



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

ROSY DENYSE PINHEIRO DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DE ESTRATÉGIAS PARA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE
MAMA EM MULHERES ATENDIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE:
ENFOQUE NA ESTRUTURA E PROCESSO DO SERVIÇO**

FORTALEZA

2019

ROSY DENYSE PINHEIRO DE OLIVEIRA

AVALIAÇÃO DE ESTRATÉGIAS PARA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE
MAMA EM MULHERES ATENDIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: ENFOQUE
NA ESTRUTURA E PROCESSO DO SERVIÇO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem para obtenção do Título de Doutor em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes

Co-orientadora: Prof^a. Dra. Régia Christina Moura Barbosa Castro

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo catalog, mediante os dados fornecidos pelo (a) autor (a)

O51a Oliveira, Rosy Denyse Pinheiro.
AVALIAÇÃO DE ESTRATÉGIAS PARA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA EM
MULHERES ATENDIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: ENFOQUE NA ESTRUTURA
E PROCESSO DO SERVIÇO / Rosy Denyse Pinheiro de Oliveira – 2019. 116 f.: il. color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2019.

Orientação: Profa. Dra. Ana Fátima carvalho fernandes.

Coorientação: Profa. Dra. Régia Christina Moura Barbosa Castro.

1. neoplasias da mama. 2. indicadores de qualidade em assistência à saúde. 3. atenção primária em
saúde. I. Título.

CDD 610.73

ROSY DENYSE PINHEIRO DE OLIVEIRA

AVALIAÇÃO DE ESTRATÉGIAS PARA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE
MAMA EM MULHERES ATENDIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: ENFOQUE
NA ESTRUTURA E PROCESSO DO SERVIÇO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem para obtenção do Título de Doutor em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: 29/10/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Ana Fátima Carvalho Fernandes
Universidade Federal do Ceará

Prof.^a Dr.^a Vanessa da Silva Carvalho Vila
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Prof.^a Dr.^a Ana Virgínia de Melo Fialho
Universidade Estadual do Ceará

Prof.^a Dr.^a Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos
Universidade Estadual do Ceará

Prof.^a Dr.^a Anna Paula Sousa da Silva
Unichristus

RESUMO

No que se refere à Saúde da Mulher, o câncer de mama merece destaque por ser o mais incidente, com exceção dos de pele não melanoma, e também por sua magnitude. Estudos avaliativos são importantes para direcionar tomada de decisões pelos gestores de saúde com o objetivo de desenvolver estratégias que possibilitem enfrentar problemas que vão de encontro à qualidade da assistência. Percebe-se que é importante o planejamento e a implantação de Políticas Públicas na Atenção Básica, mas também a avaliação desses programas com seus consequentes resultados. Diante disso, decidiu-se avaliar ações de controle do câncer de mama, em mulheres pertencentes à população-alvo para essa neoplasia, na Atenção Básica de Saúde. A tríade estrutura-processo-resultado é uma importante ferramenta para avaliar a qualidade de serviços de saúde. A qualidade do cuidado se baseia em três componentes, ou seja, estrutura, processo e resultados. Trata-se de um estudo do tipo avaliativo com coleta realizada no ano de 2018 no município de Fortaleza, em Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS). A amostra constituiu-se de 06 gestores das UAPS selecionadas, sendo aplicado a esses um questionário de avaliação da estrutura e processo, tendo como apoio instrumentos relacionados ao Programa Nacional da Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) e também 400 mulheres atendidas nessas unidades, através de formulário de identificação de ações de detecção precoce do câncer de mama. Os dados foram apresentados em tabelas e gráficos utilizando o programa estatístico R-35-1 e o Teste de Qui-quadrado de Pearson. Na aplicação do instrumento com gestores, com relação à estrutura, observou-se que as unidades encontram-se em conformidade em muitos critérios avaliados, como ambiência, com satisfatória iluminação e privacidade, identificação e sinalização de serviços oferecidos à população, salas com computadores e internet, telefone, sala de acolhimento e materiais que não costumam faltar na rotina, estando em conformidade ao recomendado. Apesar da estrutura ter sido bem avaliada na concepção dos gestores que participaram do estudo, alguns itens ainda apresentam não conformidade, como a identificação dos profissionais pelo uso de crachás, sinalização para pessoas com deficiência, veículo próprio na unidade, salas de espera com lugares suficientes, médicos em todas as equipes. No que se refere ao processo, apesar de ações direcionadas ao câncer de mama serem realizadas, observou-se que ainda existem dificuldades em algumas questões avaliadas: reuniões em equipe acontecem, mas não em periodicidade recomendada, existe o registro de informações com protocolos de exames de rastreamento, mas ainda falta fluxo eficaz de referência e contra referência. Com relação aos resultados, a média das entrevistadas foi de 58,8 anos, a maioria casada (38,2%), com ensino fundamental 1 completo ou fundamental 2

incompleto (31%), que não mantinham ocupação no momento (48,3%) e também que não possuíam plano de saúde (89,8%). Quanto ao Exame Clínico das Mamas (ECM) a maioria referiu não realizar anualmente (56,3%). Ressalta-se que todas as entrevistadas deveriam, segundo recomendações ministeriais, realizá-lo a cada ano. Não se pode deixar de ressaltar o aumento no número de ECM realizados nos dois últimos anos e sua estreita relação durante os exames de prevenção ginecológica. Com relação à mamografia, apesar da maioria ter recebido solicitação do exame (55,3%), ainda é significativo as que não receberam. Remarcações e faltas não são comuns. Com relação à associação de variáveis, a escolaridade foi a que mais obteve significância relacionada à realização do Exame Clínico das Mamas, intervalo para realização da mamografia, dentre outros. Com o estudo concluiu-se que apesar de melhorias, estrutura e processos devem ser revisados, assim como é necessário um melhor direcionamento de ações voltadas aos profissionais e às mulheres do grupo alvo para qualificar as ações preconizadas pelo protocolo brasileiro e conseqüentemente ao controle do câncer de mama. O estudo servirá de subsídios para o desenvolvimento de novas pesquisas acerca da temática, assim como para o planejamento de estratégias, por gestores e profissionais da Atenção Básica, visando a melhoria da assistência voltada ao controle dessa neoplasia.

Palavras-chave: Neoplasias da Mama; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Atenção Primária em Saúde.

