas, psíquicas e sociais causadas pelos cânceres de colo de útero e de mama.
<b>2004</b>	Controle do Câncer de Mama -Documento de Consenso	Definição de estratégias prioritárias e aprovação de recomendações para o combate ao câncer de mama.
<b>2005</b>	Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo de Útero e Mama	Institui meios eficazes de detecção precoce com o objetivo de reduzir a incidência e mortalidade.
<b>2006</b>	Portaria MS/GM nº 399 de 22 fevereiro de 2006	Dentre as prioridades do Pacto pela Vida o câncer de mama foi considerado prioridade com estratégias de corresponsabilização dos gestores das três esferas.
<b>2008</b>	Portaria MS/SAS Nº 779 de 31 de dezembro de 2008	Institui oficialmente o SISMAMA como sistema de informação.
<b>2009</b>	Parâmetros Técnicos para o Rastreamento do Câncer de Mama	Base para referência para a previsão e estimativa de gastos do conjunto mínimo de procedimentos a serem ofertados à população alvo como subsidiar a programação das ações de rastreamento.
<b>2011</b>	Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022	Promove o desenvolvimento de ações no âmbito da detecção precoce e fortalece os serviços de saúde no controle da gestão do programa.

<b>2012</b>	MS/GM Portaria nº 531 de 26 março 2012	Institui o Programa Nacional de Qualidade da Mamografia.
<b>2012</b>	Portaria MS/SAS Nº 1.228, de 30 de outubro de 2012	Ampliação do acesso a mamografia em municípios de baixa demográfica.
<b>2013</b>	Portaria MS/GM 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.
<b>2013</b>	Portaria MS/GM Nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013	Promove o monitoramento das ações relacionadas à detecção precoce, confirmação diagnóstica e início do tratamento através do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN).
<b>2014</b>	Portaria MS/GM nº 483 de 1º de abril de 2014	Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
<b>2015</b>	Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama	Estabelece as diretrizes no sentido de avaliar a efetividade das intervenções para garantir maior benefício no impacto das ações de saúde.

### 3.3 A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL PARA A DETECÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

O sistema de saúde brasileiro apresenta dois subsistemas: o sistema público de saúde (SUS) e o sistema privado. Estima-se que cerca de 71,5% da população é atualmente usuária do sistema público de saúde (IBGE, 2020). Considerando que o SUS é um sistema público de saúde que oferece prevenção, diagnóstico e tratamento gratuito para o câncer de mama, é importante ressaltar que, apesar de suas limitações, o sistema tem alcançado ganhos importantes para a população (CECILIO *et al.*, 2015).

O câncer de mama corresponde a um conjunto heterogêneo de doenças, que possui condutas diferentes. A heterogeneidade permite observar distintas manifestações clínicas e morfológicas, e como decorrência variadas reações terapêuticas (INCA, 2019a). Em sua maioria, o câncer de mama apresenta-se como indolente (assintomático) e de crescimento lento, ou seja, pode levar anos para a proliferação celular originar uma célula palpável (sintomático) (BRASIL, 2013a). Para cada estágio do câncer de mama temos uma ação de controle, que envolve promoção e prevenção do câncer, detecção precoce, tratamento e reabilitação e cuidados paliativos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007; INCA, 2015b). São ações sistemáticas e integradas que visam reduzir a incidência, mortalidade, e a morbidade do câncer de mama.

Nesse sentido, os níveis de atenção dentro da Rede de Apoio à Saúde (RAS) devem trabalhar em sintonia e com comunicação horizontal. A APS como centro comunicador, no qual se coordena os fluxos e contrafluxos. E, os serviços secundários e terciários que ofertam serviços especializados e com diferentes densidades tecnológicas (MENDES, 2012). Entende-se por nível primário, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e/ou Estratégia de Saúde da Família (ESF) que oferta tecnologias leves. Em outra instância, o nível secundário e terciário, temos os serviços de diagnósticos e tratamento, bem como a oferta de medidas invasivas como a quimioterapia, radioterapia e imunoterapia.

Segundo Goldman *et al* (2019) o trabalho de gestão dos níveis de atenção dentro da rede requer uma visão ampliada dos gestores, com formulação e decisão estratégica, para integrar e coordenar todos os fluxos necessários. Dessa forma, a linha de cuidado requer a colaboração interprofissional através de ações integradas voltadas a atender as demandas de saúde, reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida. De tal maneira que as estratégias de promoção e prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos complementadas por ações que perpassam os campos da educação e comunicação em saúde, da vigilância do câncer e dos fatores de risco à saúde (TRALDI *et al.*, 2016).

As ações de promoção e prevenção primária do câncer estão relacionadas à adoção de hábitos saudáveis, como atividade física regular, controle de peso corporal, evitar o consumo de álcool e cigarro, alimentação adequada com frutas, verduras e legumes, estimula a amamentação (BRASIL, 2020; INCA, 2019b). A adoção desses hábitos tem como impacto a redução de casos novos e da mortalidade.

As estratégias de detecção precoce do câncer de mama são divididas em diagnóstico precoce e rastreamento. No diagnóstico precoce as ações são voltadas para a identificação de sinais e sintomas iniciais da doença tanto pelo profissional da área da saúde como pelo público-alvo, como objetivo a qualidade e garantia da integralidade assistencial em todas as etapas da linha de cuidado da doença (INCA, 2015a). Por outro lado, o rastreamento é a identificação do câncer de mama em indivíduos assintomáticos, que engloba as ações de MMG, exame clínico das mamas (ECM) e autoexame das mamas.

O tratamento e reabilitação têm como objetivo promover o acesso do tratamento do câncer de mama em fase inicial de desenvolvimento. E envolve também os cuidados paliativos que promove um entendimento relacionado a evolução da doença.

O Ministério da Saúde do Brasil, por meio do Instituto Nacional do Câncer (INCA), estabeleceu políticas no intuito de estruturar uma rede assistencial para estimular as ações detecção precoce e o tratamento oportuno do câncer de mama. O INCA é responsável por

fornecer os dados epidemiológicos referentes às estatísticas de câncer no país e registrar os dados de diferentes regiões do Brasil (CECILIO *et al.*, 2015).

O Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA), criado em 2008, armazena dados sobre todas as mamografias realizadas pelo SUS, o INCA em parceria com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) implantou o SISMAMA como uma ferramenta para viabilizar o gerenciamento das ações de detecção precoce do câncer de mama. Este é um subsistema do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS), que contém informações sobre mamografias, exames citopatológicos e histopatológicos realizados no sistema público de saúde (FAYER *et al.*, 2020). No período de 2009-2013, o SISMAMA registrou mais de 12 milhões de mamografias em todo o país. Cerca de 1,4% desses casos indicaram alto risco de câncer, correspondendo a aproximadamente 168.000 casos (CECILIO *et al.*, 2015).

Posteriormente, o SISCAN (Sistema de Informação do Câncer), que substitui e integra o SISMAMA e o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), corrige algumas limitações desses sistemas, dentre elas terá como registro de unidade de observação a mulher e não o exame, dessa forma permite o acompanhamento longitudinal das usuárias (CORREA *et al.*, 2017). A sistematização de dados relacionados ao câncer possui uma relevância, visto que estes dados podem gerar informações importantes relacionadas ao câncer, possibilitando subsídios para auxiliar o planejamento administrativo e, como consequência, melhorar o nível assistencial (FERREIRA *et al.*, 2020).

### 3.4 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 constitui um marco na história da saúde no Brasil, pois aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS (PAIM *et al.*, 2011). O SUS ressalta a reorientação do modelo assistencial a partir do conceito da Atenção Básica à Saúde como um sistema universal e integrado de atenção, que impacte na situação de saúde das pessoas e coletividades.

Com a utilização de tecnologias de cuidado complexas e variadas que auxiliam no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, no intuito de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012). Deste modo, a Atenção Básica (AB) no Brasil vem se fortalecendo ancorada nos princípios de integralidade e hierarquização do cuidado, a territorialização, equipe multiprofissional e população adscrita (TOMASI *et al.*, 2011).

O desenvolvimento da AB no Brasil foi impulsionado pelo processo de descentralização, e tem o objetivo de oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado, bem como implementar ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças (PAIM, 2008). A designação de AB adota pelo SUS enfatiza a reorientação do modelo assistencial a partir de um sistema universal e integrado de atenção, sinônimo para intitular a APS. Segundo Giovanella (2018) o Movimento Sanitário Brasileiro no intuito de provocar uma diferenciação ideológica empregou o termo AB em relação à APS com o objetivo de construção de um sistema público universal em uma concepção de cidadania ampliada.

Internacionalmente, o conceito de atenção primária estabelecido em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata destacou elementos que a Organização Mundial da Saúde (OMS) estava empenhada em difundir como consenso mundial: integração dos serviços locais num sistema nacional, participação, necessidade de ações intersetoriais e a relação da saúde com o desenvolvimento econômico e social (CONILL, 2008). Cujo objetivo principal fora discutir a promoção da saúde para todos os povos do mundo por meio da atenção primária como modelo de reforma nos sistemas de serviço de saúde (SUMAR; FAUSTO, 2014).

O início do processo de desenvolvimento do SUS está interligado com os avanços da APS. Para tanto, a consolidação do SUS gera como resultado a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012). A PNAB ampliou o escopo da APS e reafirmou a Saúde da Família como estratégia prioritária, sendo considerada como porta de entrada de uma rede de serviços resolutivos de acesso universal (GIOVANELLA *et al.*, 2009).

A formulação da Estratégia Saúde da Família (ESF) pelo Ministério da Saúde, constitui em uma das principais tentativas de superação dos problemas decorrentes do modelo biomédico e de busca da implementação dos princípios do SUS (FERTONANI; PIRES; BIFF, 2015). Contudo, a PNAB foi reformulada em 2017 e teve como consequência o rompimento com a prioridade para a ESF, o que provavelmente mostrará ao longo dos anos repercussões negativas de como irá afetar a saúde da população (GIOVANELLA, 2018).

A percepção de satisfação com a atenção à saúde pode ser caracterizada como uma avaliação individual de várias dimensões dos cuidados de saúde, tais como: acesso, infraestrutura, interação usuário-profissional, e resultados em termos de saúde (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013). Diversos autores mostram a influência da satisfação na adesão ao tratamento, que é um processo que exige a construção de vínculos e das condições



que possam consolidar uma boa relação paciente profissional/equipe de saúde (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013).

A APS se configura como forma de ingresso preferencial do SUS é considerada um dos mais fortes preditores no rastreamento do câncer e o elo entre toda a rede de atenção à saúde (GOLDMAN *et al.*, 2019). Segundo a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, a responsabilidade da APS é coordenar e manter o cuidado dos usuários com câncer, quando referenciados a outros pontos da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS (BRASIL, 2013b).

Dessa forma, a APS é um componente fundamental como primeiro contato para mulheres com ou sem sintomatologia. Os profissionais de saúde que atuam nesse nível de atenção devem ter conhecimento das estratégias para o controle do câncer de mama, bem como devem planejá-las e realizá-las (BARBOSA *et al.*, 2019). Além disso, observa-se na literatura que percentual significativo das mamografias de rastreamento é realizado por mulheres que não se enquadram dentro dos parâmetros do Ministério da Saúde. Segundo Silva *et al* (2017) a proporção de mulheres na faixa etária recomendada (50-69 anos) que realizaram o exame foi de 79,5% entre aquelas com plano de saúde privado, comparada à cobertura de apenas 51% entre usuárias do SUS.

O câncer de mama tem significado um dos grandes desafios às políticas públicas de saúde que atinge grande parte da população brasileira, exigindo o desenvolvimento de programas e ações de promoção e prevenção da saúde, de tratamento e controle da doença, bem como de uma rede de serviços adequados e integrados que conte com profissionais competentes que possam atuar nas diferentes regiões do país.

### **3.4.1 Ações da Atenção Primária para combate ao câncer de mama**

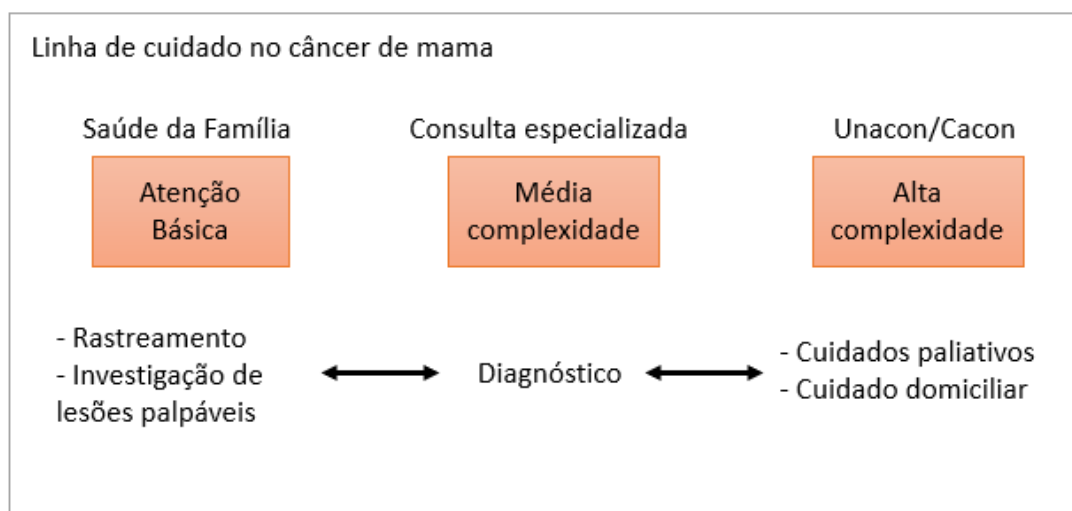
A abordagem do câncer de mama perpassa todos os níveis de atenção com o objetivo de permitir a entrada da mulher no serviço de saúde por meio da atenção primária e seguimento na Linha de Cuidado e depende da articulação entre eles para o melhor resultado das ações de controle do câncer de mama, ilustrado na Figura 1 (INCA, 2015b).

A potencialidade da APS como porta de entrada no SUS, tendo como responsabilidades o fortalecimento do vínculo entre as usuárias e o serviço de saúde, contribui para a criação de uma linha de cuidado dentro da rede de atenção oncológica (INCA, 2015a).

Na Atenção Básica, são realizadas as ações de prevenção e detecção precoce. Quando há uma suspeita de câncer, as mulheres são encaminhadas para a Média Complexidade para

investigação diagnóstica. Caso confirmado o câncer, elas são encaminhadas para tratamento em uma unidade hospitalar de referência. O tratamento inclui a oferta dos cuidados paliativos na medida em que forem sendo necessários (INCA, 2019b).

**Figura 1 – Linha de cuidado do câncer de mama na Rede de Atenção à Saúde**



Fonte: Adaptado pela autora, INCA (2015).

A portaria nº 874 de 16 de maio de 2013, cujo objetivo é melhorar a qualidade de vida dos usuários com câncer estimulando ações integrais nos três níveis de gestão do SUS. As competências e responsabilidades da Atenção Básica (AB) inserida na rede de atenção estão descritas no Quadro 2.

**Tabela 2 - Ações prioritárias no combate ao câncer de mama na Atenção Primária à Saúde**

<b>Tipos de controle</b>	<b>Ações</b>
<b>Promoção e prevenção do câncer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar ações com foco nos fatores de proteção relativos ao câncer, como por exemplo alimentação saudável e atividade física.</li> <li>- Desenvolver ações voltadas aos usuários de tabaco, com o objetivo de reduzir a prevalência de fumantes e os danos relacionados ao tabaco.</li> </ul>
<b>Deteção Precoce</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar rastreamento de acordo com os protocolos e as diretrizes federais ou de acordo com protocolos locais, baseado em evidências científicas e na realidade local</li> <li>- Implementar ações de diagnóstico precoce, através identificação de sinais e de sintomas suspeitos e o seguimento das pessoas com resultados alterados, de acordo com as diretrizes técnicas vigentes.</li> </ul>
<b>Tratamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordenar e dar continuidade do cuidado dos usuários com câncer, quando referenciados para outros pontos da rede de atenção à saúde.</li> <li>- Avaliar a capacidade de autocuidado das pessoas com câncer e realizar atividades educativas, ampliando a autonomia dos usuários.</li> </ul>

**Cuidados  
Paliativos**

- Participar e realizar atendimento domiciliar e do cuidado paliativo às pessoas com câncer, de forma integrada com as equipes de atenção domiciliar. De maneira articulada com demais pontos de atenção.

O Ministério da Saúde preconiza as seguintes ações relacionadas ao câncer de mama a serem realizadas pelos profissionais na AB: investigação dos fatores de risco para câncer de mama (dentre eles idade, fatores genéticos e endócrinos); acompanhamento clínico individualizado a mulheres com risco elevado de câncer de mama; promoções de ações educativas para conscientização de maneira individual ou coletiva, que promovam a mobilização e a participação da comunidade; orientação de maneira educativa sem qualquer recomendação de técnica específica, valorizando-se a descoberta casual de pequenas alterações mamárias; ECM, em todas as mulheres a partir de 40 anos de idade e, a partir de 35, naquelas pertencentes a grupos com risco elevado de desenvolver o câncer de mama; solicitação de mamografia para mulheres na faixa etária dos 50 a 69 anos e para as mulheres com risco elevado de câncer de mama, iniciar aos 35 anos, com exame anual (BRASIL, 2013a).

Melo *et al.* (2017) realizaram um estudo que teve por objetivos identificar as ações de detecção precoce do câncer de mama desenvolvidas por enfermeiros de UBS; comparar a conformidade dessas ações com as recomendações do MS; e verificar a disponibilidade de documentos para consulta dessas recomendações. Concluíram que as ações preconizadas pelo MS para detecção precoce do câncer de mama estão sendo executadas pelos enfermeiros da APS, porém foram observadas algumas das não conformidades, tais como a indicação da faixa etária para realização da MMG, o ensino do AEM e o planejamento das ações pela demanda (MELO *et al.*, 2017). Conforme o estudo, há uma lacuna no processo de capacitação desses profissionais, sinalizam para a necessidade de investimento institucional além da revisão dos elementos da estrutura e do processo assistencial, com vistas à promoção de melhorias na prestação de cuidados à população-alvo.

Uma das características primordiais na APS é a longitudinalidade no cuidado ao indivíduo, que permite intervenções adequadas e resolutivas ao promover ações promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada. Os resultados positivos intrinsecamente relacionados a esse atendimento decorrem do diagnóstico e tratamento mais adequado, diminuindo encaminhamentos desnecessários para outros setores da rede e utilização de procedimentos de maior complexidade (GOLDMAN *et al.*, 2019).

Existem imensas desigualdades existentes no acesso à saúde e o rastreamento depende de uma série de condições que têm início com a conscientização das mulheres e a adesão de profissionais às diretrizes clínicas que vigoram atualmente e a integração com a rede de atenção

(SILVA *et al.*, 2017). A rede de atenção à saúde deve ser organizada de maneira em que todos os serviços de atenção sejam igualmente relevantes e se relacionem de maneira horizontal, atuando de forma cooperativa e interdependente. Para que o seu funcionamento ocorra de forma eficaz é necessário um sistema de referência e contrarreferência que garanta a organização dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e indivíduos (MENDES, 2012).