ABSTRACT

With regard to Women's Health, breast cancer deserves attention because it is the most common, except for non-melanoma skin cancer, and also for its magnitude. Evaluative studies are important to guide decision making by health managers in order to develop strategies that enable them to face problems that meet the quality of care. It is noticed that the planning and implementation of Public Policies in Primary Care is important, but also the evaluation of these programs with their consequent results. Therefore, it was decided to evaluate breast cancer control actions in women belonging to the target population for this cancer, in Primary Health Care. The structure-process-outcome triad is an important tool for assessing the quality of health services. The quality of care is based on three components, that is structure, process and outcomes. This is an evaluative study collected in 2018 in the city of Fortaleza, in Primary Health Care Units (UAPS). The sample consisted of 06 managers from selected UAPS, and a structure and process evaluation questionnaire was applied to them, supported by instruments related to the National Program for Access and Quality Improvement (PMAQ) and also 400 women assisted in these units, through early breast cancer detection actions identification form. Data were presented in tables and graphs using the statistical program R-35-1 and Pearson's chi-square test. In the application of the instrument with managers, regarding the structure, it was observed that the units are in compliance with many evaluated criteria, such as ambience, satisfactory lighting and privacy, identification and signaling of services offered to the population, rooms with computers and Internet, telephone, reception room and materials that are not usually lacking in routine, in accordance with the recommended. Although the structure was well evaluated in the conception of the managers who participated in the study, some items still present non-compliance, such as the identification of professionals through the use of badges, signs for people with disabilities, vehicle in the unit, waiting rooms with sufficient seats, doctors on all teams. Regarding the process, although actions directed to breast cancer are performed, it was observed that there are still difficulties in some evaluated questions: team meetings happen, but not at recommended frequency, there is the record of information with examination protocols tracking, but effective referral and counter-referral flow is still lacking. Regarding the results, the average of the interviewees was 58.8 years old, mostly married (38.2%), with elementary school 1 complete or elementary 2 incomplete (31%), who had no occupation at the moment (48.3 %) and also did not have health insurance (89.8%). As for the Breast Clinical Examination (ECM) most reported not performing annually (56.3%). It is noteworthy that all interviewees should, according to ministerial recommendations, do it each year. It should be emphasized the increase in the number of ECM performed in the last two years and its close relationship during gynecological prevention exams. Regarding mammography, although the majority received the exam request (55.3%), it is still significant that they did not receive it. Redials and fouts are not common. Regarding the association of variables, education was the one that obtained the most significance related to the clinical breast exam, interval for mammography, among others. The study concluded that despite improvements, structure and processes should be reviewed, as well as better targeting actions aimed at professionals and women in the target group to qualify the actions recommended by the Brazilian protocol and consequently to breast cancer control. The study will serve as subsidies for the development of new research on the subject, as well as for the planning of

strategies, by managers and professionals of Primary Care, aiming at improving care aimed at controlling this cancer.

Keywords: Breast Neoplasms; Quality Indicators in Health Care; Primary Health Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	18
2.2 Objetivo Geral	18
2.2 Objetivos Específicos	18
3 ESTADO DA ARTE.....	19
4 MÉTODO	33
4.1 Tipo de Estudo	32
4.2 Participantes do Estudo	32
4.3 Locais do Estudo	32
4.4 Coleta de Dados	33
4.5 Análise dos Dados.....	36
4.6 Aspectos Éticos	38
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
6 CONCLUSÃO.....	77
REFERÊNCIAS	84
APÊNDICES.....	95
ANEXO	106

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são responsáveis por um significativo número de pessoas que adoecem na atualidade, afetando sua qualidade de vida e interferindo negativamente nos aspectos econômicos e sociais. Dentre essas, fazem parte as neoplasias, o segundo grupo de doenças com taxa de mortalidade mais elevada (CARDOZO, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OPAS) estima que ocorrerá 27 milhões de casos novos e 17 milhões de mortes no ano de 2030 em decorrência do câncer, principalmente em países de renda baixa e média, embora ações de baixo custo possam interferir de forma favorável em um terço dos casos (BRASIL, 2015).

O câncer é a segunda causa de morte no mundo. No ano de 2018, 9,6 milhões de pessoas morreram em decorrência das neoplasias. A cada seis mortes, uma está relacionada à doença (OPAS, 2018).

Dentre os mais relevantes problemas de saúde pública da atualidade, o câncer encontra-se em destaque não só pela sua magnitude epidemiológica, mas também pelas consequências econômicas e sociais, embora seja uma doença que apresente pelo menos um terço dos casos potencialmente preveníveis. No que se refere à Saúde da Mulher, o câncer de mama merece destaque por ser o mais incidente, com exceção dos de pele não melanoma, correspondendo anualmente a 25% dos casos novos. A estimativa para o biênio 2018/2019 no Brasil é que o câncer de mama represente 29% dos casos de neoplasias entre as mulheres. Para 2018 foram estimados 59.700 novos casos no país (INCA, 2019).

O câncer de mama é o segundo tipo de neoplasia mais comum e o quinto em número de mortes. São 627 mil mortes causadas pela doença (OPAS, 2018).

O câncer de mama segue como responsável por um número crescente de casos incidentes e uma mortalidade elevada. Embora tenha cura se descoberto a tempo, vários fatores influenciam negativamente durante esse processo, como as manifestações clínicas discretas no início da doença, o desconhecimento e pouca valorização da mamografia de rotina, falta de acesso ou longa espera em serviços especializados, além da dificuldade de implantação e de programas efetivos para detecção precoce (DANTAS, 2013).

Infelizmente no Brasil, mesmo com a implantação do Programa de Rastreamento do Câncer de Mama iniciado em 2001, estudo realizado em 28 centros de tratamento para esse tipo de neoplasia, identificou que 39% das mulheres que desenvolveram a doença no serviço

público já apresentavam grau de comprometimento avançado (III ou IV) e 17% das avaliações realizadas estavam inconclusivas, o que reflete possíveis lacunas no rastreamento das neoplasias da mama (LIEDKE *et al*, 2014).

Um desafio à realização das diretrizes do Ministério da Saúde no Brasil é o rastreamento oportunístico, em que não há uma busca ativa efetiva da população alvo para o câncer de mama, dificultando o controle dessa organização. Isso faz com que tanto o início para a solicitação do exame quanto a periodicidade de sua realização sofram interferência de decisões individuais de profissionais de saúde e das mulheres. Outra peculiaridade do Brasil é a necessidade de solicitação de mamografia para sua realização (MIGOWSKI *et al*, 2018b).

Durante experiência profissional na Atenção Básica foi observado que apesar de campanhas, educação em saúde e oferta de exames, ainda existem mulheres que pertencem à população alvo para o controle do câncer de mama, segundo às diretrizes nacionais, e que ainda não tinham realizado Exame Clínico das Mamas (ECM) nem mamografia conforme preconizado, o que contribui para o diagnóstico tardio das neoplasias mamárias.

Diante disso foi decidido estudar na dissertação do mestrado a “Promoção da saúde da mulher no âmbito do controle do câncer de mama na Estratégia Saúde da Família”, que apresentou como objetivo geral avaliar o conhecimento, a atitude e a prática de enfermeiros e usuárias acerca da detecção precoce do câncer de mama nas Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS). O estudo foi realizado no município de Capistrano de Abreu, localizado na região Norte do Estado do Ceará, com enfermeiros pertencentes à Estratégia Saúde da Família (ESF) e mulheres acompanhadas nessas unidades (OLIVEIRA, 2015).

Outro aspecto que favoreceu o interesse na avaliação de ações da Atenção Básica foi a implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) no município, durante o ano de 2014, em que foi oportunizado observar com mais evidência a qualidade das unidades envolvidas e o controle do câncer de mama, visto que uma de suas exigências como programa de avaliação de serviços estava a necessidade da UAPS possuir registros de todas as mulheres pertencentes ao grupo alvo para controle dessa neoplasia e também informações de busca ativa das faltosas (BRASIL, 2016).

O interesse em realizar o atual estudo surgiu em decorrência dos resultados obtidos durante essa dissertação, que concluiu que alguns profissionais de saúde ainda não conheciam o que é preconizado atualmente no país para detectar precocemente o câncer de mama e alguns também não se sentiam seguros para solicitar métodos de rastreamento direcionados à doença (OLIVEIRA, 2015).

Com relação às mulheres entrevistadas, no estudo citado acima, muitas ainda não conheciam os fatores de risco, manifestações clínicas e nem quando deveriam realizar os métodos de detecção precoce. Significativo número de mulheres somente buscava ajuda quando apresentavam alterações nas mamas.

Diante do que foi exposto, foi decidido aprofundar o conhecimento acerca da rastreabilidade desse tipo de neoplasia, agora em uma população maior, pertencente à capital, avaliando estratégias de controle do câncer de mama ofertadas às mulheres pertencentes à população-alvo para essa neoplasia, na Atenção Básica de Saúde.

A importância do controle do câncer de mama, através da implantação de estratégias efetivas, justifica-se pelos altos índices de incidência e elevadas taxas de mortalidade (BRASIL, 2013a).

O câncer de mama, caso seja diagnosticado precocemente com lesões menores que dois centímetros, apresenta um melhor prognóstico, sendo possível a cura em até 100% dos casos. Para isso, são necessárias estratégias que facilitem a detecção da doença no início. Estima-se que até 30% das mortes decorrentes da neoplasia mamária poderiam ser evitadas se existissem estratégias eficazes de rastreamento (BRASIL, 2013a).

Dentre as estratégias de detecção precoce para o câncer de mama encontram-se o diagnóstico precoce e o rastreamento. Entende-se por diagnóstico precoce a conscientização de profissionais de saúde e da população para manifestações clínicas do câncer de mama, levando a busca por uma consulta nos serviços de saúde para os indivíduos sintomáticos. Entende-se por rastreamento a aplicação de um exame de triagem em uma população assintomática, com a finalidade de identificar o câncer precocemente, ou lesões precursoras, possibilitando mudanças em seu prognóstico (SILVA; HORTALE, 2012).

O rastreamento do câncer de mama é oferecido em vários países e de diferentes formas. Alguns adotam o rastreamento oportunístico, que acontece por ocasião de uma consulta, outros o rastreamento organizado, direcionado à população-alvo. Os primeiros programas de rastreamento iniciaram na década de 1980 (NELSON *et al*, 2009).

No país o rastreamento é realizado de maneira oportunística, sendo a solicitação do exame vinculada à procura espontânea pelo serviço de saúde, diferentemente dos países desenvolvidos em que há busca ativa da população-alvo (AZEVEDO E SILVA *et al*, 2013).

Um programa de rastreamento organizado apresenta maior efetividade quando comparado ao rastreamento desorganizado ou oportunista, além de provocar menos danos, pois evita rastreamento e tratamentos excessivos (BRASIL, 2015).

Embora no Brasil prevaleça o rastreamento oportunístico, vinculada à procura espontânea dos serviços, já existem locais que trabalham com o rastreamento organizado, como Curitiba (SILVA; HORTALE, 2012).

Nos países desenvolvidos, onde prevalecem as ações de rastreamento de forma organizada, as taxas de morbimortalidade apresentam-se menores, além de se evitar triagens sem necessidade (AZEVEDO E SILVA *et al*, 2014).

Um dos métodos utilizados nos programas de rastreamento é a mamografia. O exame é considerado efetivo no que se refere à detecção precoce da neoplasia mamária por meio da identificação de tumores ainda não detectáveis pelo Exame Clínico da Mama (ECM), possibilitando iniciar precocemente o tratamento, permitindo um melhor prognóstico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Embora o Ministério da Saúde (MS) tenha apresentado as recomendações para os programas de rastreamento, observa-se que no mundo, e no próprio Brasil, há divergências quanto a faixa etária considerada população-alvo e a periodicidade do exame (HADDAD, 2015).

Na Europa, o câncer de mama é uma causa importante de morbimortalidade entre as mulheres. Também é enfatizado a detecção precoce da neoplasia por meio de programas de rastreamento organizado para propiciar um tratamento mais efetivo e melhor qualidade de vida (VON KARSA; AROSSI, 2013).

No Brasil, com relação às divergências de idade e periodicidade da realização do rastreamento, também há controversas, como na Sociedade Brasileira de Mastologia que defende que a mamografia deve ser realizada anualmente a partir dos 40 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA, 2017).

Ainda no que se refere a faixa etária prioritária para o controle do câncer de mama existe uma população-alvo para rastreamento dessa neoplasia, ou seja, mulheres acima de 35 anos que apresentem risco elevado, representada pelas que possuem história familiar de no mínimo um parente de primeiro grau, sendo mãe, irmã ou filha e que também seja essa neoplasia diagnosticada antes dos 50 anos de idade; mulheres com parentes de primeiro grau que tiveram essa patologia diagnosticada em ambas as mamas ou teve câncer de ovário, nesse caso sem limite de idade; aquelas que possuem história familiar de câncer de mama masculino; e mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa que apresentem atipia ou neoplasia lobular *in situ*. Para esse grupo de mulheres é recomendado o ECM e mamografia anuais. Para aquelas que possuem entre 40 a 49 anos, a indicação é que realizem o ECM

anualmente e a mamografia somente se alterações. Já para as mulheres de 50 a 69 anos, como apresentado anteriormente, são aconselhados o ECM anual e a mamografia bianual (BRASIL, 2013a).

O controle do câncer de mama é prioridade na agenda do Ministério da Saúde, as estratégias de detecção precoce e rastreamento contínuo são as mais recomendadas, sendo assim, é importante avaliar os resultados decorrentes das ações implementadas para esse controle.

Dentro da linha de cuidado do câncer de mama são apresentadas algumas diretrizes, como o fortalecimento e ampliação do acesso às informações relacionadas à prevenção dos fatores de risco para essa doença, como restrição de álcool, controle de peso e incentivo às atividades físicas. Também se encontra o fortalecimento e ampliação dessas ações voltadas à detecção precoce, com ênfase nas manifestações clínicas, organização de rastreamento nas mulheres da população-alvo, avaliação de lesões suspeitas com consequente encaminhamento para serviços especializados (BRASIL, 2013a).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é necessário para o alcance do controle do câncer a implementação de ações direcionadas, mas também é imprescindível essas estarem continuamente sendo acompanhadas e avaliadas para orientação das decisões estabelecidas dentro dos recursos disponíveis (MARQUES; FIGUEIREDO; GUTIÉRREZ, 2015).

É importante estratégias que aumentem a adesão dos profissionais às recomendações do Ministério da Saúde, assim como a prestação de uma assistência de qualidade para o controle do câncer de mama e avaliação dos serviços para direcionamento das ações (TOMAZELLI *et al*, 2017). Dentre os níveis de atenção, destaque vai para Atenção Básica, onde ocorre o rastreamento desse tipo de câncer.

A Atenção Básica (AB) apresenta um modelo de atenção considerado a principal porta de entrada no Sistema Único de Saúde e desenvolve relevantes ações direcionadas ao câncer de mama, realizando também seu acompanhamento, mesmo quando encaminhados a outros níveis de atenção. Dentre as atividades realizadas nessa temática, direcionadas ao câncer de mama, encontra-se a educação em saúde, identificação e busca ativa da população-alvo para esse tipo de neoplasia, exames de rastreamento, além de encaminhamentos quando necessário (BRASIL, 2011a).

Estudos avaliativos são importantes para direcionar tomada de decisões pelos gestores de saúde com o objetivo de desenvolver estratégias que possibilitem enfrentar problemas relacionados à qualidade da assistência (BERNARDO, 2016).

No Brasil o grande desafio é avaliar as medidas de controle do câncer de mama no âmbito da Atenção Básica (LIMA *et al*, 2011).

Percebe-se que são importantes o planejamento e a implantação de Políticas Públicas na Atenção Básica, mas também a avaliação desses programas com seus consequentes resultados (BRASIL, 2013b).

A avaliação dos serviços é considerada uma das melhores estratégias como resposta às necessidades de ações de planejamento e direcionamento das decisões pelos gestores (STEIN, 2013).