Contudo, o sistema de referência e contrarreferência entre os pontos da rede assistencial passa a funcionar como barreira à agilidade do processo. A APS como comunicadora central dos demais pontos de atenção da rede deveria receber as informações dos níveis secundários e terciários, porém a falta de trocas de informações torna-se um local de práticas individualizadas e pontuais na rede assistencial (GOLDMAN, *et al.*, 2019). A articulação dos serviços de saúde através de uma relação de comunicação mútua, nos diferentes níveis de atenção pode responder adequadamente, com eficácia e com eficiência, às condições agudas e crônicas da população.

### 3.5 DETECÇÃO PRECOCE

A detecção precoce consiste em ações de diagnóstico precoce e rastreamento. As estratégias visam ao diagnóstico de casos de câncer em sua fase inicial, podendo ter como resultado melhor prognóstico e menor morbidade associada ao tratamento (INCA, 2015a). Nesse sentido, a proposta dessa estratégia não é ensinar um método de rastreamento, mas sim qualificar a demanda das mulheres por assistência médica, valorizando o autoconhecimento e a identificação precoce dos sinais de alerta para o câncer de mama em situações cotidianas (MIGOWSKI *et al.*, 2018).

As ações de rastreamento são divididas em: exame de mamografia (MMG), exame clínico das mamas (ECM) e o autoexame das mamas. A MMG é recomendada para mulheres entre 50 e 69 anos com periodicidade bienal. Em relação ao ECM não possui uma recomendação definida (INCA, 2015a). O ECM pelo seu fácil acesso e baixo custo possui um papel importante papel na prevenção secundária do câncer de mama (OHL *et al.*, 2016). E, o autoexame das mamas surgiu nos Estados Unidos como estratégia para diminuir o diagnóstico em estadiamento avançado, porém no final da década de 90 ensaios clínicos mostraram que o autoexame não reduzia a mortalidade por câncer de mama (THORNTON; PILLARISSETTI, 2008). Com isso, vários países inclusive, o Brasil, passaram a ser contra a recomendação do autoexame como método de rastreamento pois seus danos superam seus benefícios (INCA, 2015a).

O rastreamento populacional do câncer de mama foi introduzido em alguns países europeus, nos Estados Unidos e no Canadá, no final dos anos de 1980, após ensaios clínicos randomizados terem mostrado que o rastreamento mamográfico era responsável pela diminuição de 20% a 30% na mortalidade por essa neoplasia (SILVA *et al.*, 2014). Entretanto, existem controvérsias na literatura quanto a idade e periodicidade quanto a solicitação da mamografia de rastreamento. A Sociedade Brasileira de Mastologia e o American Cancer Society orientam a realização de todas as mulheres a partir dos 40 anos. Em contrapartida, o Ministério da Saúde e o *Canadian Task Force on Preventive Health Care* preconizam mamografia inicial com 50 anos. As recomendações das diretrizes brasileiras foram baseadas em revisões sistemáticas de literatura, além de estarem em conformidade com as recomendações de população-alvo e periodicidade da OMS (WHO, 2014) (MIGOWSKI *et al.*, 2018).

O rastreamento é dividido como organizado ou oportunístico. O rastreamento organizado ocorre com planejamento ativo da população-alvo, periodicidade do exame, convocação e seguimento de casos suspeitos com disponibilidade de exames diagnósticos, tratamento, monitoramento de etapas. O que auxilia na avaliação da implementação do programa e ações de controle da qualidade de exames recomendados. Por outro lado, o rastreamento oportunístico a triagem é passiva onde o exame é oferecido de modo oportuno e não sistemático, o torna-se um fator dificultador para sua eficácia e aplicabilidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007; OHL *et al.*, 2016). O rastreamento organizado deve melhorar a eficiência, equidade e segurança, mas requerem a participação central da atenção primária (SELBY, BARTLETT-ESQUILANT, CORNUZ, 2018).

No Brasil, ainda não existe programa organizado de rastreamento, pois é preciso considerar a organização da rede assistencial que disponha de um cadastro de toda a população-alvo, assim como a disponibilidade de recursos humanos e estruturais para diagnóstico e tratamento (TOMAZELLI; SILVA, 2017).

O rastreamento oportunista é oferecido a pessoas que visitam um provedor de serviços de saúde por um motivo diferente da condição a ser testada. É mais provável que esta abordagem resulte em variabilidade na qualidade do processo de triagem e reduz a possibilidade de avaliar sistematicamente o resultado da triagem no nível da população (BRASIL, 2010). Por outro lado, o rastreamento organizado, envolve uma estrutura de triagem definida, uma equipe multidisciplinar de profissionais, uma avaliação rigorosa do processo e dos resultados. Na triagem organizada, é de suma importância realizar um controle de qualidade adequado para

poder reconsiderar o equilíbrio esperado entre efeitos benéficos e adversos para a população abrangida pelo programa de triagem (BENITO *et al.*, 2017).

O balanço entre os benefícios e riscos do rastreamento MMG é favorável para as mulheres entre 50 e 69 anos. Para mulheres mais jovens os resultados falso-positivos atendem a ser mais frequentes, o que pode trazer danos decorrentes de sobrediagnóstico e sobretratamento (SILVA *et al.*, 2017).

O sobrediagnóstico é um resultado difícil de ser observado e medido, pois no momento do diagnóstico, não é possível diferenciar de forma confiável entre lesões que apresentarão comportamento maligno ou não (ROGERS, 2018) (MANDRIK, *et al.*, 2019). Leva a inúmeras mulheres a tratamentos invasivos com sequelas físicas, psicológicas e sociais por um longo período (WENDY, 2018).

Outrora, se a população brasileira atingisse uma cobertura populacional de 70% do exame de mamografia da população-alvo os potenciais danos da mamografia poderiam ser minimizados (CECILIO *et al.*, 2015). As ações de detecção precoce do câncer de mama, com ênfase na prevenção primária e diagnóstico precoce, e não somente no rastreamento mamográfico são fundamentais para o enfrentamento em um cenário em que é esperado o aumento da incidência do câncer (ASSIS, SANTOS, MIGOWSKI, 2020).

Contudo, não temos garantia de cada mulher brasileira esteja realizando a mamografia por conta do sobrerastreamento, que são mamografias realizadas na mesma mulher em intervalos menores que 18 meses. Os primeiros ensaios controlados randomizados de rastreamento do câncer de mama foram realizados há mais de 50 anos, temos falta de clareza sobre os benefícios do rastreamento do câncer de mama (ROGERS, 2018).

Com isso, as ações de diagnóstico precoce podem ser uma estratégia mais eficaz e menos prejudicial do que o desenvolvimento de ações de rastreamento. Dado em vista que o número previsto de resultados falso-positivos já é elevado. Além de evitar procedimento cirúrgicos desnecessários e possíveis complicações decorrentes, os impactos psicológicos diante da possibilidade de diagnóstico de câncer. (TOMAZELLI *et al.*, 2017).

Em 2013, segundo os dados de monitoramento nacional apenas 32% e 53% das mamografias de rastreamento solicitadas no Brasil seguem, respectivamente, a periodicidade e a faixa etária recomendadas pelas diretrizes (INCA, 2015b; TOMAZELLI *et al.*, 2017).

Barbosa *et al.* (2019) realizaram um estudo com objetivo de identificar os fatores associados à não realização de mamografia num período inferior a dois anos em mulheres em nível nacional e por macrorregião, abrangendo-se características sociodemográficas, condições de saúde, hábitos de vida e uso dos serviços de saúde. Os resultados deste estudo revelaram que

aproximadamente 79% das mulheres com idade  $\geq 40$  anos realizaram mamografia em um período inferior a 2 anos. Considerando-se somente as mulheres pertencentes ao público-alvo do MS (50 a 69 anos), o percentual de realização foi de 58%. (BARBOSA *et al.*, 2019). Outros estudos mostram que no Brasil, as mulheres negras, pardas, indígenas e amarelas apresentaram maiores chances de serem tratadas mais tardiamente do que as mulheres de raça/cor da pele branca (MEDEIROS *et al.*, 2015). Alguns autores ponderam que o impacto desse fator está consideravelmente atrelado às possibilidades de acesso ao diagnóstico e ao tratamento (FEDEWA *et al.*, 2011).

As ações de diagnóstico precoce envolvem estratégias de conscientização, identificação de sinais e sintomas e confirmação diagnóstica em um único serviço. Desse modo, a identificação dos sinais e sintomas são voltados para aparecimento de 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 suspeita 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 edema, como pele com aspecto de casca de laranja; retração na pele da mama; mudança no formato do mamilo (INCA, 2015a).

As evidências sobre o cenário nacional do controle do câncer de mama apontam para a importância do fortalecimento de estratégias de diagnóstico precoce de casos com sinais e sintomas iniciais, que podem atuar nesses determinantes de atraso diagnóstico. Contudo, ainda não existem evidências de boa qualidade sobre quais as melhores estratégias a serem adotadas. Por isso, as três estratégias propostas nas novas diretrizes devem ter seus resultados monitorados (MIGOWSKI *et al.*, 2018).

Em um estudo realizado com enfermeiros de um hospital público no Rio Grande do Sul acerca das ações de rastreamento inferiu que os enfermeiros não estão familiarizados com os protocolos definidos pelo Ministério da Saúde, a falta de conhecimento mesmo em programas prioritários, como é o câncer de mama (PROLLA *et al.*, 2015).

Para Moraes *et al* (2016) para que possamos adequar as ações dos enfermeiros ao rastreamento oportunístico do câncer de mama 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.

O diagnóstico precoce do câncer de mama é determinado pela tríade: conhecimento da população sobre os sinais e sintomas; qualificação profissional para o diagnóstico; e a capacidade do sistema de saúde em oferecer serviços de confirmação do diagnóstico e suporte aos casos diagnosticados (FIGUEIREDO *et al.*, 2018).

As ações de detecção precoce aliadas ao tratamento oportuno geram impacto nas taxas de mortalidade do câncer de mama, como é de conhecimento a partir de exemplos de diversos países que possuem recomendações padronizadas para seu rastreamento, torna-se necessário investir em medidas que busquem aumentar a adesão a essas recomendações (SANTOS, RAMOS, MIGOWSKI, 2019).

Um estudo conclui que as ações de detecção precoce do câncer de mama, um estudo concluiu que as mulheres que dependem exclusivamente do sistema público de saúde encontram maiores barreiras para acessar o rastreio mamográfico (GOLDMAN *et al.*, 2019).

A estratégia de conscientização da população sobre sinais de alerta acompanhada de melhoria de acesso desses casos à APS e como consequência uma confirmação diagnóstica precocemente tem o potencial de vencer diversas barreiras de acesso e de melhorar o prognóstico dessas pacientes (MIGOWSKI, *et al.*, 2018). A formação desses profissionais inseridos diretamente nas comunidades pode ser um vetor na disseminação de conhecimentos sobre os sinais e sintomas que podem atingir áreas onde os programas de prevenção convencionais não conseguem, de acordo com o nível socioeconômico e escolaridade da população (FIGUEIREDO *et al.*, 2018).

O Ministério da Saúde do Brasil preconiza que as estratégias de diagnóstico precoce devem ser formadas por: indivíduos atentos para as manifestações clínicas relacionadas ao câncer; trabalhadores da saúde também atentos às manifestações clínicas indicativas de câncer e qualificação para ajuizamento dos casos suspeitos; e serviços de saúde aparelhados e organizados para assegurar a ratificação diagnóstica adequada, com condições efetivas e com a precaução de garantir a integralidade e prosseguimento da assistência em todos os níveis de atenção à saúde (FERREIRA *et al.*, 2020).

Apesar de todos os esforços do sistema de saúde para a detecção precoce do câncer de mama, o diagnóstico tardio parece crescer, variando de 45% dos casos diagnosticados no estágio III ou superior em 2005 a aproximadamente 53% dos casos em 2015. Da mesma forma, as taxas de mortalidade por câncer de mama também aumentaram durante a primeira década do século 21 (FIGUEIREDO, *et al.*, 2018).



A campanha do Outubro Rosa mobiliza a sociedade, serviços públicos e privados, profissionais de saúde, Organizações Não governamentais (ONG) na disseminação da informação sobre o câncer de mama.

Um estudo que objetivou analisar de que maneira a informação sobre detecção precoce do câncer de mama é apresentada na mídia brasileira durante o Outubro Rosa, das matérias que abordaram os riscos, apenas quatro mencionaram a importância da decisão compartilhada, o que representou 1,5% do total de matérias que abordaram o rastreamento, e predominou a recomendação com início na faixa etária de 40 anos (34,3%) comparada à de 50 anos (29,3%) (ASSIS, SANTOS, MIGOWSKI, 2020). Os programas de detecção precoce do câncer de mama impulsionaram a reorganização dos serviços médicos no manejo dos pacientes com câncer de mama, além de divulgação e empoderamento das mulheres sobre os cuidados de saúde (AUTIER, BONIOL, 2018). Apesar das orientações midiáticas estarem em divergência com a população-alvo e periodicidade para rastreamento mamográfico recomendado pelo Ministério da Saúde, fornece visibilidade sobre a importância no acompanhamento da saúde das mulheres e os cuidados preventivos.

### 3.6 ESTUDOS AVALIATIVOS VOLTADOS PARA A DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA NA APS

Ao longo de 31 anos (1990-2021) de trajetória da política de saúde no Brasil, poucos são estudos avaliativos relativos à detecção precoce do câncer de mama na APS. A maioria dos estudos avaliativos encontrados tem como foco o tratamento do câncer de mama na rede de atenção à saúde e suas implicações. Os demais focam especificamente no rastreamento, em especial na análise da distribuição de mamografias na faixa etária preconizada. Organizar as informações e indicadores das ações de detecção precoce na APS é um desafio, pois abrange diversos atores, da assistência ao cuidado, nos três níveis de atenção.

Um estudo não avaliativo que teve por objetivo identificar as ações de detecção precoce do câncer de mama desenvolvidas por enfermeiros de UBS e comparar a conformidade dessas ações com as recomendações do MS concluiu que as ações preconizadas pelo MS para detecção precoce do câncer de mama estão sendo executadas pelos enfermeiros. No entanto, algumas das não conformidades como a indicação da faixa etária para realização da MMG, o ensino do AEM e o planejamento das ações pela demanda sinalizam para a necessidade de investimento institucional no processo de capacitação desses profissionais, além da revisão dos elementos da estrutura e do processo assistencial, de modo a otimizar os recursos humanos e

materiais existentes, com vistas à promoção de melhorias na prestação de cuidados à população-alvo (MELO *et al.*, 2017).

Segundo Tomazelli e Silva (2017), são necessários estudos que aprofundem o diagnóstico da rede de saúde e avaliem as diferenças regionais na oferta e utilização dos serviços relacionados à detecção precoce do câncer de mama, fomentando e subsidiando discussões para melhor gestão do cuidado. Seu estudo não avaliativo mostrou importantes diferenças no país, seja na distribuição da oferta e utilização dos procedimentos de detecção precoce do câncer de mama, seja na cobertura e no desequilíbrio entre o que é produzido e a necessidade social estimada. Os resultados evidenciam o descompasso entre o estímulo à realização da mamografia e a estrutura correspondente para investigação diagnóstica, evidenciando um grande estrangulamento da capacidade diagnóstica verificada na rede de serviços do SUS (TOMAZELLI; SILVA, 2017). Neste mesmo estudo, a avaliação dos indicadores mostrou que grande parte das ações de triagem tem sido oferecida em desacordo com as recomendações do Ministério da Saúde, o que pode comprometer seus resultados e o impacto esperado, além de aumentar os riscos aos quais as mulheres estão sujeitas. Além disso, os resultados deste estudo sugerem que ainda existe um grupo significativo de mulheres que apresentam lesões palpáveis, portanto, estratégias de diagnóstico precoce podem ser aprimoradas para que haja um diagnóstico oportuno, otimizando as chances de tratamento e reduzindo a mortalidade por câncer de mama (TOMAZELLI *et al.*, 2017).

Fayer *et al.* (2020) realizaram uma avaliação do rastreamento mamográfico para estimar a cobertura de mamografias e analisar a qualidade e adequação às diretrizes técnicas nacionais do exame mamográfico em mulheres residentes na Região Metropolitana (RM) ou Interior do Estado (IE) de São Paulo, entre 2010 e 2012. Os resultados reforçam a extrema relevância que o registro das informações seja realizado de forma mais criteriosa nos sistemas de informações existentes, assim como a necessidade de disponibilização desses dados para que as avaliações possam ser feitas periodicamente, e de investimentos no aprimoramento dessas ferramentas.

O estudo de Correa *et al.* (2017) teve como objetivo avaliar o resultado de indicadores relacionados à oferta de mamografia e grau de adequação da confirmação diagnóstica para mamografias com resultados suspeitos de malignidade, em Minas Gerais e suas macrorregiões de saúde. Os resultados apresentados evidenciam a necessidade de aprimoramento do programa de rastreamento do câncer de mama entre a população-alvo, pois observou-se elevado percentual de exames fora da faixa etária preconizada, especialmente em mulheres de 40 a 49 anos, e a grande maioria sendo realizada com periodicidade anual.

O estudo avaliativo de Knupp (2016) teve como objetivo avaliar o acesso às ações de detecção precoce do câncer de mama no Brasil entre pacientes atendidas no SUS a partir dos Sistemas de Informação em Saúde. Este estudo detectou a presença de desigualdades intra e inter-regionais no que diz respeito às ações de detecção precoce do câncer de mama, com maior oferta nas capitais e nos grandes centros urbanos, principalmente, entre os municípios das regiões Sul e Sudeste.

Outro estudo avaliou o rastreamento do câncer de mama na Atenção Primária em Saúde dos municípios catarinenses, e demonstrou que somente 38% das cidades catarinenses atingiram o padrão satisfatório, com a dimensão “acesso ao rastreamento” como maior fragilidade pela baixa cobertura e razão da mamografia (IBACACHE, 2020).

Apesar dos avanços apresentados em relação às ações voltadas a detecção precoce do câncer de mama na APS, os estudos publicados revelam que as orientações padronizadas pelo INCA têm sido subutilizadas com fragmentação do cuidado, com discrepância nas disparidades regionais na oferta do exame de mamografia. Tampouco foi avaliada, até o momento, a capacidade do SUS de produzir serviços para cumprir seus propósitos de controle do câncer de mama no país e, em última instância, atender às necessidades de saúde das mulheres brasileiras (SILVA *et al.*, 2014).