A avaliação da qualidade dos serviços em saúde apresenta como base conceitos de estrutura, processo e resultado. O primeiro está diretamente ligado a recursos humanos qualificados, materiais e financeiros. O segundo são as atividades que envolvem profissionais e pacientes, em relação a aspectos técnicos ou administrativos. O terceiro pode ser entendido como a consequência da assistência prestada, no que se refere à saúde, a satisfação e o alcance das expectativas (DONABEDIAN, 2003).

Nas Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS) no que se refere à estrutura adequada para que os programas de saúde sejam satisfatoriamente realizados, essa deve apresentar sala de acolhimento; consultório médico e de enfermagem, computadores e internet, dentre outros. É necessário também conhecer os recursos humanos, como tempo de atuação, formação, número de agentes comunitários de saúde (ACS) suficientes, presença de estudantes, professores, pesquisadores (BRASIL, 2013b).

No que se refere ao processo, o mesmo autor apresenta como necessários: reunião de equipe; monitoramento de indicadores; acolhimento da equipe à demanda espontânea; marcação de consulta caso não seja atendido no mesmo dia; diversidade na forma de agendamento; encaminhamentos realizados; protocolo para estratificação de risco em câncer de mama; registro para outro nível de atenção de mamografias alteradas e retorno dos encaminhamentos realizados; busca ativa de mulheres com câncer de mama; registro de solicitação de mamografia.

No que se refere à resultados, avaliar ações torna possível identificar lacunas encontradas nos serviços de saúde a fim de contribuir para um direcionamento de atividades desenvolvidas nos programas de saúde e políticas relacionados, facilitando uma atenção mais

adequada e um atendimento de melhor qualidade. No caso dessa neoplasia, a monitorização das atividades de rastreamento facilita o seu controle (BRASIL, 2013b).

A avaliação de programas possibilita o conhecimento da realidade desses, da qualidade dos serviços oferecidos e dos resultados do trabalho desenvolvido.

Estudo realizado no Brasil, em uma cidade na da região do nordeste, apontou que algumas ações do Programa de Controle do Câncer de Mama necessitam ser readequadas no que se referem às recomendações do Ministério da Saúde, à cobertura da população alvo, à marcação em tempo hábil dos exames de rastreamento e de seus resultados (BARRETO, 2012).

Outro estudo realizado com 460 mulheres, na cidade de Taubaté em São Paulo, apontou que uma quantidade significativa das mulheres atendidas nos serviços de saúde, públicos e privados, não realizavam o rastreamento ou então o realizavam diferentemente das recomendações do MS (MARCHI; GURGEL, 2010).

Dentre os profissionais que trabalham na atenção básica com ações direcionadas ao controle do câncer de mama destaca-se o enfermeiro.

No que se refere aos enfermeiros, estudos mostram que ações de rastreamento e detecção precoce do câncer de mama no Brasil, bem como outras atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde acerca da temática, ainda apresentam lacunas, tendo um número de publicações ainda discreto. Isso se deve a deficiência ainda existente do conhecimento teórico e técnico relacionado ao assunto. Por isso, são necessárias novas pesquisas para que seja permitido avaliações fidedignas do resultado das ações realizadas pelo enfermeiro nessa temática (CAVALCANTE *et al*, 2013).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, compete ao enfermeiro a realização da consulta de enfermagem, atividades em grupo, encaminhamentos, solicitação de exames e prescrição de medicamentos conforme portaria municipal, realização de atividades agendadas e demanda espontânea, planejamento, gerenciamento e monitoramento de ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde (ACS), participação e realização de atividades de educação permanente, dentre outras (BRASIL, 2012).

O mesmo autor também ressalta a importância da consulta de enfermagem no que se refere ao controle do câncer de mama. Soma-se a isso a solicitação de mamografias conforme legislação, realização de ECM, educação em saúde, controle da população-alvo, dentre outras estratégias seguidas por esses profissionais.

Os enfermeiros também apresentam como atribuições o desenvolvimento de ações de promoção da saúde para prestar uma assistência de qualidade às mulheres pertencentes à

população alvo. É necessário possuir conhecimento teórico, realizar capacitações para manter-se atualizado em relação às necessidades do indivíduo e as recomendações exigidas. Ações de detecção precoce do câncer de mama como a educação em saúde, a solicitação de exames e orientações acerca dessa patologia são algumas das estratégias que esses profissionais apresentam em suas competências (MORENO, 2010) e que estão presentes nos instrumentos aplicados nesse estudo.

Conhecendo as ações desenvolvidas de controle do câncer de mama, as atividades realizadas, como estão organizadas e também o resultado das respostas de mulheres participantes do estudo, pertencente à população alvo, retratando a situação dessas ações de detecção precoce desse tipo de câncer, é possível um melhor direcionamento de estratégias nessa área.

Diante do que foi exposto optou-se por realizar uma avaliação nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) acerca das atividades desenvolvidas para detecção precoce do câncer de mama.

A avaliação dos serviços no controle do câncer de mama, por meio dos resultados consequentes das ações realizadas, contribui para a melhoria na assistência e promoção da saúde da mulher na atenção básica no que se refere ao controle do câncer de mama, para o aperfeiçoamento da prática clínica dos profissionais da AB, além de nortear o desenvolvimento de novas pesquisas nessa área.

Baseado no exposto, esse estudo avaliou estratégias de controle do câncer de mama, ofertadas às mulheres pertencentes à população-alvo para essa neoplasia, na Atenção Básica de Saúde.

Diante da epidemiologia do câncer de mama com estimativas cada vez maiores de incidência e mortalidade, apesar da oferta de exames de detecção precoce com potencial para redução significativa das mortes causadas pela enfermidade, é evidente, através de dados observados, que as recomendações do Ministério da Saúde (MS) ainda não estão sendo realizadas conforme o preconizado e que estudos avaliativos são necessários para reconhecer a realidade, suas potencialidades e desafios, a fim de tornar possível o direcionamento de tomadas de decisão pelos gestores.

O que se observa é que ainda existe um grande número de mulheres que apresentam câncer de mama, além de números significativos de óbitos pela enfermidade, muitas vezes em decorrência do diagnóstico tardio decorrente do não seguimento às recomendações ministeriais, como idade inicial para realização dos exames de detecção precoce e sua periodicidade, além

de outros obstáculos, como dificuldades de acesso e marcação de exames, retorno em tempo hábil, ausência de contra referência, controle eficaz das mulheres pertencentes à população alvo, influência de variáveis, dentre outros.

Conhecer a situação de aspectos relacionados à estrutura, ao processo e aos resultados nas Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e fatores que podem influenciar nas ações de detecção precoce para o câncer de mama contribui para identificar lacunas e dificuldades encontradas no controle das neoplasias mamárias, conhecer o que ainda não está de acordo com as diretrizes nacionais, possibilitando com isso tomadas de decisões e posteriores pesquisas que contribuirão para a melhoria da assistência e de indicadores relacionados ao câncer de mama.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- ✓ Avaliar estratégias de controle do câncer de mama, ofertadas às mulheres pertencentes à população-alvo para essa neoplasia, na Atenção Básica de Saúde.

2.2 Específicos

- ✓ Identificar aspectos relacionados à estrutura e processo das Unidades de Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos gestores.
- ✓ Apresentar os resultados de um instrumento de avaliação de ações de rastreamento e detecção precoce do câncer de mama.
- ✓ Analisar se o estado civil, a escolaridade, a ocupação e possuir plano de saúde são fatores que influenciam nas ações direcionadas à detecção precoce do câncer de mama.

3 ESTADO DA ARTE

3.1 Epidemiologia do câncer de mama

O câncer atualmente vem apresentando crescimento significativo no Brasil e no mundo, juntamente com o envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida. Apesar de sua magnitude epidemiológica, apresenta um potencial de prevenção em pelo menos um terço dos novos casos, tornando sua ação preventiva, associado ao seu controle, uma das prioridades na Agenda do Ministério da Saúde (MS), que por meio da sua detecção precoce considera que quanto mais cedo o diagnóstico maiores são as chances de cura, sobrevida e qualidade de vida (INCA, 2012).

Com relação à Saúde da Mulher, um tipo de câncer que merece atenção é o câncer de mama. Em torno de 1,4 milhões de casos novos e 458 mil mortes são apresentados no mundo, anualmente, mantendo seu quadro agravado pelo diagnóstico tardio (BRASIL, 2013a).

Atualmente representa como um dos mais relevantes problemas de saúde, sendo considerado o tipo de câncer que mais acomete mulheres em todo o mundo. Aproximadamente 22% dos novos casos de câncer feminino é de mama (COSAC *et al*, 2013).

A neoplasia mamária apresenta um melhor prognóstico se descoberta precocemente, o que exige estratégias direcionadas a detectar a enfermidade. Alguns países implantaram programas de rastreamento para o câncer de mama e conseguiram diminuir a mortalidade desse tipo de câncer. Aproximadamente 30% das mortes provocadas pelo câncer de mama podem ser evitadas através de estratégias de rastreamento eficazes. Alguns países desenvolvidos apresentam programas de rastreamento como método para diminuição da mortalidade por esse tipo de neoplasia com a finalidade de detectar nos estágios iniciais a doença a fim de uma maior possibilidade de cura (BRASIL, 2013a).

O câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres, no Brasil e no mundo, com exceção para o de pele não melanoma. Desde meados dos anos 80 vem sendo implantadas Políticas Públicas nessa área, ganhando força com o Programa Viva Mulher, em 1998. Atualmente é uma das prioridades da agenda de saúde do país e faz parte do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de Doenças Crônicas (DCNT) no país. Esse plano foi implantado pelo MS em 2011 (INCA, 2016).

3.2 Detecção precoce: Protocolos e ações necessárias

As ações de controle do câncer de mama visam a redução da mortalidade por essa doença, a diminuição aos fatores de risco relacionados e a melhoria da qualidade de vida de

mulheres acometidas por essa neoplasia. As políticas públicas relacionadas ao câncer de mama, desde meados dos anos 80, estão sendo desenvolvidas no Brasil e após o Programa Viva Mulher têm se destacado (BRASIL, 2013a).

No Brasil, dentre as ações de promoção da saúde relacionadas ao controle do câncer de mama, encontra-se o programa de rastreamento da população alvo, que contempla mulheres de 40 a 69 anos. Atualmente são realizadas, por ano, em torno de 2,5 milhões de exames mamográficos no Sistema Único de Saúde (FERNANDES, 2011).

Dentre os compromissos prioritários do Ministério da Saúde (MS), representados na Portaria MS/GM nº 1473, de 24 de junho de 2011, está o fortalecimento das ações para a qualificação do diagnóstico e também do tratamento do câncer de mama (CAVALCANTE *et al*, 2013).

As estratégias desenvolvidas e direcionadas para esse tipo de neoplasia já acontecem há algum tempo. No Brasil, no contexto histórico, as ações de controle do câncer de mama também se iniciaram nos anos 80 e na década de 90 foi instituído o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama, conhecido como Programa Viva Mulher, desenvolvendo ações de detecção precoce, e contando com apoio técnico, financeiro e de recursos materiais. Dentre as ações federais, foram desenvolvidas atividades de capacitação de recursos humanos, distribuição de materiais educativos direcionados a temática, materiais em meios de comunicação, oferta de equipamentos e desenvolvimento de sistemas de informação para monitorar as ações de detecção precoce (BRASIL, 2013).

Em continuidade, nos anos 2000, várias estratégias foram desenvolvidas para o controle da neoplasia mamária, destacando-se o Documento de Consenso para o controle do câncer de mama publicado em 2004, a Política Nacional de Atenção Oncológica em 2005, o destaque das estratégias de controle do câncer de mama no Pacto pela Saúde em 2006 e também no Programa Mais Saúde em 2007. Além disso, houve o Projeto-Piloto de Qualidade em Mamografia entre 2007 e 2008, o Seminário Internacional sobre Rastreamento Organizado do Câncer de Mama em 2009, a implantação do Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA) também em 2009 e a Política de Intensificação das Ações de Controle dos Cânceres de Mama e Colo do Útero em 2011 (INCA, 2004).

No que se refere à mamografia, método padrão ouro do rastreamento, segundo as recomendações do Ministério da Saúde, somente aquelas entre 50 e 69 anos necessitam realizar de forma periódica, bianual, o referido exame. Entre 40 e 49 anos somente se alterações e entre

35 e 39 anos somente se risco elevado para essa neoplasia, por isso sendo esses dois últimos grupos foram excluídos do presente estudo (BRASIL, 2013a).

De acordo com o MS uma das estratégias utilizadas é o controle da população-alvo, essa dividida em três grupos. O primeiro refere-se as mulheres acima de 35 anos com risco elevado, ou seja, aquelas que apresentam história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau, podendo ser mãe, irmã ou filha, sendo essa neoplasia diagnosticada antes de 50 anos de idade; aquelas com parentes de primeiro grau que tiveram essa doença diagnosticada em ambas as mamas ou câncer de ovário, nesse caso não possuindo limite de idade; as que apresentam histórico na família de câncer de mama masculino; ou ainda a população feminina com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa apresentando atipia ou neoplasia lobular in situ. Esse grupo deve realizar ECM e mamografia anuais. O segundo grupo refere-se às mulheres de 40 a 49 anos, com indicação de ECM anual e mamografia se alterações e no terceiro grupo encontram-se as mulheres de 50 a 69 anos, aconselhadas a realizarem ECM anual e mamografia bianual (BRASIL, 2013a).

No Brasil, também se ressalta a estratégia para controle do câncer de mama apresentada por um Documento de Consenso, esse elaborado pelo INCA, em parceria com gestores, universidades e sociedades científicas, também considerando a mamografia e o exame clínico das mamas como os métodos preconizados para detecção precoce do câncer de mama (BRASIL, 2010).

Um programa de rastreamento apresenta algumas características, sendo bem mais complexo que um programa de detecção precoce. Dentre eles estão: a aplicação de teste eficaz a ser aplicado a mais de 70% da população em risco; a garantia da infraestrutura e dos recursos necessários para que esse teste seja realizado periodicamente, garantindo o tratamento adequado daqueles diagnosticados com câncer ou lesão pré-cancerosa; presença de mecanismos de acompanhamento e serviços correspondentes disponíveis para os diferentes subgrupos populacionais identificados como apresentando câncer pelo teste de rastreamento (BRASIL, 2015).

O controle do câncer de mama está diretamente relacionado à promoção da saúde e ao diagnóstico precoce, incluindo o conhecimento e a conscientização acerca da doença, além de estímulo às mudanças comportamentais (SOUSA *et al*, 2014).

3.3 Monitoramento dos indicadores de detecção precoce no contexto da Atenção Básica

A Atenção Básica (AB) é responsável por grande parte das ações voltadas à detecção precoce do câncer de mama. Somente uma AB organizada é possível combater essa doença e reduzir a mortalidade causada por ela (BRASIL, 2013b).

Dentre as ações desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) direcionadas à detecção precoce do câncer de mama encontram-se: atividades de educação em saúde relacionadas aos exames de rastreamento; identificação de mulheres do grupo-alvo para realização de mamografia bem como para realização da citologia oncótica, momento em que também se orienta realizar o ECM; busca ativa de faltosas, com posterior convocação para o exame; entrega de resultados desses exames; encaminhamentos para serviços de referência quando necessário; planejamento de ações direcionadas, dentre outros (BRASIL, 2011a).