## 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa é caracterizada como um Estudo de Avaliabilidade (EA) com abordagem qualitativa, desenvolvida no período de maio de 2021 a fevereiro de 2022. O EA é definido por um conjunto de procedimentos sistemáticos e preliminares para o planejamento de avaliações denominado estudo pré-avaliativo. Têm por finalidade de identificar o estágio de desenvolvimento do programa, quais aspectos devem ser priorizados e delimitar os objetivos do programa no sentido de áreas críticas que demandem atenção (THURSTON e RAMALIU, 2005). Entende-se as ações de detecção precoce do câncer de mama como um programa, organizado em contextos específicos e envolto por meios humanos, físicos, financeiros e simbólicos a fim de modificar uma situação problemática (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2002).

### 4.1 ETAPAS DO ESTUDO DE AVALIABILIDADE

Nesta pesquisa, o delineamento do EA seguiu as etapas propostas por Thurston e Ramaliu (2005), que contemplou: revisão dos documentos disponíveis e revisão bibliográfica sobre o objeto avaliado; delimitação através da identificação de seus objetivos, atividades e resultados; modelagem do programa considerando as atividades realizadas, resultados, impactos e os determinantes; compreensão preliminar de como o programa funciona; desenvolvimento de uma matriz de análise e julgamento; identificação das atores interessados; obtenção de um acordo quanto ao procedimento da avaliação (THURSTON; POTVIN, 2003; THURSTON; RAMALIU, 2005).

A análise documental foi realizada, inicialmente a partir da estrutura legal disponível em sites governamentais. Com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre o objeto e compreender de que maneira as ações de detecção precoce do câncer de mama estão inseridas no contexto brasileiro. Para isso, foram selecionados documentos de fontes primárias como legislações, diretrizes e portarias que orientam as ações de detecção precoce do câncer de mama, publicados entre 2006 e 2020. Os materiais utilizados para a análise documental foram organizados em um quadro para melhor compreensão, distribuídos por título do documento, conteúdo e contribuição. (Quadro 1).

**Quadro 1.** Leis, portarias, diretrizes e protocolos utilizados na elaboração dos modelos teórico e lógico das ações de detecção precoce do câncer de mama

DOCUMENTO	CONTEÚDO	CONTRIBUIÇÃO
Portaria MS/GM nº 399 de 22 fevereiro de 2006	Dentre as prioridades do Pacto pela Vida, compromisso entre os gestores do SUS, objetiva metas para o controle do câncer de mama.	Descrição, objetivos e metas do programa.
Cadernos de Atenção Básica, n.13. Controle dos cânceres do colo de útero e de mama (2013).	Contribui com a organização da Rede de Atenção ao Câncer do colo de útero e de mama no Sistema único de Saúde (SUS), e tem a finalidade de orientar a atenção às mulheres subsidiando tecnicamente os profissionais da Atenção Básica.	Descrição, organização, objetivos e funcionamento do Programa.
Portaria MS/GM nº 483 de 1º de abril de 2014	Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Normativa do programa, metas, objetivos. Construção do Modelo Lógico e Modelo teórico.
Portaria MS/GM 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 Sistema único de Saúde (SUS).	Descrição, organização, objetivos e funcionamento do Programa.
Portaria MS/GM nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013	Promove o monitoramento das ações relacionadas à detecção precoce, confirmação diagnóstica e início do tratamento através do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN).	Normativa do Programa, metas, objetivos, atividades e resultados.
Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011–2022 (2011).	Propõe metas nacionais para aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 a 69 anos; e aperfeiçoar as ações de rastreamento do câncer de mama; e universalização desses exames a todas as mulheres.	Normativa do Programa, metas, objetivos, atividades e resultados.
Diretriz para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil (2015)	Estabelece as diretrizes para ampliar e qualificar a detecção precoce do câncer de mama, tanto em relação a organização da linha de cuidado como também para apoiar os profissionais nas práticas clínicas.	Descrição, organização, objetivos, atividades e resultados. Construção do Modelo Lógico e Modelo teórico.

A interpretação e análise dos dados a partir da leitura dos documentos proporcionou a identificação de informações referentes ao objeto do estudo, com destaque para as normativas e diretrizes da estrutura do processo de trabalho que envolve as ações de detecção precoce do câncer de mama e de que maneira elas impactam na atuação das equipes de Atenção Primária.

A revisão de literatura foi realizada a partir de teses, dissertações e artigos encontrados em bases de dados *Pubmed*, *Scielo*, *Web of Science*, BIREME, além do Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) que tivessem como objeto de análise as ações de detecção precoce do câncer de mama, abordando aspectos avaliativos dessas ações no âmbito da Atenção Primária à Saúde. A busca realizada nas bases de dados de artigos utilizou as expressões-chaves “*Breast Neoplasms*” AND “*Early Detection of Cancer*” AND “*Health Evaluation*” AND “*Screening*”. E para o banco de teses e dissertações as expressões-chave “Detecção Precoce de Câncer” AND “Câncer de mama” AND “Atenção Básica” OR “Atenção Primária à Saúde”, e seus respectivos termos na língua inglesa. Posteriormente, foi realizada a leitura dos resumos dos trabalhos e realizada a seleção dos artigos para análise. Os critérios de inclusão dos estudos foram baseados na relação com a temática sobre as ações de detecção precoce do câncer de mama no contexto da APS, no período delimitado entre 2015-2021, que possuíssem resumo completo. Foram excluídos os artigos que investigaram as ações do setor privado e sem relação com a APS. Os materiais utilizados foram analisados para que fossem utilizadas as informações fundamentais de interesse do objeto de estudo.

No segundo momento foram realizadas quatro entrevistas semiestruturadas (roteiro no APÊNDICE A) com os informantes-chave considerados peças interessadas no processo avaliativo: 02 profissionais do serviço de saúde que atua em áreas relacionadas às ações do câncer mama, 01 usuárias dos serviços de saúde e 01 gestor de organizações sociais que prestam apoio a rede de saúde de combate ao câncer de mama. As entrevistas foram realizadas de maneira remota com dia e horário acordados com os participantes, no período de agosto a setembro de 2021. Os informantes-chaves foram indicados a partir do contato com organizações sociais e órgãos públicos.

As informações coletadas foram gravadas e transcritas para depois serem analisadas e categorizadas. A análise de conteúdo ocorreu pela proposta de Bardin (2011) em três etapas: 1) pré-análise, que envolve a organização do material e sistematização das categorias; 2) exploração do material e categorização, descrição analítica e aprofundamento do material; 3) tratamento dos resultados, em que uma análise crítica e reflexiva é realizada para captar o conteúdo. Dessa forma foram indexadas em temática: experiências com os serviços de saúde, fragilidades e potencialidades do processo de diagnóstico precoce, rastreamento e tratamento, atividades e ações a serem desenvolvidas.

A partir da revisão de literatura, análise documental e entrevista com os informantes-chave foram elaborados o Modelo Teórico (MT) e o Modelo Lógico (ML) das ações de

detecção precoce do câncer de mama na APS, no intuito de esclarecer as conexões e o contexto em que está inserido o objeto avaliado. Desse modo, modelizar possibilitou explicitar os vínculos entre uma intervenção e seus efeitos e revela o conjunto de hipóteses necessárias e permite melhorar a situação problemática (BROUSSELLE, et al, 2011).

A partir dos modelos, foi elaborada uma proposta de matriz de análise e julgamento (MAJ) composta de dimensões, indicadores, acrescida das respectivas medidas, fontes e parâmetros.

Seguindo as etapas, o modelo avaliativo foi submetido à uma oficina de consenso do tipo comitê tradicional, para sua validação com os especialistas. O comitê tradicional possibilita o envolvimento dos especialistas selecionados para uma discussão aberta sobre o tema, na qual há a possibilidade de troca de ideias e confronto de opiniões divergentes (SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005).

O convite foi realizado através de correio eletrônico, com uma explanação sobre a temática, objetivo do estudo e a importância da participação e com o envio da matriz de análise e julgamento, para que pudessem analisar o material previamente ao encontro virtual de discussão. Foram convidados a participar das oficinas pesquisadores da área de avaliação de políticas públicas, e profissionais que atuam no SUS na gestão e na APS com conhecimento e/ou experiência em relação às ações de detecção precoce do câncer de mama (n = 7). Foi solicitado àqueles que não tivessem disponibilidade de participar do encontro virtual, que enviassem suas contribuições por escrito. A oficina de consenso foi realizada no período de 20 de dezembro de 2021 a 12 de janeiro de 2022, sendo o encontro virtual realizado 20 de dezembro de 2021, com a presença de 2 participantes. 3 participantes enviaram suas considerações e 2 especialistas convidados não participaram da oficina.

## **4.2 DESENVOLVIMENTO DO MODELO TEÓRICO**

O modelo teórico, embasado na análise documental, revisão bibliográfica e entrevista com informantes-chave, apresenta as ações de detecção precoce do câncer de mama na APS, identificando o contexto no qual as ações estão inseridas.

As ações de detecção precoce do câncer de mama estão inseridas dentro de uma rede de atenção à saúde em que a APS se apresenta como centro comunicador. O modelo apresenta as interações entre os três níveis de atenção à saúde, primária, secundária e terciária que desenvolvem as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento, através das diretrizes e políticas públicas para a atuação frente a detecção precoce do câncer de mama. Identificam-se fatores

contextuais (sociais, políticos, culturais e econômicos) que podem influenciar sobre as ações, tais como a vulnerabilidade social; outros modelos de assistência; barreiras de acesso; o papel da mulher na sociedade, de modo a impactarem no resultado: a contribuição para mortalidade por câncer de mama.

O câncer de mama é considerado uma linha de cuidado, estratégia de estabelecimento do percurso assistencial com o objetivo de ordenar o fluxo, dentro da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNCC) na rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema único de Saúde. Linha de cuidado que define as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma Rede de Atenção à Saúde.

A linha de cuidado tem como ponto comunicador e central a APS, que coordena o cuidado dentro da rede. Assim, entende-se que para a APS operar de forma integral se faz necessário estabelecer adequada estrutura e organização, e fornecimento de ações para que se torne possível a comunicação entre os níveis para o desenvolvimento efetivo das ações de detecção precoce do câncer de mama. De maneira que se tenha uma resolutividade no acesso aos serviços secundários para realização dos exames e consultas com especialistas, além de acesso ao tratamento adequado no serviço terciário.

Os fatores sociais da população feminina relacionados aos cuidados em saúde, além da organização do cuidado primário podem ser obstáculos e interferir no acesso as medidas preventivas e diagnóstico precoce. Além das divergências de indicação de idade e periodicidade da realização do exame de mamografia, enquanto a Sociedade Brasileira de Mastologia defende que a mamografia deve ser realizada anualmente a partir dos 40 anos, o Ministério da Saúde recomenda bianual a partir entre 50 a 69 anos.

### **4.3 DESENVOLVIMENTO DO MODELO LÓGICO**

O modelo lógico das ações de detecção precoce do câncer de mama na atenção primária deu-se a partir da identificação dos critérios, atividades e possíveis resultados esperados com cada ação, que envolve a cadeia de causalidade dos elementos. É ferramenta que objetiva apresentar de maneira visual e sistêmica as relações entre os elementos de recursos, produtos e efeitos esperados, que o programa pretende atingir (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010).

Os referenciais utilizados para a elaboração do modelo lógico foram elencados na leitura das políticas, diretrizes e documentos oficiais que constituem o objetivo, além das informações levantadas com os informantes-chave.



Tem como objetivo a descrição do desenvolvimento das ações dentro da APS apresentada em duas dimensões: Político-organizacional e Assistencial, com o detalhamento das atividades que devem ser feitas em cada dimensão. O desmembramento das atividades de cada dimensão possibilita organizar os elementos e quais ações e resultado devem ser feitos para atingir o resultado esperado.

#### 4.4 MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO (MAJ)

A matriz de análise e julgamento foi construída a partir dos modelos teórico e lógico, e seu propósito é descrever as prioridades dos componentes das ações de detecção precoce do câncer de mama. Está composta por duas dimensões: Político-organizacional e assistencial e seus respectivos indicadores (APÊNDICE D).

Cada indicador recebeu entre uma e quatro medidas, considerando-se dados quantitativos e qualitativos. Os parâmetros de julgamento foram fundamentados em aspectos normativos, na análise documental e nos acordos firmados com os especialistas.

Para cada dimensão foram elaborados indicadores e estabelecidos pontuações máximas. O grau de adequação será determinado da seguinte forma:  $= (\sum \text{pontuação máxima observada} / \sum \text{pontuação máxima esperada}) \times 100$ . As proporções serão estratificadas a saber: Adequado (>75%); parcialmente adequado (51 a 75%); Incipiente (25 a 50%) e crítico (<25%).

**Dimensão político-organizacional:** incorpora os aspectos administrativos e organizacionais relacionados a detecção precoce do câncer de mama na APS. Profissionais de Atenção Básica capacitados além de equipes completas com suficiência de carga horária, dimensionamento físico adequado, integração da rede de atenção, são alguns pontos necessários para atender a demanda de mulheres nos serviços de saúde. No âmbito da gestão municipal, a avaliação das ações e serviços ofertados apoia o planejamento estratégico e direciona a tomada de decisão para o alcance dos resultados esperados.

**Dimensão assistencial:** inclui as ações relacionadas com o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família e/ou Atenção Básica, que são fundamentais para a contribuição da redução da mortalidade do câncer de mama e melhoria da qualidade de vida das mulheres. Para isso, profissionais com processo de trabalho definido, atuantes no território com foco no diagnóstico precoce e rastreamento são ferramentas para que as ações desenvolvidas sejam resolutivas.

#### **4.5 IMPLICAÇÕES ÉTICAS**

A pesquisa está de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que cita a pesquisa envolvendo seres humanos, cumprindo os princípios éticos da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. O trabalho foi submetido e aprovado na Plataforma Brasil sob o CAAE 48419021.0.0000.0121, Parecer CEPESH/UFSC nº 4.944.137 emitido em 31 de agosto de 2021 (ANEXO 1).

Todos os procedimentos da pesquisa foram realizados mediante consentimento dos participantes, e dentro de condições éticas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foram entregues aos participantes juntamente com os objetivos da pesquisa, metodologia e finalidades da pesquisa e a decisão de participação voluntária. Os TCLE foram divididos quanto a categoria em que se encontrava o participante como orientado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (APÊNDICES B e C).

## **5 RESULTADOS**

Os resultados desta pesquisa serão apresentados em formato de artigo, em atendimento ao Art.60 do Regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Será submetido à Revista Saúde em Debate, cujas instruções para publicação encontram-se no Anexo 2.

## 5.1 ARTIGO

### ESTUDO DE AVALIABILIDADE DAS AÇÕES PARA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

#### *EVALUABILITY STUDY OF ACTIONS FOR EARLY DETECTION OF BREAST CANCER IN PRIMARY HEALTH CARE*

Rafaela Krann, Claudia Flemming Colussi

**RESUMO:** Trata-se de um estudo de avaliabilidade das ações para detecção precoce do câncer de mama na atenção primária. Foi realizada análise documental, revisão de literatura e reunião com especialistas para a elaboração do modelo e matriz avaliativa. Para sua validação, utilizou-se a técnica de conferência de consenso. A Matriz de análise e julgamento desenvolvida é composta por 14 indicadores agregados em duas dimensões. A aplicação do modelo avaliativo proposto permitirá conhecer as fragilidades e potencialidades das ações como potencial para desenvolver uma rede fortalecida e organizada em torno da temática.

**PALAVRAS-CHAVE:** Avaliação em saúde. Atenção Primária à Saúde. Câncer de mama.

**ABSTRACT:** This is an evaluability study of actions for early detection of breast cancer in primary health care. The documentary analysis, literature review and meeting with specialists to the elaboration of the model and evaluative matrix. For the authentications, the consensus conference technique was used. The analysis and judgment of Matrix developed is composed of 14 indicators aggregated in two dimensions. The application of the proposed evaluative model will make it possible to know the weaknesses and potential of actions as a potential to develop a strengthened and organized network around the theme.

**KEYWORDS:** Health evaluation. Primary Health Care. Breast Neoplasm.

## INTRODUÇÃO

O câncer se tornou um problema de saúde pública ao despontar entre as patologias como uma causa de comprometimento da saúde e altas taxas de mortalidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). A neoplasia maligna da mama é o segundo tipo de câncer mais incidente no mundo, excetuando-se o câncer de pulmão, sendo registrados a cada ano, no mundo, mais de 2,1 milhões de casos novos e pouco mais de 626 mil óbitos pela doença (BRAY et al., 2018).

Entre as mulheres, a incidência desse câncer se configura entre as primeiras posições, independentemente da condição socioeconômica do país. No geral, um terço de todos os casos de câncer de mama em todo o mundo poderia ter sido curado se tivesse sido diagnosticado precocemente. Para o Brasil, estimam-se 66.280 casos novos de câncer de mama, para cada ano do triênio 2020-2022, que corresponde a um risco estimado de 61 casos novos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama feminino ocupa a primeira posição mais frequente em todas as Regiões brasileiras (INCA, 2019a).

O desenvolvimento do câncer de mama é decorrente de vários fatores, tais como condições individuais, estilo de vida e fatores ambientais, que aumentam a probabilidade da sua ocorrência, além de aspectos relacionados à idade, endócrinos e genéticos (OHL et al, 2016). O controle do câncer de mama é uma prioridade da agenda de saúde do país e integra o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Esse controle depende de quatro componentes: ações de promoção da saúde e prevenção do câncer; detecção precoce; tratamento e reabilitação; e cuidados paliativos, sendo a prevenção a estratégia de saúde pública com melhor relação custo-benefício (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Para que as ações de detecção precoce do câncer de mama se desenvolvam de maneira efetiva, a Atenção Primária em Saúde (APS), como centro comunicador da rede de atenção, possui um papel fundamental de esclarecimento sobre os fatores de risco e proteção para o câncer de mama, assim como a correta classificação de risco de desenvolvimento de câncer de mama dos casos atendidos, de forma a evitar a superestimação ou subestimação desse risco (INCA, 2015a). Segundo a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (BRASIL, 2013b), a responsabilidade da APS é coordenar e manter o cuidado dos usuários com câncer, quando referenciados a outros pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Diante da relevância da atuação da APS na detecção precoce do câncer de mama, o desenvolvimento de processos avaliativos é necessário, pois auxilia na identificação de como

as ações de detecção precoce do câncer de mama estão inseridas, nos reconhecimentos de fragilidades para o desenvolvimento das ações efetivas, e os fatores internos e externos que implicam no grau de implantação das ações.

O presente artigo tem como objetivo apresentar uma proposta de modelo avaliativo, constituída de modelo teórico, modelo lógico e matriz de análise e julgamento para o aperfeiçoamento das ações, a fim de melhorar a detecção precoce do câncer de mama na APS.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de avaliabilidade com abordagem qualitativa, baseado na metodologia proposta por Thurston e Ramaliu (2005), compreendendo as etapas de: a) descrição do serviço identificando as metas, objetivos e as atividades; b) identificação dos e revisão documentos disponíveis relativos ao programa; c) modelagem dos recursos disponíveis, impactos esperados e conexões estabelecidas; d) entendimento de como o programa opera; e) desenvolvimento de um modelo lógico da avaliação; f) identificação dos interessados; g) obtenção de um acordo quanto ao procedimento da avaliação (THURSTON; POTVIN, 2003; THURSTON; RAMALIU, 2005).