Dentre as atribuições dos profissionais da Atenção Básica, no que se refere ao controle do câncer de mama, é atribuição de todos os integrantes da equipe: manter o conhecimento de ações de controle da doença; planejar e programar ações direcionadas; realizar atividades de promoção, prevenção, rastreamento/detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos; oferecer atenção integral e contínua juntamente com profissionais de outros níveis de atenção; garantir qualidade nos registros dos sistemas de informações; conhecer hábitos de vida, aspectos culturais, éticos e religiosos da sua área adstrita; respeitar e valorizar saberes e práticas; realizar trabalhos em equipe; realizar reuniões para discussão de planejamento e avaliação de ações; desenvolver atividades educativas; acompanhar e avaliar ações desenvolvidas (BRASIL, 2013b).

A avaliação do desempenho de programas e serviços apresenta sua importância por contribuir com a melhoria da sua eficácia e direcionamento de ações. Esse gerenciamento está presente tanto nos órgãos governamentais como nos não-governamentais. É um meio de prestação de contas do governo e transparência para a população (DEGROFF *et al*, 2014).

Avaliar serviços é importante para gerir e possibilitar adequadamente a realização de atividades voltadas a uma determinada área, direcionando ações com a finalidade de melhorar a resolutividade e a qualidade dos serviços de saúde (ESCRIVÃO JÚNIOR, 2011).

Indicadores são instrumentos que apresentam como finalidade medir aspectos que poderão ser utilizados no monitoramento do processo e nos resultados dos cuidados de saúde (CALDARELLA *et al*, 2012).

3.4 Avaliação de estrutura e processo na atenção à saúde da mulher com foco na detecção precoce do câncer de mama

A avaliação deveria ser uma estratégia sempre presente, possibilitando aos gestores informações necessárias para o direcionamento de intervenções (SCALCO; LACERDA; CALVO, 2010).

Avaliar serviços de saúde significa garantir atendimento de qualidade com equilíbrio financeiro. A qualidade dos serviços de saúde constitui-se uma temática de atenção e discussão pelo MS, visando a adequação das Políticas Públicas às necessidades da população brasileira (COLUSSI; CALVO, 2011).

Ações de controle do câncer de mama que não são recomendadas podem comprometer o sistema de saúde. É importante a avaliação de serviços e de profissionais no que se refere ao que é preconizado para contribuição da melhoria dos indicadores das neoplasias mamárias (TOMAZELLI *et al*, 2017).

A avaliação da qualidade dos serviços em saúde apresenta como base conceitos de estrutura, processo e resultado. O primeiro está diretamente ligado a recursos humanos qualificados, materiais e financeiros. O segundo são as atividades que envolvem profissionais e pacientes, em relação a aspectos técnicos ou administrativos. O terceiro pode ser entendido como a consequência da assistência prestada, no que se refere à saúde, a satisfação e o alcance das expectativas (DONABEDIAN, 2003).

Donabedian trabalha a avaliação a partir de atributos mensuráveis, que permitam avaliar a qualidade dos serviços. No que se refere à estrutura, a instalação física, os equipamentos, o dimensionamento de pessoas e a qualificação da equipe são exemplos desse primeiro item. Já o processo se entende como um grupo de atividades desenvolvidas entre profissionais e pacientes. Podem ser mensurados através de fluxos, protocolos e capacitação de funcionários. No que se refere aos resultados, esses são avaliados segundo as consequências das atividades e ações realizadas (MARQUES; FIGUEIREDO; GUTIÉRREZ, 2015).

No Programa de Controle do Câncer de mama, ao avaliar a estrutura, é necessário observar o número de consultórios existentes para realização do ECM, presença de sala de espera, disponibilidade de local para realizar atividades, equipamentos, como computador e mamógrafo, insumos para desenvolvimento de atividades como receituários e a mama amiga, formulário de solicitação de mamografia e de exame citopatológico e histopatológico, instrumentos de registro, número de profissionais capacitados para ECM, número de agentes comunitários de saúde capacitados para captação de mulheres que devem realizar ECM, registro

de palestras e reuniões desenvolvidas para comunidade acerca do câncer de mama, qualificação dos profissionais de acordo com as recomendações do MS (BARRETO, 2012).

Segundo o mesmo autor, é importante avaliar a presença de regimento, fluxos de informações, registro de resultados de exames, busca ativa de mulheres do grupo-alvo para realização desses exames, fluxo de referência e contra referência, registro de mamografias e encaminhamentos para outros níveis de atenção, monitoramento do tempo entre a solicitação de exame e sua realização e entre essa e o resultado.

Um dos programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde nos últimos anos que avalia assistência em saúde é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ).

Entre os desafios que o PMAQ busca enfrentar para qualificação das unidades de atenção básica estão: estrutura física inadequada, deficiência em padrões de ambiência, rotatividade de profissionais, dentre outros (BRASIL, 2015).

O PMAQ-AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade- Atenção Básica) foi criado pela Portaria GM/MS 1.654 de 19 de julho de 2011 apresentando como objetivo geral fortalecer o acesso e a melhoria da qualidade na Atenção Básica. Foi organizado em 4 fases, sendo essas: adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa e recontratualização. O instrumento utilizado para a terceira etapa, a de avaliação externa, divide-se em três módulos: O módulo 1, que observa a Unidade Básica de Saúde (UBS) e questões relacionadas à infraestrutura; o módulo 2, caracterizado por entrevista com profissional de saúde acerca dos processos de trabalho, com verificação da comprovação de documentos e o módulo 3, ou seja, entrevistas com a comunidade acerca da satisfação e utilização do serviço e condições de acesso (ALBUQUERQUE *et al.*, 2014).

Analisando informações do PMAQ é possível contribuir para melhorias de programas, através da difusão de seus resultados e seu potencial de avaliação de serviços de saúde (TANAKA; RIBEIRO; ALMEIDA, 2017).

3.5 Revisão Integrativa: Indicadores de Qualidade no Controle do Câncer de Mama na Atenção Básica

No estudo também foi realizado uma revisão integrativa em que foram localizados trabalhos que responderam ao objetivo proposto. A maior parte estava indexada na base de dados LILACS (10 artigos). Na Medline foram encontrados quatro artigos e na SCOPUS cinco. Não foi limitado variação de tempo e esse variou de 2007 a 2016.

O método foi realizado através das seguintes etapas metodológicas: identificação do tema e formulação da questão norteadora para a elaboração da revisão integrativa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para orientar essa pesquisa foi utilizada a seguinte questão norteadora: “Quais os indicadores de assistência à saúde no que se refere ao câncer de mama, no âmbito da atenção primária?”. Os dados foram coletados utilizando os seguintes descritores: Neoplasias da mama (breast neoplasms), indicadores de qualidade em assistência à saúde (quality indicators, health care) e atenção primária em saúde (primary health care), e o operador booleano “AND”.

Foram critérios de inclusão trabalhos científicos publicados na íntegra nos idiomas: espanhol, inglês e português que guardassem relação com a questão a ser respondida pelo estudo.

Os estudos foram provenientes de periódicos indexados nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE) e Scopus. A busca nas bases de dados foi realizada em agosto e setembro de 2017.

Após a busca dos descritores foi realizada a leitura dos estudos encontrados sendo selecionados aqueles que atenderam aos critérios de inclusão. Nessa fase foi realizada a comparação e síntese dos resultados obtidos através dos artigos selecionados e a discussão do que foi pesquisado.

Aos estudos selecionados foi aplicado um instrumento do Critical Appraisal Skills Programme (CASP) a fim de avaliar a qualidade metodológica. Esse é composto de 10 itens que contabilizam um total de 10 pontos. O mesmo abrange: 1) Objetivo do estudo; 2) Adequação metodológica; 3) Apresentação dos procedimentos teóricos e metodológicos; 4) Seleção da amostra; 5) Detalhamento da coleta de dados; 6) Relação entre pesquisador e pesquisados; 7) Considerações sobre aspectos éticos; 8) Rigor na análise dos dados; 9) Apresentação e discussão dos resultados; 10) Importância da Pesquisa.

A Figura 1 foi desenvolvida seguindo as recomendações do PRISMA 2009 Flow



PRISMA 2009 Flow Diagram

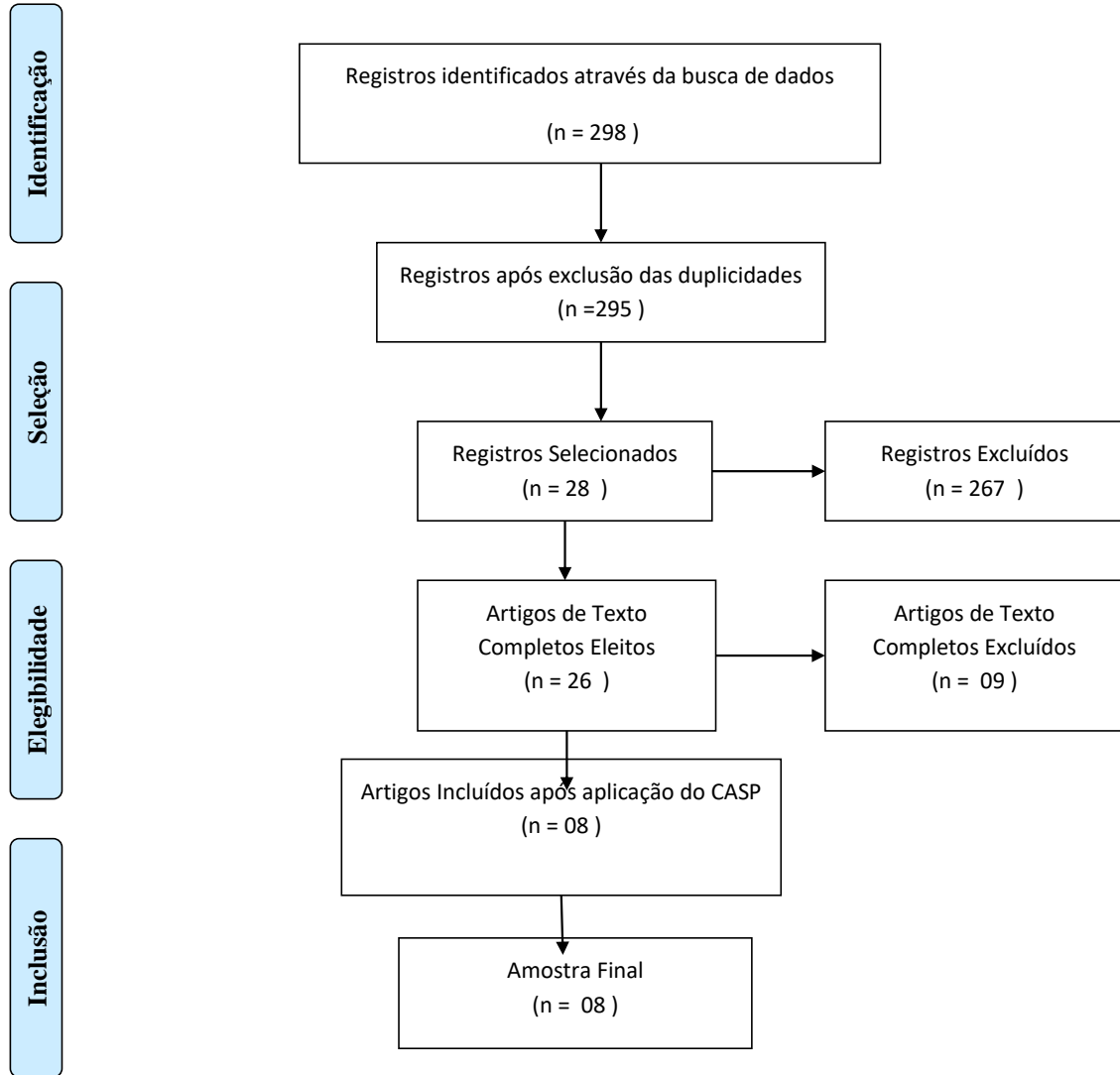


Figura 1 – Processo de Inclusão/Exclusão dos artigos encontrados

A fim de definir as informações obtidas por meio dos estudos realizados, foi utilizado também um instrumento de coleta a partir de um formulário de registro, que contemplou dados relevantes para o estudo. O formulário utilizado, para extrair os principais dados a fim de analisar as amostras obtidas, seguiu a adaptação de URSI, 2005.

As informações foram apresentadas em tabelas visando uma melhor compreensão da síntese e comparação do que foi produzido pelos artigos selecionados dos autores que estudaram acerca da temática definida.

Foram 298 registros identificados na da busca de dados, ficando 295 após exclusão de duplicidade. Foram excluídos 267 por não responderem aos objetivos propostos e ficando 28 registros selecionados, sendo 26 artigos completos. Após aplicação do CASP a amostra final foi de oito artigos selecionados conforme quadro abaixo.

Quadro 1: Caracterização dos artigos selecionados segundo base de dados, título, ano, objetivos e resultados.

Base de Dados	Título	Ano	Objetivo	Resultados
Lilacs	Análise de indicadores dos exames de papanicolaou e mamografia de uma equipe da Estratégia Saúde da Família do município de Passos/MG, antes e após a adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção	2013	Identificar os números referentes aos exames de papanicolaou e mamografia no território de uma ESF do município de Passos/MG, antes e após a implantação do PMAQ e analisar as estratégias empregadas com o intuito de aumentar a cobertura de mulheres para estes dois exames preventivos.	Aumento da quantidade de exames realizados. Aumento de 15,3% do papanicolaou e 100% das mamografias. Também houve aumento do acesso dos usuários e aumento da sobrecarga da equipe.
Medline	Improving the management of people with a family history of breast cancer in primary care: before and after study of faudit-base de education	2013	Identificar fatores de risco modificáveis e intervenções que podem ser aplicadas na Atenção Primária	Após revisão foram identificados os seguintes itens: aconselhamento sobre dieta, controle de peso, exercício físico, evitar álcool, com melhora na eliminação dos fatores de risco.
Medline	Primary characteristics and stage of cancer registration service, quality outcomes	2015	Avaliar cuidados primários para câncer	O câncer feminino foi o que teve o menor tempo de espera, em torno de duas