A pesquisa foi realizada entre maio de 2021 e janeiro de 2022, e como ponto de partida utilizou os métodos de revisão documental, análises bibliográficas e entrevistas com informantes-chaves para compreender as ações de detecção precoce do câncer de mama na APS.

A primeira etapa de análise documental ocorreu através de documentos oficiais e revisão da literatura em base de dados científicos, a fim de identificar seus objetivos e compreender as ações de detecção precoce do câncer de mama na atenção primária à saúde (APS) e de que maneira estão inseridas no contexto brasileiro. A revisão de literatura foi realizada a partir de teses e dissertações e artigos encontrados em base de dados *Pubmed*, *Scielo*, *Web of Science*, BIREME, além do Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), com critérios de inclusão estudos relacionados com as ações de detecção precoce do câncer de mama no contexto da APS, no período delimitado entre 2015-2021, que possuíssem resumo completo. Os materiais utilizados foram analisados para que fossem utilizadas as informações fundamentais de interesse do objeto de estudo.

No quadro 1, são apresentadas políticas de saúde, legislações e normas, diretrizes e cadernos de Atenção Básica governamentais no período de 2006 a 2020 relacionados à temática utilizados na análise documental.

**Quadro 1.** Leis, portarias, diretrizes e protocolos utilizados na elaboração dos modelos teórico e lógico das ações de detecção precoce do câncer de mama

DOCUMENTO	CONTEÚDO	CONTRIBUIÇÃO
Portaria MS/GM nº 399 de 22 fevereiro de 2006	Dentre as prioridades do Pacto pela Vida, compromisso entre os gestores do SUS, objetiva metas para o controle do câncer de mama.	Descrição, objetivos e metas do programa.
Cadernos de Atenção Básica, n.13. Controle dos cânceres do colo de útero e de mama (2013).	Contribui com a organização da Rede de Atenção ao Câncer do colo de útero e de mama no Sistema único de Saúde (SUS), e tem a finalidade de orientar a atenção às mulheres subsidiando tecnicamente os profissionais da Atenção Básica.	Descrição, organização, objetivos e funcionamento do Programa.
Portaria MS/GM nº 483 de 1º de abril de 2014	Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Normativa do programa, metas, objetivos. Construção do Modelo Lógico e Modelo teórico.
Portaria MS/GM 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 Sistema único de Saúde (SUS).	Descrição, organização, objetivos e funcionamento do Programa.
Portaria MS/GM nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013	Promove o monitoramento das ações relacionadas à detecção precoce, confirmação diagnóstica e início do tratamento através do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN).	Normativa do Programa, metas, objetivos, atividades e resultados.
Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011–2022 (2011).	Propõe metas nacionais para aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 a 69 anos; e aperfeiçoar as ações de rastreamento do câncer de mama; e universalização desses exames a todas as mulheres.	Normativa do Programa, metas, objetivos, atividades e resultados.
Diretriz para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil (2015)	Estabelece as diretrizes para ampliar e qualificar a detecção precoce do câncer de mama, tanto em relação a organização da linha de cuidado como também para apoiar os profissionais nas práticas clínicas.	Descrição, organização, objetivos, atividades e resultados. Construção do Modelo Lógico e Modelo teórico.

Após a análise documental e revisão de literatura, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com quatro informantes-chave: dois profissionais do serviço de saúde que atuam na atenção primária à saúde e no setor de regulação, uma usuária que utilizou serviços de saúde durante seu processo de diagnóstico, tratamento e reabilitação do câncer de mama e uma representante de uma organização social que presta apoio à rede de saúde de combate ao câncer de mama. Os informantes-chave foram indicados a partir do contato com as organizações sociais e órgãos públicos. As entrevistas foram realizadas no período de setembro a outubro de 2021, em plataforma online, após a confirmação de data e horário estabelecido com o entrevistado e mediante seu consentimento livre e esclarecido. O registro das entrevistas foi realizado por gravação digital e posteriormente as entrevistas foram integralmente transcritas. As informações coletadas foram analisadas e categorizadas em temáticas: experiências com os serviços de saúde, fragilidades e potencialidades do processo de diagnóstico precoce, rastreamento e tratamento, atividades e ações a serem desenvolvidas.

A partir das informações obtidas da análise dos documentos, revisão de literatura e das entrevistas com informantes-chave, foram elaborados o Modelo Teórico (MT) e o Modelo Lógico (ML) das ações de detecção precoce do câncer de mama na atenção primária. O MT é uma representação de como o programa funciona idealmente, extrapola a compreensão de outros fatores que podem interferir no programa, com especificações sobre o problema, as condições do contexto, o conteúdo e os atributos necessários para produzir isolada ou integralmente os efeitos esperados (MEDINA *et al.*, 2005). O ML é um esquema visual que representa o funcionamento do programa, fornecendo uma base objetiva de como os elementos se articulam para operacionalizar o programa (BROUSSELLE; CHAMPAGNE; CONTANDRIOPOULOS, 2011). Os modelos construídos levaram em consideração o contexto social, políticos, culturais e econômicos em que a temática está inserida, além das legislações, normas e diretrizes relacionado com a temática.

Após o processo de modelização do programa, foi elaborada uma proposta de matriz de análise e julgamento (MAJ) composta de dimensões, indicadores, medidas e parâmetros, com as respectivas fontes de evidência. A análise documental, revisão bibliográfica e entrevistas com informantes-chave também auxiliaram na seleção dos componentes da matriz de análise e apoiaram na escolha dos indicadores com base nas evidências científicas.

Para validação do modelo avaliativo optou-se pela adoção da técnica de comitê tradicional de consenso. Foram encaminhados aos especialistas via correio eletrônico a MAJ, com convite para participar da oficina de consenso. O comitê tradicional possibilita o envolvimento dos especialistas selecionados para uma discussão aberta sobre o tema, na qual



há a possibilidade de troca de ideias e confronto de opiniões divergentes (SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005). Caso não conseguisse participar no encontro de maneira remota, o participante poderia enviar o material via correio eletrônico com suas considerações da matriz de análise e julgamento. A oficina de consenso contou com a participação de 5 especialistas, entre profissionais da saúde da atenção primária, professores do departamento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e gestores da atenção básica do departamento da Saúde da Mulher. A oficina de consenso foi realizada no período de 20 de dezembro de 2021 a 12 de janeiro de 2022, sendo o encontro virtual realizado 20 de dezembro de 2021, com a presença de 2 participantes. 3 participantes enviaram suas considerações e 2 especialistas convidados não participaram da oficina.

Após a oficina de consenso, todas as contribuições foram analisadas e incorporadas ao modelo avaliativo inicialmente proposto. Ocorreram supressões, inclusões ou complementação de indicadores baseados nas discussões e justificativas apresentadas.

Para a realização da pesquisa foram adotadas as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O trabalho foi submetido e aprovado na Plataforma Brasil sob o CAAE 48419021.0.0000.0121, Parecer CEPESH/UFSC nº 4.944.137 emitido em 31 de agosto de 2021.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **A Organização das ações de detecção precoce do câncer de mama no SUS**

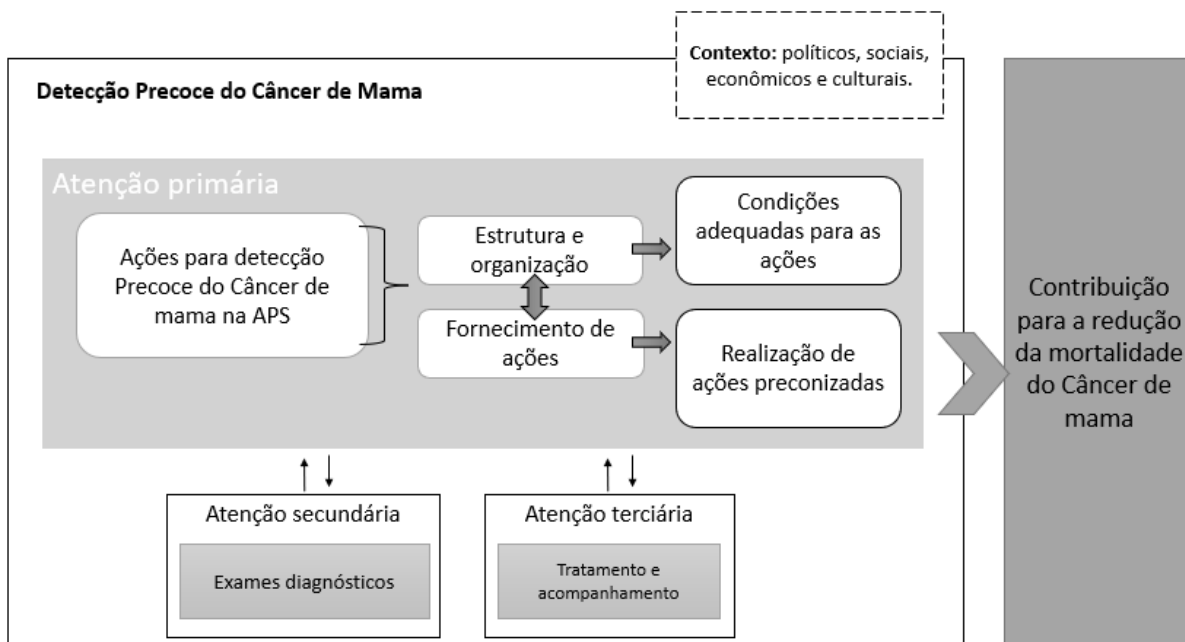
As ações de detecção precoce do câncer de mama não estão inseridas em um programa específico, em contrapartida está inserido em políticas, tais como a Política de Saúde da Mulher e a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer. Além de estar estabelecida em formato de diretriz, do Ministério da Saúde, *Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil*. Têm a finalidade de definir as ações e serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos da rede de atenção à saúde (RAS), suas recomendações conforme o nível de evidência, levando em consideração o balanço entre resultados possíveis benefícios e danos. Com a compreensão de que as ações de detecção precoce do câncer de mama estão envolvidas no cotidiano do cuidado e da gestão e do seu impacto na sociedade.

O MT das ações de detecção precoce do câncer de mama proposto está apresentado na Figura 2. Entendendo de que elas estão inseridas em uma Rede de atenção com o envolvimento da atenção primária, secundária e terciária, e cada ponto de atenção possui suas

responsabilidades. Contudo, cabe a atenção primária a coordenação e continuidade do cuidado. A fim de iniciar os cuidados preventivos, além de realizar os cuidados contínuos as mulheres sobreviventes aos cânceres de mama.

Os níveis de atenção dentro da Rede de Apoio à Saúde (RAS) devem trabalhar em sintonia e com comunicação eficaz. Para cada estágio do câncer de mama temos uma ação de controle, que envolve promoção e prevenção do câncer, detecção precoce, tratamento e reabilitação e cuidados paliativos (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2007; INCA, 2015a). São ações sistemáticas e integradas que visam reduzir a incidência, mortalidade, e a morbidade do câncer de mama. A Atenção primária como centro comunicador, que compreende as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e/ou Estratégia de Saúde da Família (ESF), no qual se coordena os fluxos e contrafluxos. E, os serviços secundários e terciários que ofertam serviços especializados e com diferentes densidades tecnológicas (MENDES, 2012).

**Figura 1** – Modelo Teórico das ações de detecção precoce do câncer de mama



O controle do câncer de mama é uma prioridade da agenda de saúde do país e integra o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011 - 2022, para a promoção e desenvolvimento das ações no âmbito da detecção precoce e fortalecimento dos serviços de saúde. Além de estabelecer diretrizes para o cuidado às pessoas com doença crônica nas redes de atenção e nas linhas de cuidado (BRASIL, 2011).

Para que as ações desenvolvidas impactem a situação de saúde, o trabalho de gestão dos níveis de atenção dentro da rede requer uma visão ampliada dos gestores, com formulação e decisão estratégica, para integrar e coordenar todos os fluxos necessários (GOLDMAN *et al.*, 2019). No MT proposto a linha de cuidado requer a colaboração interprofissional através de ações integradas voltadas a atender as demandas de saúde, reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida. De tal maneira que as estratégias de promoção e prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos complementadas por ações que perpassam os campos da educação e comunicação em saúde, da vigilância do câncer e dos fatores de risco à saúde (TRALDI *et al.*, 2016).

## **A Atenção Primária e a detecção precoce do câncer de mama**

A atenção primária é um componente fundamental como primeiro contato para as mulheres com ou sem sintomatologia, desse modo dentro do MT proposto está em destaque além de estabelecer um elo entre toda a rede de atenção à saúde. Está dividida em dois componentes: Estrutura e organização e fornecimento das ações. Onde a gestão da saúde deve atuar para garantir os aspectos estruturais e organizacionais para o fornecimento adequado para a realização das ações. E no fornecimento das ações os profissionais atuantes da atenção primária para que as ações voltadas a detecção precoce do câncer de mama alcancem os resultados esperados.

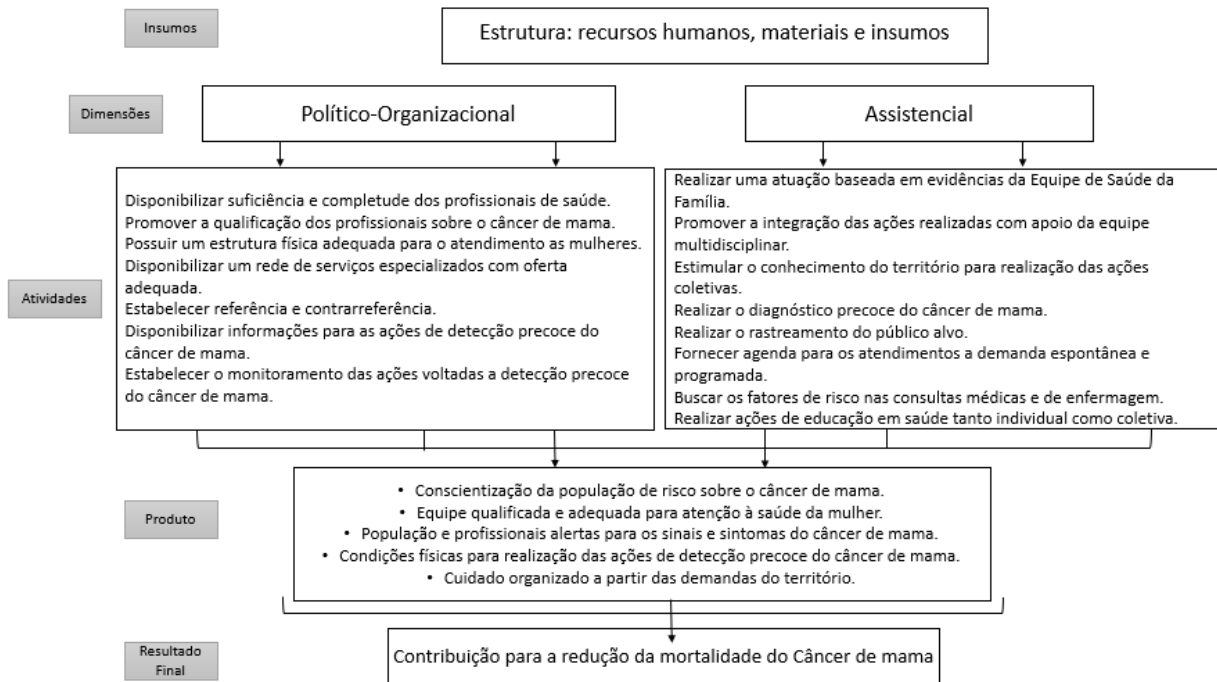
O Ministério da Saúde preconiza as seguintes ações relacionadas ao câncer de mama a serem realizadas pelos profissionais na Atenção Básica: investigação dos fatores de risco para câncer de mama (dentre eles idade, fatores genéticos e endócrinos); acompanhamento clínico individualizado a mulheres com risco elevado de câncer de mama; promoções de ações educativas para conscientização de maneira individual ou coletiva, que promovam a mobilização e a participação da comunidade; orientação de maneira educativa sem qualquer recomendação de técnica específica, valorizando-se a descoberta casual de pequenas alterações mamárias; ECM, em todas as mulheres a partir de 40 anos de idade e, a partir de 35, naquelas pertencentes a grupos com risco elevado de desenvolver o câncer de mama; solicitação de mamografia para mulheres na faixa etária dos 50 a 69 anos e para as mulheres com risco elevado de câncer de mama, iniciar aos 35 anos, com exame anual (BRASIL, 2013a).

Para o alcance dos resultados esperados para as ações de detecção precoce do câncer de mama estão condicionados a fatores contextuais, tais como vulnerabilidade social, outros modelos de assistência, barreiras de acesso, papel da mulher na sociedade, organizações não governamentais. O incentivo federal em prol das ações para o Controle do Câncer de Mama sempre teve como objetivos principais: reduzir a exposição aos fatores de risco; diminuir a mortalidade; e melhorar a qualidade de vida da mulher com câncer de mama, estando esses em consonância com as diretrizes da política de controle do câncer, publicadas pela Portaria GM/MS nº 874, de 2013, e com a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (BRASIL, 2013b).

No Brasil os desafios impostos pelas diferenças sociais, econômicas e culturais repercutem na crescente mortalidade e incidência do câncer de mama, além de o modelo oportunístico não atingir toda a população-alvo, o que pode expor as mulheres ao risco de rastreamento mamográfico pelo uso indevido da tecnologia.

No sentido de explicar o programa e quais os resultados esperados, além de fornecer uma relação causal entre os elementos, na Figura 3 é apresentada uma proposta de ML das ações de detecção do câncer de mama na Atenção Primária.

**Figura 2 – Modelo Lógico das ações de detecção precoce do câncer de mama na Atenção Primária**



### **Matriz de Análise e Julgamento para as ações de detecção precoce do câncer de mama**

No ML proposto, a dimensão político-organizacional compreende os aspectos administrativos e organizacionais atuantes para que as ações na detecção precoce do câncer de mama. Desse modo para que as ações sejam realizadas de maneira adequada, os profissionais devem estar capacitados e qualificados em quantidade suficiente para garantir a cobertura adequada da população-alvo. Além de garantir um dimensionamento físico adequado para que os profissionais realizem suas atividades com as estruturas essenciais. Demanda-se, ainda, que a integração da rede de atenção para garantir o cuidado horizontal da mulher na linha de cuidado. Além de no âmbito da gestão municipal, a avaliação das ações e serviços ofertados apoiarem o planejamento estratégico e direcionarem a tomada de decisão para o alcance dos resultados esperados.

A dimensão assistencial inclui as ações relacionadas com o processo de trabalho das equipas de Saúde da Família e/ou Atenção Básica. As ações de detecção precoce do câncer de mama ofertadas na atenção primária no âmbito assistencial são fundamentais para a contribuição da redução da mortalidade do câncer de mama e melhoria da qualidade de vidas das mulheres. Profissionais com processo de trabalho definido, atuantes no território com foco no diagnóstico precoce e rastreamento são ferramentas para que as ações desenvolvidas sejam resolutivas.

No ML foram elencadas as atividades consideradas essenciais nas dimensões propostas e apresentados os resultados esperados. Desse modo, ter uma equipe qualificada e suficiente, além de população e profissionais alertas para os sinais e sintomas do câncer de mama, com as condições físicas para a realização das ações e um cuidado organizado a partir das demandas do território irão contribuir para a redução da mortalidade do câncer de mama.

A matriz de análise e julgamento conta com 2 dimensões e 14 indicadores, listados no quadro 2, com suas respectivas medidas, parâmetros, a pontuação máxima esperada para cada um de seus componentes e as fontes de evidências.

**Tabela 1** – Matriz de Análise e Julgamento das ações de detecção precoce do câncer de mama na Atenção Primária, contendo dimensões, indicadores, medidas, parâmetros e as fontes de evidências

		<b>Indicador</b>	<b>Medidas</b>	<b>Parâmetro</b>	<b>Fonte</b>
Dimensão	Político Organizacional	Suficiência de Profissional	Percepção da coordenação da UBS sobre a suficiência da carga horária dos profissionais que atuam na UBS (Médico e enfermeiro)	Satisfatório (10pts) Parcial (5pts) Insatisfatório (0pts)	Coordenação da unidade
			Percepção da coordenação da UBS sobre o horário de funcionamento da UBS  *O horário está adequado a necessidade de saúde da população do território	Satisfatório (10pts) Parcial (5pts) Insatisfatório (0pts)	
			Percentual da completude das equipas que atuam na UBS no município	Transformação do percentual de equipas completas no município em escore seguindo a proporção (100%=10pts).	
			Percentual de cobertura das equipas no município	Transformação do percentual de cobertura das equipas no município em escore seguindo a proporção (100%=10pts).	

	Indicador	Medidas	Parâmetro	Fonte	
Dimensão	Político Organizacional	Qualificação profissional	Realização de capacitação sobre o funcionamento da rede municipal no ingresso dos profissionais	Sim (10pts) / Não (0 pts). É ofertado capacitação no ingresso sobre o funcionamento da rede municipal.	Coordenação da unidade
			Obrigatoriedade na capacitação no ingresso dos profissionais	Sim (10pts)/ Não (0 pts). A participação na capacitação é obrigatória no ingresso dos profissionais.	
			Ações de qualificações sobre detecção precoce do câncer de mama	Sim (10pts)/ Não (0 pts). Entende-se ações de qualificações sobre a detecção precoce do câncer de mama como: educação permanente sobre a temática; reuniões de equipe, fórum e palestras dentro da unidade de saúde.	
	Estrutura Física do Centro de Saúde	Percepção da coordenação da UBS sobre a adequação da estrutura física do Centro de Saúde para a realização das ações de saúde	Adequada (10 pts); Parcialmente (5 pts); Inadequada (0 pts)		
		Existência de: 1. Sala de espera (1pt) 2. Consultório com maca (2 pts) 3. consultório com banheiro (2pts) 4. Sala para atividades coletivas/ Sala de reuniões (2 pts) 6. Computador com acesso à internet (1 pt)	Adequada (10pts): 6 a 8 pontos Parcialmente adequada (5pts): 3 a 5 pontos Inadequada (0pts): menos de 3 pontos		

Dimensão		Indicador	Medidas	Parâmetro	Fonte
Político Organizacional	Regulação de acesso aos serviços especializados	Existência de central de regulação aos serviços especializados e SADT		Sim (10pts) / Não (0 pt)	Coordenação da unidade
		Tempo decorrido entre a solicitação do exame e o retorno da mulher ao centro de Saúde		Até 30 dias (Bom) De 31 a 60 dias (Regular) 61 dias ou mais (ruim)	
	Adequação da oferta de serviços especializados e SADT	Tempo de espera dos exames de imagem (mamografia)		Bom (Até 30 dias) (10pts) Regular (31 dias a 60 dias) (5pts) Ruim (61 dias ou mais) (0pts)	Gestão Municipal
		Tempo de espera para consulta com mastologista		Bom (Até 30 dias) (10pts) Regular (31 dias a 60 dias) (5pts) Ruim (61 dias ou mais) (0pts)	
		Disponibilidade do exame de mamografia		Satisfatório (10pts) (Disponibilidade do exame de mamografia no município) Parcial (5pts) (Disponibilidade do exame de mamografia na rede) Insatisfatório (0pts) (Sem disponibilidade do exame de mamografia no município e na rede)	IBGE/CNES
	Referência e contrarreferência	Existência de contrarreferência após encaminhamento para serviço especializado		Sempre (10 pts) Na maioria das vezes (8 pts) Às vezes (5pts) Raramente (1pt) Nunca (0 pt)	Coordenação da Unidade
	Disponibilidade de Informação	Exigência do preenchimento da requisição do Sistema de Informação SISCAN		Sim (10pts) / Não(0pts)	Gestão Municipal
		Monitoramento do preenchimento da requisição do Sistema de Informação SISCAN		Sim (10pts) / Não(0pts)	

Dimensão		Indicador	Medidas	Parâmetro	Fonte
Político Organizacional	Monitoramento das ações voltadas à detecção precoce do câncer de mama	Existência de indicadores de monitoramento das ações voltadas à detecção precoce do câncer de mama		Sim (10pts) / Não (0 pts)	Gestão Municipal
		Acompanhamento de indicadores de monitoramento das ações voltadas à detecção precoce do câncer de mama		Sim (10pts) Parcial (5pts) Não (0 pts)	
		Realização de planejamento e organização das ações voltadas a detecção precoce do câncer de mama com base na avaliação dos indicadores selecionados		Muito frequente (10pts) Frequente (7,5pts) Ocasionalmente (5pts) Raramente (2,5) Nunca (0)	
Assistencial	Conhecimento do Território	Percentual de microáreas cobertas pelos ACS		Bom (75%) (10pts) Regular (50 a 75%) (10pts) Ruim (<50%) (0pts)	Coordenador da unidade
	Organização da agenda	Identificação e registro das mulheres da idade alvo que não estão realizando o rastreamento mamográfico		Sim (10pts) / Não (0 pts)	
		Garantia de consultas de acompanhamento para usuárias com diagnóstico de câncer de mama		Sim (10pts) Parcial (5pt) Não (0 pts)	



Dimensão	Assistencial	Processo de trabalho da assistência à saúde da mulher	Realização de busca ativa das mulheres da população alvo	Sim (10pts) / Não (0 pts)	Coordenador da unidade
			Realização de consultas de acompanhamento para mulheres encaminhadas aos serviços especializados	Sim (10pts) Parcial (5pts) Não (0 pts)	
			Realização de ações de educação em saúde para conscientização da população sobre a temática  Inclui: Salas de espera, palestras educativas na comunidade, divulgação da temática em comunicações locais, ação outubro rosa.	Inadequada: não realiza ação de educação em saúde Parcialmente adequada: realiza 1 ação no ano, exemplo: outubro rosa; Adequada: realiza 2 ou mais ações no ano.	
	Atuação interdisciplinar	Uso de protocolo e diretrizes voltadas à detecção precoce do câncer de mama	Realização do registro de mulheres que realizaram a mamografia em prontuários eletrônicos e/ou fichas de acompanhamento	Sempre (10pts) Na maioria das vezes (7,5pts) Às vezes (5pts) Raramente (2,5pts) Nunca (0pts)	
			Realização do checklist nas consultas de saúde da mulher  Checklist atendimentos médicos e de enfermagem: - Anamnese - Exame físico das mamas - Busca dos fatores de risco (hereditários, comportamentais /ambientais, endócrinos) para desenvolvimento do câncer de mama - Solicitação de exame de mamografia para mulheres entre 50 e 69 anos a cada 2 anos.	Sim (10pts) / Não (0 pts)	
			Acompanhamento domiciliar para usuárias em cuidado paliativo	Sempre (10pts) Na maioria das vezes (7,5pts) Às vezes (5pts) Raramente (2,5pts) Nunca (0pts)	
			Participação de diferentes profissionais na organização das atividades educativas  Inclui: Salas de espera, palestras educativas na comunidade, ações outubro rosa, reuniões de equipe.	Sim (10pts) / Não (0 pts)	
			Apoio de equipe multiprofissional para usuárias em tratamento do câncer de mama  Entende-se como suporte multiprofissional: psicólogos, fisioterapeutas, nutricionista, farmacêutico.	Sempre (10pts) Na maioria das vezes (7,5pts) Às vezes (5pts) Raramente (2,5pts) Nunca (0pts)	
				De 4 profissionais (10pts). De 2 a 3 profissionais (5pts) De 1 profissional (1pts)	

	Indicador	Medidas	Parâmetro	Fonte
Dimensão Assistencial	Diagnóstico precoce do câncer de mama	Tempo médio entre a realização da mamografia diagnóstica e o seu resultado	Satisfatório: 0-30 dia (10pts) Parcial: 31 a 60 dias (5pts) Insatisfatório: > 60 ou não sabe informar(0pts)	Coordenador da unidade
		Percentual de mamografias classificadas como BI-RADS 4 ou 5 do total de mamografias diagnósticas.	Satisfatório: < 5% (10pts) Insatisfatório: >5% (0pts)	SISMAMA/ SISCAN
	Rastreamento	Percentual da população alvo que realizou o exame de mamografia na periodicidade indicada  Cálculo: Número de mulheres de 50 a 69 anos que realizaram mamografia de rastreamento, nos últimos dois anos, em determinado local e período x 100/ N° de mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, no respectivo local e período	70% satisfatório 50 a 69% regular < 49% insatisfatório	SISCAN e IBGE
		Percentual da realização de mamografia de rastreamento segundo indicação para mulheres de 50 a 69 anos  Cálculo: N° de mamografias de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos, residentes em dado local e período x 100 / N° total de mamografias de rastreamento no respectivo local e período.	Satisfatório: 53% ou mais (10pts) Parcial: 25 a 53% (5pts) Insatisfatório: < 25% (0)  *Em 2013 o valor apresentado para o Brasil do de 53%	SISMAMA/SIA/ SISCAN/SISMAMA/SUS
		Tempo médio entre a realização da mamografia de rastreamento e o seu resultado	Satisfatório: 0-30 dias (10pts) Parcial: 31 a 60 dias (5pts) Insatisfatório: > 60 dias (0pts)	SISMAMA/ SISCAN

Na dimensão político-operacional para que a atenção seja realizada adequadamente, deve haver equipes completas de Atenção Básica e a suficiência da carga horária dos profissionais de saúde para atender à demanda do território existente, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde. Destaca-se que o horário de funcionamento mínimo de segunda à sexta-feira, porém pode também apresentar opções para horários alternativos, respeitando a carga horária mínima e conforme a necessidade da população (BRASIL, 2017).

Após a oficina de consenso houve o entendimento que no indicador suficiência de profissional fosse adicionado a medida “percentual de cobertura das equipes no município” por compreender que para operar na sua integralidade no município as ações de detecção precoce do câncer de mama necessidade estar disponíveis em todos os centros de saúde. Propiciando o acesso das mulheres aos serviços de saúde, que está diretamente ligada a percepção de satisfação com a atenção à saúde (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013).

Os profissionais de saúde que atuam nesse nível de atenção devem ter conhecimento das estratégias para o controle do câncer de mama, bem como devem planejá-las e realizá-las (BARBOSA *et al.*, 2019). Além disso, a qualificação profissional está relacionada à boa prática clínica, favorecem o acesso, a identificação das ações necessárias para as ações efetivas, os fluxos de encaminhamento e o seguimento de protocolos, com consequente engajamento dos profissionais na implementação das políticas públicas da detecção precoce do câncer de mama.

Os centros de Saúde devem ter uma estrutura física apropriada que permita a realização de ações de saúde, e possibilite o acesso das mulheres para ao diagnóstico precoce e rastreamento do câncer de mama. As instalações adequadas permitem a organização dos processos de trabalho e favorecem o acolhimento das mulheres. Com isso, a existência de características estruturais como a existência de consultórios com banheiro com garantia de privacidade, consultório com maca para a realização de exames, salas para atividades coletivas, sala de espera, computadores com acesso à internet são indispensáveis para auxiliar na efetivação do cuidado (BRASIL, 2013a) (OLIVEIRA, 2019).

A atenção primária ocupa uma posição central no atendimento das mulheres, principalmente a população-alvo com risco de desenvolver câncer, ou até mesmo com a doença confirmada ou sobreviventes. As ações visam alcançar os princípios de igualdade, integralidade e de organização da rede de atenção, atuando como um centro comunicador, tendo como responsabilidade estabelecer as prioridades e o fluxo assistencial à atenção especializada (MIGOWSKI, *et al.*, 2018). Diante desse cenário, a regulação em saúde operacionaliza, monitora e avalia as solicitações de consultas, procedimentos e exames de acordo com protocolos clínicos. É uma ferramenta para promoção da equidade e acessibilidade na detecção precoce do câncer de mama. Além disso, é fundamental garantir o acesso aos serviços especializados, como os exames de imagem e consultas com especialistas em tempo oportuno para o diagnóstico precoce do câncer de mama. Tem o papel de garantir a integralidade do atendimento à saúde da mulher além de proporcionar a oferta assistencial disponível conforme a oferta e demanda de forma conforme as necessidades de saúde das mulheres.

A falta de trocas de informações torna-se um local de práticas individualizadas e pontuais na rede assistencial, pois a atenção primária deveria receber as informações dos níveis secundários e terciários (GOLDMAN, *et al.*, 2019). O serviço de referência e contrarreferência é um mecanismo de coordenação do cuidado e organização dos serviços em rede, para que os aspectos fundamentais da detecção precoce do câncer de mama ocorram de maneira adequada. Para tanto, a organização da agenda reflete na garantia de consultas de acompanhamento das mulheres que foram encaminhadas para outros pontos da rede de atenção à saúde afim de

melhorar a adesão e acompanhamento do tratamento. Além de fortalecer o vínculo e estreitar as relações entre os profissionais da APS e seu centro de saúde (BRASIL, 2013b).

O conhecimento do território permite o planejamento das ações conforme as necessidades da população. Também favorece o vínculo entre profissionais de saúde e a população, que tem impacto nos resultados das ações em saúde. Portanto, o adequado planejamento das ações de detecção precoce do câncer de mama só será realizado com esse conhecimento. E além de planejar é importante avaliar e monitorar as ações de detecção precoce do câncer de mama. O Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) é uma importante fonte de dados para a avaliação e monitoramento. O SISCAN está integrado com o Cadastro Nacional de Usuário do SUS (CADWEB) que auxilia na identificação das mulheres pelo número do cartão do SUS. Também está integrado ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) integrando com os prestadores e auxiliando na organização da rede. Monitorar e avaliar têm como objetivo acompanhar e comparar resultados por mulheres de uma maneira espacial e temporal, além de facilitar o gerenciamento do rastreamento e de exames de seguimento. Ferramenta essencial para dar suporte aos processos decisórios, apoiar o planejamento e a tomada de decisão, e orientar as ações voltadas à detecção precoce do câncer de mama (INCA, 2021).

A sistematização de dados relacionados ao câncer possui uma relevância, visto que estes dados podem gerar informações importantes relacionadas ao câncer, possibilitando subsídios para auxiliar o planejamento administrativo e, como consequência, melhorar o nível assistencial (FERREIRA *et al.*, 2020). O foco na integração dos sistemas e disponibilidade de informação na rede de atenção à saúde são considerados instrumentos determinantes, que tornam possível a comunicação entre os níveis de atendimento às necessidades da saúde da mulher.

A atuação das equipes da Atenção Básica tem o papel de estabelecer vínculo com a comunidade e população do território. O processo de identificação de situações de risco e vulnerabilidade, realização de busca ativa das mulheres e práticas educativas de conscientização da população são fundamentais para promover um cuidado contínuo, integral e organizado. E considerando o objetivo de garantir assistência adequada para as mulheres no âmbito da Atenção primária, incluindo a detecção precoce do câncer de mama, se faz necessário a implantação de protocolos e diretrizes e a definição de fluxos de acesso nos diferentes pontos da rede de atenção (INCA, 2015b).

Além de profissionais de apoio que devem atuar de forma interdisciplinar no cuidado à mulher em tratamento do câncer de mama, desenvolvendo atividades integradas, a fim de os

diferentes conhecimentos atuarem para a o bem-estar das mulheres (BRASIL, 2013b) (TOMASI *et al.*, 2011). Nesse entendimento, houve a inclusão a partir da discussão realizada na oficina de consenso do indicador “atuação interdisciplinar” e das medidas: participação de diferentes profissionais na organização das atividades educativas e apoio de equipe multiprofissional para usuárias em tratamento do câncer de mama.

Os profissionais de saúde que atuam na atenção básica também têm a atribuição de realizar ações educativas para a promoção da saúde e prevenção da saúde. Durante o mês de outubro, os serviços públicos de saúde promovem ações educativas e divulgam a oferta de exames de rastreamento. A campanha do outubro rosa foi outra temática discutida em oficina de consenso. Com isso, partindo do entendimento que a ação mobiliza a sociedade, serviços públicos e privados, profissionais de saúde, Organizações Não governamentais (ONG) na disseminação da informação sobre o câncer de mama foi acrescentado a ação Outubro Rosa no indicador “processo de trabalho da assistência à saúde da mulher”, na medida “realização de ações de educação em saúde para conscientização da população sobre a temática” (ASSIS, SANTOS, MIGOWSKI, 2020) (GUTIERREZ, ALMEIDA, 2017).

A detecção precoce consiste em ações de diagnóstico precoce e rastreamento. Nessa análise os indicadores “diagnóstico precoce do câncer de mama” e “rastreamento”, desse modo busca-se o diagnóstico precoce do câncer de mama nas fases iniciais e mensurar a adesão às diretrizes técnicas do Ministério da Saúde. Nesse sentido, a proposta dessa estratégia não é ensinar um método de rastreamento, mas sim qualificar a demanda das mulheres por assistência médica, valorizando o autoconhecimento e a identificação precoce dos sinais de alerta para o câncer de mama em situações cotidianas (MIGOWSKI *et al.*, 2018).

Para a emissão do juízo de valor da matriz desenvolvida, para cada indicador, dimensão será calculada somatória da pontuação máxima obtida dividida pela pontuação máxima esperada multiplicado por 100, considerando-se os seguintes pontos de corte: crítico: < 25%; incipiente: entre 26 a 50%; parcialmente adequado: entre 51 a 75% e adequado: > 75%. Tais percentuais propostos para cada componente da MAJ permitem avaliar o grau de adequação das ações de detecção precoce do câncer de mama na APS.

O estudo de avaliabilidade auxilia na compreensão do funcionamento das ações e indicar os ajustes a serem realizados. Contudo, este trabalhou apresentou limitações, tais como o fato de ocorrer em um período pandêmico pelo sars-cov-2, o que dificultou o contato e a realização das entrevistas e envolvimento com os diferentes atores do processo. Peça fundamental da avaliação, pois promove um debate e uma ampla visão de todo o andamento do programa.

Houve um número reduzido de especialistas contando com a maior participação de formação acadêmica, o que pode deixar de contemplar outras realidades trazidas pelas experiências do serviço em saúde. Em contrapartida, procurou na revisão bibliográfica utilizar documentos nacionais de diferentes regiões do país, e internacionais contrastando diferentes realidades.

Além disso, observa-se a complexidade na construção de um modelo avaliativa as ações de detecção precoce do câncer de mama pela heterogeneidade das produções científicas sobre a temática. E apesar dos avanços, as diretrizes nacionais não são seguidas conforme o recomendado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do Estudo de Avaliabilidade sobre as ações de detecção precoce do câncer de mama na atenção primária possibilitou um aprofundamento sobre a temática e a relação entre seus componentes, proporcionando a compreensão do funcionamento das ações e ampliação do conhecimento sobre os processos que estão inferidos e aprimorá-los. Os resultados obtidos mostram que as ações de detecção precoce do câncer de mama na APS são passíveis de serem avaliadas. A obtenção do juízo de valor das dimensões propostas, considerando os contextos que estão inseridos, poderá fornecer apoio para a tomada de decisão dos gestores e profissionais atuantes das equipes de saúde, identificando pontos de fragilidades a serem priorizados para o resultado esperados.

## REFERÊNCIAS

ASSIS, M., SANTOS, R.O.M.; MIGOWSKI, A. Detecção precoce do câncer de mama na mídia brasileira no Outubro Rosa. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, E300119, 2020.

BARBOSA, Y.C.; OLIVEIRA, A.G.C.; RABELO, P.P.C.; SILVA, F.S.; SANTOS, A.M. Fatores associados à não realização de mamografia: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, E190069, 2019.

BRANDÃO, A. L. R. B. S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência e Saúde coletiva**, v.18, n.1, p.103-224, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2 ed. – 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13). 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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). 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 160p.

BRASIL. Portaria MS/GM Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Ministério da Saúde: Brasília, 2006.

BRASIL. Portaria MS/GM Nº 483 de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Ministério da Saúde: Brasília, 2014.

BRASIL. Portaria MS/GM Nº 3.394 de 30 de dezembro de 2013. Institui o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde: Brasília, 2013.

BRAY, F.; FERLAY, J.; SOERJOMATARAM, I.; SIEGEL, R.L.; TORRE, L.A.; JEMAL, A. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. **Cancer Journal Clinical**, v. 0, n. 0, p. 1-31, 2018.

BROUSSELLE A., CHAMPAGNE F., CONTANDRIOPOULOS A.P., HARTZ Z., organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

FERREIRA, D.S.; BERNARDO, F.M.S.; COSTA, E.C.; MACIEL, N.S.; COSTA, R.L.; CARVALHO, C.M.L. Conhecimento, atitude e prática de enfermeiros na detecção do câncer de mama. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 2, p. 1-9, 2020.

GOLDMAN, R.E.; FIGUEIREDO, E.N.; FUSTINONI, S. M.; SOUZA, K.M.J.; ALMEIDA, A.M.; GUTIÉRREZ, M.R. Brazilian Breast Cancer Care Network: the perspective of health managers. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 1, p. 274-281, 2019.

GUTIERREZ, M.G.R.; ALMEIDA, A.M. Outubro Rosa. Editorial. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 5, 2017.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Estimativa 2020: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2019. 120p.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2015a. 168 p.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Informativo Detecção Precoce**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2015b. 12p.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Qualidade dos dados do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) – 2016 a 2020 (Relatório). Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2021. 8p.

MEDINA, M.G.; SILVA, G.A.P.; AQUINO, R.; HARTZ, Z.M.A. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. orgs. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 41-63.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. 1. ed. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512p.

MIGOWSKI, A.; DIAS, M.B.K.; NADANOVSKY, P.; SILVA, G.A.; SANT'ANA, D.R.; STEIN, A.T. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. III - Desafios à implementação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, e00046317, 2018.

OHL, I.C.B.; OHL, R.I.B.; CHAVAGLIA, S.R.R.; GOLDMAN, R.E. Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 4, p. 793-803, 2016.

OLIVEIRA, R.D.P. Avaliação de estratégias para a detecção precoce do cancer de mama em mulheres atendidas na Atenção básica em saúde: enfoque na estrutura e processo do serviço. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, p. 116, 2019.

SOUZA, L.E.P.F.; SILVA, L.M.V.; HARTZ, Z.M.A. Conferência de Consenso sobre a imagem-objeto da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z.M.A. e VIEIRA DA SILVA, L.M. (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 65-102, 2005.

THURSTON, W. E.; RAMALIU, A. Evaluability assessment of survivors of torture program: lessons learned. **Canadian Journal of Program Evaluation**, v. 20, n. 2, p. 1-25, 2005.

THURSTON, W.E.; POTVIN, L. Evaluability Assessment: a tool for incorporating evaluation in social change programmes. *Evaluation*, v. 9, n. 4, p. 453-469, out. 2003.

TOMASI, E.; FACCHINI, L.A.; THUME, E.; PICCINI, R.X.; OSORIO, A.; SILVEIRA, D.S.; SIQUEIRA, F.V.; TEIXEIRA, V.A.; DILELIO, A.S.; MAIA, M.F.S. Características da



utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.11, p.4395-4404, 2011.

TRALDI, M.C.; GALVAO, P.; MORAIS, S.S.; FONSECA, M.R.C.C. Demora no diagnóstico de câncer de mama de mulheres atendidas no Sistema Público de Saúde. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 185-191, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: module 3: early detection. Geneva, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer control: knowledge into action: WHO Guide to cancer early diagnosis. Geneva: World Health Organization; 2017.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade de qualificação das ações de detecção precoce do câncer de mama na APS conforme a recomendação do Ministério da Saúde ainda representa um desafio. Espera-se com esses resultados, aprofundar para uma discussão crítica que envolva a APS como ator central na rede de atenção à saúde de combate ao câncer, além de sinalizar estratégias para que as ações de detecção precoce ocorram com efetividade.

O estudo de avaliabilidade das ações de detecção precoce do câncer de mama na APS, conforme descrito, foi considerado um programa suscetível de avaliação. Pois foi possível elencar os elementos que constituem o programa, elaborar indicadores e medidas que além de permitir a ampliação do conhecimento do objeto, também possibilita o aprimoramento das atividades desenvolvidas.

O presente estudo de avaliabilidade possibilitou a construção dos modelos teóricos, lógicos, e a construção da matriz de análise e julgamento, que apoiou na escolha dos indicadores e medidas. E, também contou com a participação de outros atores envolvidas nas ações de combate ao câncer de mama.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSIS, M., SANTOS, R.O.M.; MIGOWSKI, A. Detecção precoce do câncer de mama na mídia brasileira no Outubro Rosa. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, E300119, 2020.
- AUTIER, P.; MATHIEU, B. Mammography screening: a major issue in medicine. **European Journal of Cancer**, v. 90, p. 34-62, 2018.
- BARBOSA, Y.C.; OLIVEIRA, A.G.C.; RABELO, P.P.C.; SILVA, F.S.; SANTOS, A.M. Fatores associados à não realização de mamografia: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, E190069, 2019.
- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- BENITO, L.; ESPINOSA, J.; BINEFA, G.; VIDAL, C.; LIUCH, M.T.; PUIG, M.; FERNANDEZ, M.; PADROL, I.; GARCIA, M. Population-Based cancer screening: measurement of coordination and continuity care. **Cancer Nursing**, v. 0, n. 0, 2017.
- BEZERRA, L.C.A.; CAZARIN, G.; ALVES, C.K.A. Modelagem de Programas: da teoria à operacionalização. In: SAMICO, I. et al. (org.). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, p. 65-78. 2010.
- BRANDÃO, A. L. R. B. S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência e Saúde coletiva**, v.18, n.1, p.103-224, 2013.
- BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. 27p
- BRASIL. Ministério da Saúde. Controle do Câncer – Documento de Consenso. 2004. 39p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Ação para o Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama/2005 – 2007 - Diretrizes estratégicas. Brasília, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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). 2013b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2 ed. – 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13). 2013a. Acesso em: 27 jun.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 1 ed. – 95 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). 2010. Acesso em: 23 ago.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 160p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 137p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Viva Mulher: Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo Uterino e de Mama. Rio de Janeiro: Pro-Onco, 1997.

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

BRASIL. Portaria MS/GM Nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005. Ministério da Saúde: Brasília, 2005.

BRASIL. Portaria MS/GM Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Ministério da Saúde: Brasília, 2006.

BRASIL. Portaria MS/GM Nº 531, de 26 de março de 2012. Ministério da Saúde: Brasília, 2012.

BRASIL. Portaria MS/GM Nº 483 de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Ministério da Saúde: Brasília, 2014.

BRASIL. Portaria MS/GM Nº 3.394 de 30 de dezembro de 2013. Institui o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde: Brasília, 2013.

BRASIL. Portaria MS/SAS Nº 779, de 31 de dezembro de 2008. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde: Brasília, 2008.

BRAY, F.; FERLAY, J.; SOERJOMATARAM, I.; SIEGEL, R.L.; TORRE, L.A.; JEMAL, A. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. **Cancer Journal Clinical**, v. 0, n. 0, p. 1-31, 2018.

BROUSSELLE A., CHAMPAGNE F., CONTANDRIOPOULOS A.P., HARTZ Z., organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

CECILIO, A.P.; TAKAKURA, E.T.; JUMES, J.J.; SANTOS, J.W.; HERRERA, A.C.; VICTORINO, V.J.; PANIS, C. Breast cancer in Brazil: epidemiology and treatment challenges. **Breast Cancer: Targets and Therapy**, p. 43-49, jan. 2015.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.24, sup. 1, p. 7-27, 2008.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos In: HARTZ, Z. M. A. (Ed.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programa**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2002. p.29-47.

CORREA, C.S.L.; PEREIRA, L.C.; LEITE, I.C.G.; FAYER, V.A.; GUERRA, M.R.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M.T. Rastreamento do câncer de mama em Minas Gerais: avaliação a partir dos dados dos sistemas de informações do Sistema único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 26, n. 3, p. 481-492, 2017.

FAYER, V.A.; GUERRA, M.R.; NOGUEIRA, M.C.; CORREA, C.S.L.; CURY, L.C.P.B.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M.T. Controle do câncer de mama no estado de São Paulo: uma avaliação do rastreamento mamográfico. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, n. 1, p. 140-152, 2020.

FEDEWA, S.A.; EDGE, S.B.; STEWART, A.K.; HALPERN, M.T.; MARLOW, N.M.; WARD, E.M. Race and ethnicity are associated with delays in breast cancer treatment (2003-2006). **J Health Care Poor Underserved**, v. 22, n. 1, p.128-41, 2011.

FERREIRA, D.S.; BERNARDO, F.M.S.; COSTA, E.C.; MACIEL, N.S.; COSTA, R.L.; CARVALHO, C.M.L. Conhecimento, atitude e prática de enfermeiros na detecção do câncer de mama. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 2, p. 1-9, 2020.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P.; BIFF, D. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência e Saúde coletiva**, v.20, n.6, p.1869-1878, 2015.

FIGUEIREDO, F.W.S.; ALMEIDA, T.C.C.; SCHOUERI, J.H.M.; LUISI, C.; ADAMI, F. Association between primary care coverage and breast cancer mortality in Brazil. **Plos One**, v. 13, n. 8, p. 1-10, 2018.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 8, :e00029818, 2018.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; ALMEIDA, R.F.; ESCOREL, S.; SENNA, M.C.M.; FAUSTO, M.C.R.; DELGADO, M.M.; ANDRADE, C.L.T.; CUNHA, M.S.; MARTINS, M.I.C.; TEIXEIRA, C.P. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GOLDMAN, R.E.; FIGUEIREDO, E.N.; FUSTINONI, S. M.; SOUZA, K.M.J.; ALMEIDA, A.M.; GUTIÉRREZ, M.R. Brazilian Breast Cancer Care Network: the perspective of health managers. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 1, p. 274-281, 2019.

GONÇALVES, J.G.; SIQUEIRA, A.S.E.; ROCHA, I.G.A.; LIMA, E.F.F.; ALVES, L.S.; SILVA, B.O.; MENDONÇA, P.E.X.; MERHY, E.E.; LAND, M.G.P. Evolução histórica das políticas públicas para o controle do câncer de mama no Brasil. **Revista de Saúde Coletiva e Bioética**, v. 08, n. 1, p. 1-23, 2016.

GONÇALVES, L.L.C.; TRAVASSOS, G.L.; ALMEIDA, A.M.; GUIMARAES, A.M.D.N.; GOIS, C.F.L. Barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama: percepção de mulheres. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 3, p. 394-400, 2014.

GUERRERO, V. G.; BAEZ, A. F.; GONZALEZ, C. G. C.; GONZALEZ, C. G. M. Monitoring modifiable risk factors for breast cancer: na obligation for health professionals. **Revista Panamericana de Salud Pública** v. 41, 2017.

HANKINSON, S.E.; POLIAK, K.; GARBER, J.E.; ANDERSON, B.O.; MCCORMARK, V. Breast Cancer: multiple, often complex, risk factors. In: WILD, C.P; WEIDERPASS, E.; STEWART, B.W. World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, p. 382-393, 2020.

IBACACHE, A.B.S. **Avaliação do rastreamento do câncer de mama na Atenção Primária em Saúde nos municípios do Estado de Santa Catarina**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 85p. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional de saúde: 2019 informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 85p.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Estimativa 2020: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2019a. 120p.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2019b. 85p.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2015a. 168 p.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Informativo Detecção Precoce**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2015b. 12p

INUMARU, L.E.; SILVEIRA, E.A.; NAVES, M.M.V. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 7, p. 1259-70, 2011.

JUNG, W.; KIELING, E.F.; KUNZLER, I.M.; LAZZARI, D.D.; NASCIMENTO, E.R.P.; ALVES, D.L.F. (2014). Fatores de risco para câncer de mama no setor calçadista. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 28, n. 2, 2014.

KEENEY, S.; HASSON, F.; MCKENNA, H. **The Delphi technique in nursing and health research**. 1. ed. Oxford: United Kingdom, 2011.

KNUPP, V.M.A.O. **Rastreamento do Câncer de Mama no Brasil: um estudo de padrões espaciais**. Tese (Doutorado em Enfermagem e Biociências). Centro de Ciências Biológicas e de Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 157p. 2016.

LEE, B.L.; LIEDKE, P.E.R.; BARRIOS, C.H.; SIMON, S.D.; FINKELSTEINS, D.M.; GOSS, P.E. Breast cancer in Brazil: present status and future goals. **Lancet Oncol**, v. 13, p. 95-102, 2012.

MANDRIK, O.; ZIELONKE, N.; MEHEUS, F.; SEVERENS, J.L.; GUHA, N.; ACOSTA, R.H.; MURILLO, R. Systematic reviews as a “lens of evidence”: determinants of benefits and harms of breast cancer screening. **International journal of cancer**, v. 145, n. 4, p.994-1006, 2019.

MEDEIROS, G.C.; BERGMANN, A.; AGUIAR, S.S.; THULER, L.C.S. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1269-1282, 2015.

MELO, F.B.B.; MARQUES, C.A.V.; ROSA, A.S.; FIGUEIREDO, E.N.; GUTIERREZ, M.G.R. 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. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. 1. ed. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512p.

MIGOWSKI, A.; DIAS, M.B.K.; NADANOVSKY, P.; SILVA, G.A.; SANT’ANA, D.R.; STEIN, A.T. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. III - Desafios à implementação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, e00046317, 2018.

MIQUILIN, I.O.C.; MARIN-LEON, L.; MONTEIRO, M.I.; FILHO, H.R.C. Desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 7, p. 1392-1406, 2013.

MORAES, D.C.; ALMEIDA, A.M.; FIGUEIREDO, E.N.; LOYOLA, E.A.C.; PANOBIANCO, M.S. Rastreamento oportunístico do câncer de mama desenvolvido por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Rev Esc Enfermagem**, v. 50, n. 1, p. 14-21, 2016.

OHL, I.C.B.; OHL, R.I.B.; CHAVAGLIA, S.R.R.; GOLDMAN, R.E. Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 4, p. 793-803, 2016.

OLIVEIRA, E.X.G.; MELO, E.C.P.; PINHEIRO, R.S.; NORONHA, C.P.; CARVALHO, M.S. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do cancer de mama. **Cad Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 317-326, 2011.

OLIVER, K.; INNVAR, S.; LORENC, T.; WOODMAN, J.; THOMAS, J. A systematic review of barriers to and facilitators of the use of evidence by policymakers. **BMC health services research**, v. 14, n. 2, p. 1-12, 2014.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet series**, p. 11-31, 2011.

PAIM, J.S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-573.

PINHEIRO, C.P.O.; SILVA, R.M.; BRASIL, C.C.P.; BEZERRA, I.C.; CAVALCANTE, A.N.M.; ALEXANDRE, A.V.; CRUZ, C.A. Procrastinação na detecção precoce do cancer de mama. **Rev Bras Enfermagem**, v. 72, suppl. 3, p. 237-44, 2019.

PROLLA, C.M.D.; SILVA, O.S.; OLIVEIRA, N.C.B.; GOLDIM J.R.; ASHTON-PROLLA, P. Knowledge about breast cancer and hereditary breast cancer among nurses in a public hospital. **Rev Latino Am Enferm**, v. 23, n. 1, p. 90-7, 2015.

ROGERS, W.A. Analysing the ethics of breast cancer overdiagnosis: a pathogenic vulnerability. **Med Health Care and Philos**, v. 22, p. 129-140, 2018.

SANTOS, R.O.M.; RAMOS, D.N.; MIGOWSKI, A. Barreiras na implementação das diretrizes de detecção precoce dos cânceres de mama e colo do útero no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 4, p. 1-21, 2019.

SELBY, K.; BARTLETT-ESQUILANT, G.; CORNUZ, J. Personalized cancer screening: helping primary care rise to the challenge. **Public Health Reviews**, v. 39, n. 4, p. 1-8, 2018.

SHARMA, K.; COSTAS, A.; SHULMAN, L.N.; MEARA, J.G. A Systematic Review of Barriers to Breast Cancer Care in Developing Countries Resulting in Delayed Patient Presentation. **Journal of Oncology**, v. 2012, p. 1-8, 2012.

SILVA, G.A.; SOUZA-JUNIOR, P.R.B.; DAMACENA, G.N.; SZWARCOWALD, C.L. Early detection of breast cancer in Brazil: data from the national health survey, 2013. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 1, p. 1-9, 2017.

SILVA, G.A.; TEIXEIRA, M. T. B; AQUINO, E. M. L; TOMAZELLI, J. G; SILVA, I. S. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 7, p. 1537-50, 2014.

SOUZA, L.E.P.F.; SILVA, L.M.V.; HARTZ, Z.M.A. Conferência de Consenso sobre a imagem-objeto da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z.M.A. e VIEIRA DA SILVA, L.M. (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na



avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 65-102, 2005.

SUMAR, N.; FAUSTO, M.C.R. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. **J Manag Prim Health Care**, v. 5, n. 2, p. 202-212, 2014.

THORNTON, H.; PILLARISSETTI, R.R. 'Breast awareness' and 'breast self-examination' are not the same. What do these terms mean? Why are they confused? What can we do? **European Journal of Cancer**, v. 44, n. 15, p. 2118-21, 2008.

THURSTON, W. E.; RAMALIU, A. Evaluability assessment of survivors of torture program: lessons learned. **Canadian Journal of Program Evaluation**, v. 20, n. 2, p. 1-25, 2005.

THURSTON, W.E.; POTVIN, L. Evaluability Assessment: a tool for incorporating evaluation in social change programmes. *Evaluation*, v. 9, n. 4, p. 453-469, out. 2003.

TOMASI, E.; FACCHINI, L.A.; THUME, E.; PICCINI, R.X.; OSORIO, A.; SILVEIRA, D.S.; SIQUEIRA, F.V.; TEIXEIRA, V.A.; DILELIO, A.S.; MAIA, M.F.S. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.11, p.4395-4404, 2011.

TOMAZELLI, J.G.; MIGOWSKI, A.; RIBEIRO, C.M.; ASSIS, M.; ABREU, D.M.F. Assessment of actions for breast cancer early detection in Brazil using process Indicators: a descriptive study with Sismama data, 2010-2011. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 26, n. 1, p. 1-10, 2017.

TOMAZELLI, J.G.; SILVA, G.A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: uma avaliação da oferta e utilização da rede assistencial do Sistema Único de Saúde no período 2010-2012. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 26, n. 4, p. 713-724, 2017.

TRALDI, M.C.; GALVAO, P.; MORAIS, S.S.; FONSECA, M.R.C.C. Demora no diagnóstico de câncer de mama de mulheres atendidas no Sistema Público de Saúde. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 185-191, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: module 3: early detection. Geneva, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO position paper on mammography screening. Geneva, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer control: knowledge into action: WHO Guide to cancer early diagnosis. Geneva: World Health Organization; 2017.

YOULDEN, D.R.; CRAMB, S.M.; DUNN, N.A.M.; MULLER, J.M.; PYKE, C.M.; BAADE, P.D. The descriptive epidemiology of female breast cancer: an international comparison of screening, incidence, survival and mortality. **Cancer Epidemiology**, v. 36, n. 3, p. 237-248, 2012.

## ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A Avaliabilidade das ações de detecção precoce do câncer de mama na Atenção Primária à Saúde

**Pesquisador:** Claudia Flemming Colussi

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 48419021.0.0000.0121

**Instituição Proponente:** CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.944.137

#### Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado, "A Avaliabilidade das ações de detecção precoce do câncer de mama na Atenção Primária à Saúde", tem como objetivo principal de desenvolver um Estudo de Avaliabilidade sobre as ações de detecção precoce do câncer de mama na Atenção Primária à Saúde. Serão utilizados documentos disponíveis sobre a política, revisão da literatura, entrevistas, modelagem de políticas e programas e conferência de consenso. Este estudo terá como produto um modelo teórico-lógico que reúne elementos contextuais, atividades e processos de trabalho, além de fornecer uma proposta de matriz para ser utilizada em avaliações posteriores.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Desenvolver um Estudo de Avaliabilidade sobre as ações de detecção precoce do câncer de mama na Atenção Primária à Saúde.

**Objetivo Secundário:**

Descrever as ações voltadas a detecção precoce do câncer de mama na Atenção Primária à Saúde.

Propor um modelo de avaliação das ações de detecção precoce do câncer de mama na Atenção Primária à Saúde.

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400

**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS

**Telefone:** (48)3721-4094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Protocolo: 4.644.137

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

As atividades desta pesquisa podem expor todos os participantes, de todos os grupos, à: cansaço, desconforto, constrangimento, fadiga, aborrecimento, dentre outros incômodos. Neste caso, o participante é livre para decidir sobre a continuidade ou interrupção da participação na pesquisa a qualquer momento, sendo assegurada assistência imediata por meio de ressarcimento financeiro, ou indenização, a fim de reparar o dano material ou imaterial, devidamente comprovado e causado durante a pesquisa (conforme legislação vigente). Como também, as eventuais despesas decorrentes das atividades dessa pesquisa, alimentação, transporte ou outros gastos, poderão ser devidamente ressarcidos, não representando ônus aos participantes.

**Benefícios:**

Os benefícios de contribuir com este trabalho serão a possibilidade de avaliar as ações de detecção precoce do câncer de mama de acordo com os indicadores construídos coletivamente. E, proporcionará um maior conhecimento sobre as ações de detecção precoce do câncer de mama, permitindo realizar uma avaliação situacional.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta pertinência, fundamentação bibliográfica e uma vez obtido os dados conclusivos proporcionará uma visão mais abrangente sobre o tema proposto.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os documentos estão de acordo com as solicitações do CEPISH.

**Recomendações:**

Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O CEPISH dá ciência das alterações realizadas nos TCLEs a serem aplicados aos "usuários" e "profissionais de saúde" não havendo inadequações, ou óbices a realização da pesquisa.

\* A pesquisa apresenta relevância e uma vez obtido os "dados conclusivos" solicitamos

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** csp.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.664.137

apresentação do relatório final com as propostas que beneficiem as usuárias no atendimento da Atenção Primária à Saúde.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMações BÁSICAS DO PROJETO_1741718.pdf	19/08/2021 22:25:18		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_RafaelaKramm_revisado.docx	19/08/2021 22:25:04	Rafaela Kramm	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Apendice_C.docx	19/08/2021 22:24:49	Rafaela Kramm	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Apendice_B.docx	19/08/2021 22:24:28	Rafaela Kramm	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_RafaelaKramm.pdf	15/06/2021 15:43:58	Rafaela Kramm	Aceito
Outros	anuencia_PMF.pdf	04/06/2021 10:41:45	Rafaela Kramm	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 31 de Agosto de 2021

Assinado por:  
Luciana C Antunes  
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

## ANEXO 2 – NORMAS DA REVISTA SAÚDE EM DEBATE PARA SUBMISSÃO DO ARTIGO

### Diretrizes para Autores - Revista Saúde em Debate

*Instruções aos autores para preparação e submissão de artigos*

ATUALIZADAS EM AGOSTO DE 2021

#### ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista ‘Saúde em Debate’, criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão e a avaliação em saúde. Valorizam-se estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

#### ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo *site*: [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br). Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

#### Modalidades de textos aceitos para publicação

1. **Artigo original:** resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.
2. **Ensaio:** análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.
3. **Revisão sistemática ou integrativa:** revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.
4. **Artigo de opinião:** exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.
5. **Relato de experiência:** descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.
6. **Resenha:** resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de

seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

7. **Documento e depoimento:** trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

**Importante:** em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

### **Preparação e submissão do texto**

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

### **O texto deve conter:**

**Título:** que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

**Resumo:** em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

**Palavras-chave:** ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br).

**Registro de ensaios clínicos:** a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

**Ética em pesquisas envolvendo seres humanos:** a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#), de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, no último parágrafo, na seção de 'Material e métodos', o

cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

**Introdução:** com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

**Material e métodos:** descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

**Resultados e discussão:** podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

**Conclusões ou considerações finais:** que depende do tipo de pesquisa realizada;

**Referências:** devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como ‘Estilo de Vancouver’). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (<https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/178>) elaborado pela editoria do Cebes.

## OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: ‘porta de entrada’; ‘Saúde em Debate’. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

## **Informações sobre os autores**

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

## **Financiamento**

Os trabalhos científicos, quando financiados, devem identificar a fonte de financiamento. A revista 'Saúde em Debate' atende à Portaria nº 206 de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre citação obrigatória da Capes para obras produzidas ou publicadas, em qualquer meio, decorrentes de atividades financiadas total ou parcialmente pela Capes.

## **OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.**

### **1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais**

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar a declaração conforme modelo disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/147>

### **2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

## **DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO**

### **1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical**

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

### **2. Declaração de tradução**

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.



## APÊNDICE A

### Roteiro da entrevista

Você foi convidado a participar de uma entrevista que faz da pesquisa intitulada “**A Avaliabilidade das ações de detecção precoce do câncer de mama na Atenção Primária à Saúde**”. Esta pesquisa objetiva reunir informações sobre de que maneira as ações de detecção precoce do câncer de mama nos serviços da rede de atenção à saúde. O uso do resultado desta entrevista somente será utilizado posteriormente a sua autorização pelo TCLE, a entrevista será gravada em áudio e vídeo de modo a evitar qualquer tipo de alteração das informações, e depois da entrevista, o que foi gravado será transcrito. Você poderá ter acesso a qualquer informação que desejar e no momento que solicitar será fornecido para você.

Identificação do Grupo de interesse:

Trabalhador do serviço ( )

Membros da gestão ou Coordenador de serviço ( )

Usuário do serviço ( )

1 - Você pode falar sobre sua experiência com serviços de saúde e as ações de detecção precoce do câncer de mama?

2 - Dentre as ações de: diagnóstico precoce (conscientização do público-alvo/alerta de sinais e sintomas/confirmação diagnóstica) quais são fragilidades e as potencialidades que você percebe nos serviços que você frequenta/atua?

3 - Dentre as ações de: rastreamento (mamografia/exame clínico das mamas/autoexame das mamas) quais são fragilidades e as potencialidades que você percebe nos serviços que você frequenta/atua?

4 - O que para você é algo que deveria ser transformado nos serviços em relação as ações de detecção precoce do câncer de mama? Gostaria de comentar ou acrescentar sobre algo que não foi contemplado durante a entrevista?

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) USUÁRIO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Eu, Rafaela Krann, o (a) convido para participar voluntariamente do projeto de pesquisa intitulado “**A Avaliabilidade das ações de detecção precoce do câncer de mama na Atenção Primária à Saúde**”, como parte de uma dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, de responsabilidade minha e da prof<sup>a</sup>. Dra. Claudia Flemming Colussi. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Peça orientação quantas vezes for necessário para esclarecer todas as suas dúvidas. A proposta deste TCLE é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

Por medidas de segurança adotadas na contenção da pandemia, a pesquisa ocorrerá no formato on-line. Sendo assim, os participantes serão contatados por telefone e/ou endereço eletrônico pela pesquisadora e será ofertada a possibilidade de participação na pesquisa, bem como, a possibilidade de recusa e/ou desistência em qualquer etapa do estudo. Mediante aceite de participação, será enviado o Termo de TCLE através de link por meio eletrônico (plataforma do Google Formulários) que será registrado e salvo, concluindo o aceite do participante. O encontro virtual será agendado respeitando a disponibilidade do participante e da pesquisadora, e serão retomados os objetivos da pesquisa, bem como esclarecidas dúvidas com relação aos procedimentos e assegurando o sigilo da entrevista. Dessa forma, acredita-se que o uso da tecnologia auxiliará a pesquisa na medida em que visa trazer flexibilidade e diálogo com os participantes, assim como respeito pelas questões éticas e de sigilo. O aplicativo utilizado será o Google Meet. Será enviado um link para o participante que dará acesso a sala virtual que ocorrerá a entrevista.

O objetivo principal desta pesquisa é desenvolver um estudo de avaliabilidade sobre as ações de detecção precoce do câncer de mama na Atenção Primária à Saúde, a partir do qual pretende-se desenvolver uma metodologia de avaliação dos municípios em relação à detecção precoce do câncer de mama nos serviços públicos de saúde. A entrevista será gravada em formato de áudio e vídeo para posterior transcrição das informações na íntegra. Você não é obrigado a responder todas as perguntas e poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ser prejudicado por isso. Não há respostas certas ou erradas, pois o que importa é como você compreende os assuntos abordados. As pesquisadoras responsáveis pelo estudo irão analisar as informações passadas por você através de seu relato nas entrevistas. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento ser divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Você tem direito de acesso às suas respostas e caso queira alterá-las poderá fazer. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar participar desse estudo, rubricue todas as folhas e assine ao final deste documento, o qual

poderá ser impresso se assim o desejar. As folhas também terão sido rubricadas e assinadas pelas pesquisadoras, na última página. Este documento tem 2 (duas) vias e 1 (uma) delas é sua. A outra ficará com as pesquisadoras responsáveis. Em caso de recusa, você não será penalizado de forma alguma.

Com relação aos benefícios proporcionados pela presente pesquisa, será possível proporcionar à pesquisadora compreender melhor como está ocorrendo as ações de detecção precoce do câncer de mama nos serviços de saúde, o que pode subsidiar ações para sua melhoria. No que se refere aos benefícios indiretos, a médio e longo prazo, considera-se a possibilidade de os dados obtidos neste estudo proporcionarem conhecimentos científicos e subsídios teóricos e práticos à área da saúde coletiva no que se refere a temática da avaliação em saúde, ações de detecção precoce do câncer de mama, resguardado o sigilo das informações dos participantes. Dentre os riscos, considerados mínimos, identificam-se possíveis constrangimentos ao expor suas vivências pessoais e percepções, a mobilização emocional frente aos conteúdos abordados nas questões da entrevista, o tempo despendido durante a coleta de dados, além de cansaço e falta de motivação para participar do estudo. Além dos riscos já mencionados, há a possibilidade do risco de quebra de sigilo. Neste sentido, salienta-se que, como medida de proteção, todos os dados coletados serão analisados em caráter científico, portanto, serão registrados sem menção aos dados de identificação do participante. Todos os documentos relativos à pesquisa serão guardados em local restrito pelo prazo de 5 (cinco) anos, sem dados que possibilitem a identificação dos participantes. Contudo, apesar da consciência da possibilidade destes riscos existirem, esta pesquisa buscará trabalhar de forma a evitar a sua ocorrência. Se você se sentir prejudicado moralmente ou materialmente durante a realização do estudo, em decorrência da sua participação, sendo o dano devidamente comprovado como decorrente dessa pesquisa, você poderá requerer indenização, devendo essa ser paga pelas pesquisadoras, de acordo com a legislação vigente, conforme estabelecido pela Resolução CNS 466/12.

As pesquisadoras serão responsáveis pela guarda e confidencialidade de todos os dados coletados, assim como pelo sigilo da sua identidade e de todos que aceitarem participar da pesquisa. Elas serão as únicas com acesso a essas informações, e tomarão todas as providências necessárias para manter o seu sigilo. Desse modo, o risco de que a sua identidade venha a ser identificada é muito pequeno, uma vez que não há intenção de que isso ocorra e todos os cuidados serão tomados.

Vale ressaltar que tanto os seus dados de identificação, quanto a sua identidade serão mantidos em sigilo, apenas as pesquisadoras terão acesso. Caso os dados fornecidos necessitem ser utilizados em eventos ou artigo científico, serão adotados códigos de identificação ou nomes fictícios. Você poderá questionar ou solicitar informações sobre a pesquisa quando achar necessário, mesmo depois de realizada a entrevista, por meio do contato das pesquisadoras que constam no final deste documento. Não haverá nenhum custo a você relacionado a este estudo, bem como não haverá remuneração, pagamento ou recompensa pela sua participação, sendo ela totalmente livre. No entanto, caso existam eventuais despesas decorrentes da sua participação, como alimentação e transporte, estas serão ressarcidas integralmente pelos pesquisadores.

A presente pesquisa está baseada na Resolução CNS 466/12 e as pesquisadoras declaram expressamente que se comprometem a cumprir essa resolução e demais orientações do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH).

Contato das pesquisadoras:

- Pesquisadora responsável: professora orientadora Claudia Flemming Colussi.

Telefone: (48) 99156-0191

E-mail: claucolussi@hotmail.com

- Pesquisadora principal: mestranda Rafaela Krann.

Telefone: (55) 99906-0589

E-mail: rafaelakrann@yahoo.com.br

Você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), caso você tenha algum problema ou necessite mais informações. O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à UFSC, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. O órgão fica localizado no Prédio Reitoria II, Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, 4º andar, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400. Contatos: (48) 3721-6094, cep.propesq@contato.ufsc.br.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de tudo que foi mencionado e compreendido a natureza da pesquisa, assim como seus objetivos, riscos e benefícios, você deverá acessar o link do formulário abaixo, assim deixará implícito a sua concordância com o TCLE e seu aceite em participar desta pesquisa, dispensando assim assinatura, porém conservando, contudo, a transparência e rastreabilidade entre participante e pesquisador. Ou caso desejar poderá assinar o consentimento de participação no campo previsto para o seu nome e rubricar as demais páginas. Ao aceitar participar da pesquisa, você concorda com as informações registradas e autoriza a captação de imagem e gravação de voz para fins de pesquisa.

---

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, \_\_\_\_\_, li este documento (ou tive este documento lido por uma pessoa de confiança) e obtive todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade autorizar a utilização de depoimento da

pesquisa “A Avaliabilidade das ações de detecção precoce do câncer de mama na Atenção Primária à Saúde”.

Sim       Não

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

Link do TCLE: <https://forms.gle/824zVRjvGLBRHvnV7>

Afirmamos que o presente protocolo de pesquisa foi explicado para o participante acima por um dos pesquisadores, incluindo o propósito, os procedimentos a serem realizados, os possíveis riscos e potenciais benefícios associados à participação neste estudo. Houve tempo suficiente para dúvidas e todas as questões levantadas foram prontamente respondidas, sem exceções.

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Claudia Flemming Colussi  
Pesquisadora responsável

Mestranda Rafaela Krann  
Pesquisadora principal

## APÊNDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PROFISSIONAL DA SAÚDE

Eu, Rafaela Krann, o (a) convido para participar voluntariamente do projeto de pesquisa intitulado “**A Avaliabilidade das ações de detecção precoce do câncer de mama na Atenção Primária à Saúde**”, como parte de uma dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, de responsabilidade minha e da prof<sup>a</sup>. Dra. Claudia Flemming Colussi. A proposta deste TCLE é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo, por isso leia atentamente.

Após suas dúvidas serem explicadas, mediante aceite de participação, você terá que eletronicamente aceitar participar, desse modo será enviado o Termo de TCLE através de link por meio eletrônico (plataforma do Google Formulários) que será registrado e salvo, concluindo o aceite do participante. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Este documento possui duas vias, uma que ficará em sua posse e a outra para o pesquisador responsável, ambas deverão ser assinadas e rubricadas por todos os envolvidos. Você terá acesso ao seu registro de consentimento sempre que solicitado e poderá retirar a qualquer momento.

O objetivo principal desta pesquisa é desenvolver um estudo de avaliabilidade sobre as ações de detecção precoce do câncer de mama na Atenção Primária à Saúde, a partir do qual pretende-se desenvolver uma metodologia de avaliação dos municípios em relação à detecção precoce do câncer de mama nos serviços públicos de saúde.

Por medidas de segurança adotadas na contenção da pandemia, a pesquisa ocorrerá no formato on-line. Estas ocorrerão com data, hora e local previamente agendados, com registro audiovisual, em espaço virtual através da plataforma digital que priorize critérios éticos de acesso, sigilo e segurança, para preservar a integridade física e psicológica dos participantes desta pesquisa. Sendo assim, os participantes serão contatados por telefone e/ou endereço eletrônico pela pesquisadora e será ofertada a possibilidade de participação na pesquisa, bem como, a possibilidade de recusa e/ou desistência em qualquer etapa do estudo. O encontro virtual será agendado respeitando a disponibilidade do participante e da pesquisadora, e serão retomados os objetivos da pesquisa, bem como esclarecidas dúvidas com relação aos

procedimentos e assegurando o sigilo. O aplicativo utilizado será o Google Meet. Será enviado um link para o participante que dará acesso a sala virtual que ocorrerá a entrevista.

O benefício será proporcionar ao pesquisador um maior conhecimento sobre as ações de detecção precoce do câncer de mama, permitindo realizar uma avaliação situacional. Dessa maneira, a sua conduta e respostas não serão objeto de avaliação. O risco que você pode correr ao realizar a pesquisa é de ser identificado mesmo com todos os cuidados de sigilo adotados.

É garantido o sigilo de identidade aos participantes, as pesquisadoras se responsabilizam pela guarda e confidencialidade de todos os dados coletados, e elas serão os únicos com acesso e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo das informações. Desse modo o risco de que a identidade venha a público e cause constrangimento perante pessoas e instituições é praticamente nulo em razão dos cuidados na proteção da confidencialidade das informações. Sua participação será totalmente voluntária, ou seja, não irá receber nenhuma compensação financeira relacionada a participação, e não terá despesas pessoais. Caso você venha a sofrer danos comprovados decorrentes da participação nesta pesquisa, terá garantia de ressarcimento conforme os termos da legislação brasileira. Se você se sentir prejudicado moralmente ou materialmente durante a realização do estudo, em decorrência da sua participação, sendo o dano devidamente comprovado como decorrente dessa pesquisa, você poderá requerer indenização, devendo essa ser paga pelas pesquisadoras, de acordo com a legislação vigente, conforme estabelecido pela Resolução CNS 466/12.

As atividades desta pesquisa podem expor todos os participantes, de todos os grupos, à: cansaço, desconforto, fadiga, aborrecimento, dentre outros incômodos. Neste caso, você é livre a decidir sobre a continuidade ou interrupção da participação na pesquisa a qualquer momento. Você poderá se recusar a responder qualquer questão que traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo. Não haverá nenhum custo a você relacionado a este estudo, bem como não haverá remuneração, pagamento ou recompensa pela sua participação, sendo ela totalmente livre. No entanto, caso existam eventuais despesas decorrentes da sua participação, como alimentação e transporte, estas serão ressarcidas integralmente pelos pesquisadores. Os resultados serão avaliados pelas pesquisadoras, e qualquer consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, você poderá manter contato as pesquisadoras nos endereços ou pelos telefones disponibilizados antes, durante e após a realização da pesquisa.

A presente pesquisa atende às exigências contidas na Resolução CNS 466/12, que regulamenta pesquisas em seres humanos e que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa, e as pesquisadoras declaram expressamente que se comprometem a

cumprir essa resolução e demais orientações do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH). Os materiais e dados coletados serão fomentados exclusivamente para fins previstos no protocolo e para a publicação dos resultados, sejam eles favoráveis ou não.

Contato das pesquisadoras:

- Pesquisadora responsável: professora orientadora Claudia Flemming Colussi.

Telefone: (48) 99156-0191

E-mail: claucolussi@hotmail.com

- Pesquisadora principal: mestranda Rafaela Krann.

Telefone: (55) 99906-0589

E-mail: rafaelakrann@yahoo.com.br

Você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), caso você tenha algum problema ou necessite mais informações. O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à UFSC, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. O órgão fica localizado no Prédio Reitoria II, Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, 4º andar, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400. Contatos: (48) 3721-6094, cep.propesq@contato.ufsc.br.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de tudo que foi mencionado e compreendido a natureza da pesquisa, assim como seus objetivos, riscos e benefícios, você deverá acessar o link do formulário abaixo, assim deixará implícito a sua concordância com o TCLE e seu aceite em participar desta pesquisa, dispensando assim assinatura, porém conservando, contudo, a transparência e rastreabilidade entre participante e pesquisador. Ou caso desejar poderá assinar o consentimento de participação no campo previsto para o seu nome e rubricar as demais páginas. Ao aceitar participar da pesquisa, você concorda com as informações registradas e autoriza a captação de imagem e gravação de voz para fins de pesquisa.

---



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, \_\_\_\_\_, li este documento (ou tive este documento lido por uma pessoa de confiança) e obtive todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade autorizar a utilização de depoimento da pesquisa “**A Avaliabilidade das ações de detecção precoce do câncer de mama na Atenção Primária à Saúde**”.

Sim       Não

\_\_\_\_\_

Assinatura do participante

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Data

Link do TCLE: <https://forms.gle/WBJu3rcch37LAah68>

Afirmamos que o presente protocolo de pesquisa foi explicado para o participante acima por um dos pesquisadores, incluindo o propósito, os procedimentos a serem realizados, os possíveis riscos e potenciais benefícios associados à participação neste estudo. Houve tempo suficiente para dúvidas e todas as questões levantadas foram prontamente respondidas, sem exceções.

Profª Drª Claudia Flemming Colussi  
Pesquisadora responsável

Mestranda Rafaela Krann  
Pesquisadora principal

## APÊNDICE D

Quadro 2 Matriz de Análise e Julgamento das ações de detecção precoce do câncer de mama na APS.

	Indicador	Justificativa	Medidas	Parâmetro	Fonte	Parâmetro
Dimensão Político organizacional	Suficiência de profissional	A integralidade de profissionais de saúde viabiliza o desenvolvimento das ações de detecção precoce do câncer de mama com qualidade de acordo com as necessidades das mulheres. E para que a atenção seja realizada adequadamente, a suficiência da carga horária dos profissionais de saúde auxilia na efetivação do cuidado.	Percepção da coordenação da UBS sobre a suficiência da carga horária dos profissionais que atuam na UBS (Médico e enfermeiro)	Satisfatório (10pts) Parcial (5pts) Insatisfatório (0pts)	Coordenação da unidade	Adequado > 75% Parcialmente adequado 51% a 75% Incipiente 25 a 50% Crítico < 25%  Pontuação máxima: 40
			Percepção da coordenação da UBS sobre o horário de funcionamento da UBS	Satisfatório (10pts) Parcial (5pts) Insatisfatório (0pts)		
			*O horário está adequado a necessidade de saúde da população do território			
			Percentual da completude das equipes que atuam na UBS no município	Transformação do percentual de equipes completas no município em escore seguindo a proporção (100%=10pts).		
			Percentual de cobertura das equipes no município	Transformação do percentual de cobertura das equipes no município em escore seguindo a proporção (100%=10pts).		
Dimensão Político organizacional	Qualificação profissional	A qualificação profissional está relacionada à boa prática clínica. As capacitações e as ações de educação permanentes favorecem o acesso, a identificação das ações necessárias para a detecção precoce do câncer de mama, os fluxos de encaminhamento e o seguimento de protocolos, com consequente engajamento dos profissionais na implementação das políticas públicas da detecção precoce do câncer de mama.	Realização de capacitação sobre o funcionamento da rede municipal no ingresso dos profissionais	Sim (10pts) / Não (0 pts).  É ofertado capacitação no ingresso sobre o funcionamento da rede municipal.	Coordenação da unidade	Adequado > 75% Parcialmente adequado 51% a 75% Incipiente 25 a 50% Crítico < 25%  Pontuação máxima: 30
			Obrigatoriedade na capacitação no ingresso dos profissionais	Sim (10pts) / Não (0 pts).  A participação na capacitação é obrigatória no ingresso dos profissionais.		
			Ações de qualificações sobre detecção precoce do câncer de mama	Sim (10pts) / Não (0 pts).  Entende-se ações de qualificações sobre a detecção precoce do câncer de mama como: educação permanente sobre a temática; reuniões de equipe, fórum e palestras dentro da unidade de saúde.		

	Indicador	Justificativa	Medidas	Parâmetro	Fonte	Parâmetro
Dimensão	Estrutura Física do Centro de Saúde	A UBS deve ter uma estrutura física apropriada que permita a realização de ações de saúde, e possibilite o acesso das mulheres para ao diagnóstico precoce e rastreamento do câncer de mama. As instalações adequadas permitem o bom funcionamento dos centros de saúde e favorecem o acolhimento das mulheres.	Percepção da coordenação da UBS sobre a adequação da estrutura física do Centro de Saúde para a realização das ações de saúde	Adequada (10 pts); Parcialmente (5 pts); Inadequada (0 pts)	Coordenação da unidade	Adequado > 75% Parcialmente adequado 51% a 75% Incipiente 25 a 50% Crítico < 25%  Pontuação máxima: 20
			Existência de: 1. Sala de espera (1pt) 2. consultório de enfermagem com maca (2 pt) 3. consultório com banheiro (2pt) 4. Sala para atividades coletivas/ Sala de reuniões (2 pt) 6. Computador com acesso à internet (1 pt)	Adequada (10pts): 6 a 8 pontos Parcialmente adequada (5pts): 3 a 5 pontos Inadequada (0pts): menos de 3 pontos		
	Regulação de acesso aos serviços especializados	A regulação em saúde operacionaliza, monitora e avalia as solicitações de consultas, procedimentos e exames de acordo com protocolos clínicos. É uma ferramenta para promoção da equidade e acessibilidade na detecção precoce do câncer de mama. O acesso oportuno ao tratamento é regulamentado pela Lei 12.732/2012, que determina que as pessoas com neoplasia maligna têm direito de se submeter ao primeiro tratamento no SUS no prazo de até 60 (sessenta) dias, contados a partir do dia em que for diagnosticado.	Existência de central de regulação aos serviços especializados e SADT	Sim (10pts) / Não (0 pt)	Coordenação da unidade	Adequado > 75% Parcialmente adequado 51% a 75% Incipiente 25 a 50% Crítico < 25%  Pontuação máxima: 20
			Tempo decorrido entre a solicitação do exame e o retorno da mulher ao centro de Saúde	Até 30 dias (Bom) De 31 a 60 dias (Regular) 61 dias ou mais (ruim)		
	Adequação da oferta de serviços especializados e SADT	Os serviços especializados e SADT, como os exames de imagem e consultas com especialistas, tem o papel de garantir a integralidade do atendimento à saúde da mulher, assim como garantir o acesso a estes em tempo oportuno para o diagnóstico precoce do câncer de mama.	Tempo de espera dos exames de imagem (mamografia)	Bom (Até 30 dias) (10pts) Regular (31 dias a 60 dias) (5pts) Ruim (61 dias ou mais) (0pts)	Gestão Municipal	Adequado > 75% Parcialmente adequado 51% a 75% Incipiente 25 a 50% Crítico < 25%  Pontuação máxima: 30
			Tempo de espera para consulta com mastologista	Bom (Até 30 dias) (10pts) Regular (31 dias a 60 dias) (5pts) Ruim (61 dias ou mais) (0pts)		

			Também proporciona a oferta assistencial disponível conforme a oferta e demanda de forma oportuna conforme as necessidades de saúde das mulheres.	Disponibilidade do exame de mamografia	Satisfatório (10pts) (Disponibilidade do exame de mamografia no município) Parcial (5pts) (Disponibilidade do exame de mamografia na rede) Insatisfatório (0pts) (Sem disponibilidade do exame de mamografia no município e na rede)	IBGE/CNES	
	Indicador	Justificativa	Medidas	Parâmetro	Fonte	Parâmetro	
Dimensão	Político organizacional	Referência e contrarreferência	O serviço de referência e contrarreferência é um mecanismo coordenação do cuidado e organização dos serviços em rede, que são aspectos fundamentais para que a detecção precoce do câncer de mama aconteça.	Existência de contrarreferência após encaminhamento para serviço especializado	Sempre (10 pts) Na maioria das vezes (8 pts) Às vezes (5pts) Raramente (1pt) Nunca (0 pt)	Coordenação da Unidade	Adequado > 75% Parcialmente adequado 51% a 75% Incipiente 25 a 50% Crítico < 25%  Pontuação máxima: 10
		Disponibilidade de Informação	O sistema de informação aprimora o monitoramento e a incorporação da avaliação nos serviços de saúde. Dessa maneira, o SISCAN é uma importante fonte de dados para a avaliação e monitoramento para as ações detecção precoce do câncer de mama. O SISCAN está integrado com o Cadastro Nacional de Usuário do SUS (CADWEB) que auxilia na identificação das mulheres pelo número do cartão do SUS. Também está integrado ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) integrando com os prestadores e auxiliando na organização da rede. Permite acompanhar e comparar resultados por mulheres de uma maneira espacial e temporal. Além de facilitar o gerenciamento do rastreamento e de exames de seguimento.	Exigência do preenchimento da requisição do Sistema de Informação SISCAN	Sim (10pts) / Não(0pts)	Gestão Municipal	Adequado > 75% Parcialmente adequado 51% a 75% Incipiente 25 a 50% Crítico < 25%  Pontuação máxima: 20
		Monitoramento do preenchimento da requisição do Sistema de Informação SISCAN	Sim (10pts) / Não(0pts)				

		Monitoramento das ações voltadas à detecção precoce do câncer de mama	O uso de indicadores na APS permite o monitoramento das ações voltadas à detecção precoce do câncer de mama. Sua utilização apoia o planejamento e a tomada de decisões tanto no nível local (UBS) como no nível municipal.	Existência de indicadores de monitoramento das ações voltadas à detecção precoce do câncer de mama	Sim (10pts)/ Não (0 pts)	Gestão Municipal	Adequado > 75% Parcialmente adequado 51% a 75% Incipiente 25 a 50% Crítico < 25%  Pontuação máxima: 30
			Acompanhamento de indicadores de monitoramento das ações voltadas à detecção precoce do câncer de mama	Sim (10pts) Parcial (5pts) Não (0 pts)			
			Realização de planejamento e organização das ações voltadas a detecção precoce do câncer de mama com base na avaliação dos indicadores selecionados	Muito frequente (10pts) Frequente (7,5pts) Ocasionalmente (5pts) Raramente (2,5) Nunca (0)			
		Indicador	Justificativa	Medidas	Parâmetro	Fonte	Parâmetro
Dimensão	Assistencial	Conhecimento do Território	O conhecimento do território permite o planejamento das ações conforme as necessidades da população. Também favorece o vínculo entre profissionais de saúde e a população, que tem impacto nos resultados das ações em saúde. Portanto, o adequado planejamento das ações de detecção precoce do câncer de mama só será realizado com o esse conhecimento.	Percentual de microáreas cobertas pelos ACS	Bom (75%) (10pts) Regular (50 a 75%) (10pts) Ruim (<50%) (0pts)	Coordenação da Unidade	Adequado > 75% Parcialmente adequado 51% a 75% Incipiente 25 a 50% Crítico < 25%  Pontuação máxima: 10
		Organização da agenda	A organização da agenda reflete na garantia de consultas de acompanhamento das mulheres que foram encaminhadas para outros pontos da rede de atenção à saúde afim de melhorar a adesão e acompanhamento do tratamento. Além de fortalecer o vínculo e estreitar as relações entre os profissionais da APS e seu centro de saúde.	Identificação e registro das mulheres da idade alvo que não estão realizando o rastreamento mamográfico	Sim (10pts) / Não (0 pts)		Adequado > 75% Parcialmente adequado 51% a 75% Incipiente 25 a 50% Crítico < 25%  Pontuação máxima: 20
				Garantia de consultas de acompanhamento para usuárias com diagnóstico de câncer de mama	Sim (10pts) Parcial (5pt) Não (0 pts)		

Dimensão	Assistencial	Indicador	Justificativa	Medidas	Parâmetro	Fonte	Parâmetro
		Processo de trabalho da assistência à saúde da mulher	A atuação das equipes da Atenção Básica tem o papel de estabelecer vínculo com a comunidade e população do território. O processo de identificação de situações de risco e vulnerabilidade, realização de busca ativa das mulheres e práticas educativas de conscientização da população são fundamentais para promover um cuidado contínuo, integral e organizado. Além de também realizar as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, atuando na prevenção primária, secundária e terciária. Essas estratégias têm o sentido de apoiar o acesso das mulheres em vulnerabilidade.	Realização de busca ativa das mulheres da população alvo	Sim (10pts) / Não (0 pts)	Coordenação da Unidade	Adequado > 75% Parcialmente adequado 51% a 75% Incipiente 25 a 50% Crítico < 25%  Pontuação máxima: 70
	Realização de consultas de acompanhamento para mulheres encaminhadas aos serviços especializados			Sim (10pts) Parcial (5pts) Não (0 pts)			
	Realização de ações de educação em saúde para conscientização da população sobre a temática Inclui: Salas de espera, palestras educativas na comunidade, divulgação da temática em comunicações locais, ação outubro rosa.			Inadequada: não realiza ação de educação em saúde Parcialmente adequada: realiza 1 ação no ano, exemplo: outubro rosa; Adequada: realiza 2 ou mais ações no ano.			
	Uso de protocolo e diretrizes voltadas à detecção precoce do câncer de mama			Sempre (10pts) Na maioria das vezes (7,5pts) As vezes (5pts) Raramente (2,5pts) Nunca (0pts)			
	Realização do registro de mulheres que realizaram a mamografia em prontuários eletrônicos e/ou fichas de acompanhamento			Sim (10pts) / Não (0 pts)			
	Realização do checklist nas consultas de saúde da mulher Checklist atendimentos médicos e de enfermagem: - Anamnese - Exame físico das mamas - Busca dos fatores de risco (hereditários, comportamentais /ambientais, endócrinos) para desenvolvimento do câncer de mama - Solicitação de exame de mamografia para mulheres entre 50 e 69 anos a cada 2 anos.			Sempre (10pts) Na maioria das vezes (7,5pts) Às vezes (5pts) Raramente (2,5pts) Nunca (0pts)			
	Acompanhamento domiciliar para usuárias em cuidado paliativo			Sim (10pts) / Não (0 pts)			



			às diretrizes técnicas do Ministério da Saúde.	x 100/ N° de mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, no respectivo local e período			
				<p>Percentual da realização de mamografia de rastreamento segundo indicação para mulheres de 50 a 69 anos</p> <p>Cálculo: N° de mamografias de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos, residentes em dado local e período x 100 / N° total de mamografias de rastreamento no respectivo local e período.</p>	<p>Satisfatório: 53% ou mais (10pts) Parcial: 25 a 53% (5pts) Insatisfatório: &lt; 25% (0)</p> <p>*Em 2013 o valor apresentado para o Brasil do de 53%</p>	SISCAN/ SISMAMA/SI A/SUS	
				Tempo médio entre a realização da mamografia de rastreamento e o seu resultado	<p>Satisfatório: 0-30 dias (10pts) Parcial: 31 a 60 dias (5pts) Insatisfatório: &gt; 60 dias (0pts)</p>	SISMAMA/ SISCAN	