	framework and general practice information		de mama, pulmão, colorretal e próstata.	semanas, comparado aos outros, mais ainda são necessários maiores facilidade de acesso e encaminhamentos mais rápidos.
Medline	Process of care failures in breast cancer diagnosis	2009	Identificar o paciente e o provedor de falhas nos cuidados da triagem do câncer de mama	Vinte e seis dos 102 pacientes apresentaram falhas no cuidado. As mais comuns foram: médico não realizando exame físico adequado, pacientes não conseguindo acesso aos cuidados, exames diagnósticos ou laboratoriais sendo solicitados mas não realizados.
Scopus	Female breast cancer in central and South America	2016	Descrever como está o câncer de mama na América Central e do Sul	Brasil, Argentina e Uruguai apresentam as maiores taxas de incidência e que a maioria dos países desenvolve diretrizes nacionais de triagem
Scopus	Presence, characteristics and equity of access breast cancer screening programmes in 27 European countries in 2010 and 2014. Results from an international survey	2016	Descrever a cobertura de programas de triagem em países da União Europeia	Ao total, 27 países (92,9%) membros da União Europeia participam da pesquisa, dos quais 25 países relataram existência de programa de rastreio. Um relatou programa piloto e um estava em planejamento.
Scopus	Developing and measuring a set of process and outcome indicators for breast cancer	2012	Desenvolver e medir um conjunto de indicadores para monitorar a qualidade de cuidados com o câncer de mama.	Foram encontrados 32 indicadores. Observou-se que em 80% das mulheres que realizavam tratamento para câncer de mama faziam pelo menos uma mamografia dentro de um ano.
Scopus	Evaluating population-based screening mammography Programs internationally	2007	Descrever o propósito e as atividades da International Breast Cancer Screening Network	O trabalho resultou em coleta de informações no que se refere ao programa, medidas de avaliação e metodologias para avaliar o rastreio e resultados da mamografia.

Fonte: Dados da Pesquisa

Após análise dos estudos selecionados, obteve-se uma amostra final de 08 trabalhos, sendo 01 na Lilacs, 03 na Medline e 04 na Scopus. Os anos variaram entre 2007 a 2016 e houve a prevalência do idioma inglês. Foram 07 publicados no idioma inglês e 01 no português.

O primeiro estudo ressalta a importância da temática do câncer de mama, já que é uma das neoplasias que se configura como um relevante problema de saúde pública, incluindo a problemática de suas crescentes taxas de morbidade e mortalidade. Outro obstáculo apresentado foi de que, apesar da comprovada efetividade da mamografia, muitas mulheres ainda não realizam os exames de detecção precoce como recomendado.

Ainda com relação ao primeiro estudo, o autor destaca o PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade), criado em 2011, que traz também o desenvolvimento de alguns indicadores na saúde.

Com isso, foi realizada uma comparação entre o número de exames de papanicolaou e mamografia antes e depois da adesão de uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) ao PMAQ, bem como a identificação de estratégias para aumentar a cobertura desses exames. Como resultado houve aumento desses exames, apresentando uma maior cobertura das mulheres, embora também foi referido sobrecarga na equipe devido ao acúmulo de novas atividades.

O segundo estudo faz uma comparação do antes e depois de uma prática educativa. Foi realizado na Inglaterra e mostra que é necessário um maior cuidado com mulheres que apresentam história de câncer de mama na família, por isso realizou-se esse trabalho a fim de observar se mulheres de risco estão sendo acompanhadas constantemente. Uma das estratégias apresentadas foram as orientações acerca da eliminação de fatores de risco.

Com o levantamento dos fatores de risco modificáveis e das intervenções que podem ajudar na Atenção Básica foi encontrado através de uma revisão, a necessidade de aconselhamento sobre dieta, controle de peso, exercício físico, evitar álcool e eliminação dos fatores de risco.

O terceiro estudo, também realizado na Inglaterra, refere que nesse local a sobrevivência é pior do que em outros países europeus, mesmo trabalhando o diagnóstico precoce e a qualidade da assistência. Apesar do câncer de mama ter apresentado uma maior rapidez de intervenção comparada a outros, ainda é necessário melhoria no acesso, atendimento de qualidade e pesquisa de manifestações clínicas para melhoria na detecção precoce.

O quarto estudo visa conhecer as dificuldades nas falhas do diagnóstico do câncer de mama. O estudo foi realizado em Boston, com a participação de 2275 mulheres, em que foi observado que houve mais de 90 dias entre os sintomas e o diagnóstico.

Das falhas encontradas tiveram: profissionais que não realizavam adequadamente exame clínico das mamas, pacientes que não conseguiam acesso aos cuidados, exames que eram marcados, mas não realizados.

No quinto estudo o autor fundamenta a necessidade do trabalho devido ao aumento significativo de câncer de mama no mundo, incluindo a América do Sul e a América Central, de onde buscaram descrever a situação da neoplasia nesses locais além de revisar como está sendo realizado seu controle.

Observou-se com os resultados que o Brasil estava entre os três primeiros países, dentro daqueles pesquisados, com maior incidência para o câncer de mama, o que mostra a necessidade do desenvolvimento de estratégias de triagem.

Também se observou como limitações para os programas de detecção precoce a infraestrutura inadequada, o acesso restrito e o financiamento limitado.

No sexto estudo o autor relembra a recomendação do Conselho da União Europeia em 2003 que sugere a implementação de programas de triagem para o câncer de mama de forma organizada e baseada em uma população-alvo, ou seja, mulheres de 50 a 69 anos.

Observou-se que foi significativo o número de países que passaram a trabalhar com controle do câncer de mama, alguns iniciados, outros iniciando. O que se sabe é que as diferenças entre as formas de rastreamento da neoplasia mamária e programas implementados, estão cada vez mais presentes.

O sétimo estudo baseou-se no desenvolvimento de indicadores de processo e resultado para câncer de mama a fim de monitorar a qualidade do cuidado para esse tipo de neoplasia. Observou-se que para o objetivo desejado, era possível utilizar base de dados nacionais.

O oitavo trabalho apresenta a International Breast Cancer Screening Network com seus propósitos e atividades realizadas. A mesma é composta por países que apresenta em conjunto o objetivo de promover ações eficientes e eficazes para controle do câncer de mama. Iniciou-se em 1988 em 11 países, crescendo em 2005 para 27 países. Além de certas atividades, apresentou medidas de avaliação dos resultados de mamografia.

Em resumo, com relação aos indicadores de assistência na Atenção Básica referentes ao câncer de mama e seus estudos selecionados, houve destaque para realização de

exames de detecção precoce, ações de promoção de saúde como dieta, exercício físico e controle de peso, encaminhamentos com intervalo de tempo menor, seguimentos às recomendações e programas eficazes de rastreamento.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo do tipo avaliativo, com abordagem quantitativa, utilizando a tríade de Donabedian, no que se refere à estrutura e processo.

Definem estudos quantitativos aqueles que apresentam uma precisão nos resultados, quantificando dados e opiniões, evitando erros de interpretações e que possibilitam o uso de técnicas estatísticas, desde as mais simples as mais complexas (OLIVEIRA, 2002).

A tríade estrutura-processo-resultado é uma importante ferramenta para avaliar a qualidade de serviços de saúde (OLIVEIRA *et al*, 2012). A qualidade do cuidado se baseia em três componentes, ou seja, a estrutura, em que são abordadas informações referentes às condições físicas, humanas e organizacionais; o processo, relacionado diretamente à assistência prestada; e os resultados, sendo baseado no efeito produzido pelas ações realizadas (DONABEDIAN, 1991).

4.2 Participantes do Estudo

Os critérios de inclusão foram gestores das Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS) selecionadas e mulheres pertencentes à população-alvo para câncer de mama, segundo o MS, que compareceram às UAPS nos dias em que ocorreram às entrevistas.

Os critérios de exclusão foram gestores de licença ou férias durante o período da coleta e mulheres de 35 a 49 anos de idade, por não possuírem a exigência segundo as recomendações do MS do rastreamento mamográfico periódico e mulheres que compareceram às unidades como acompanhantes, ou seja, que não estavam utilizando os serviços do posto no momento da coleta.

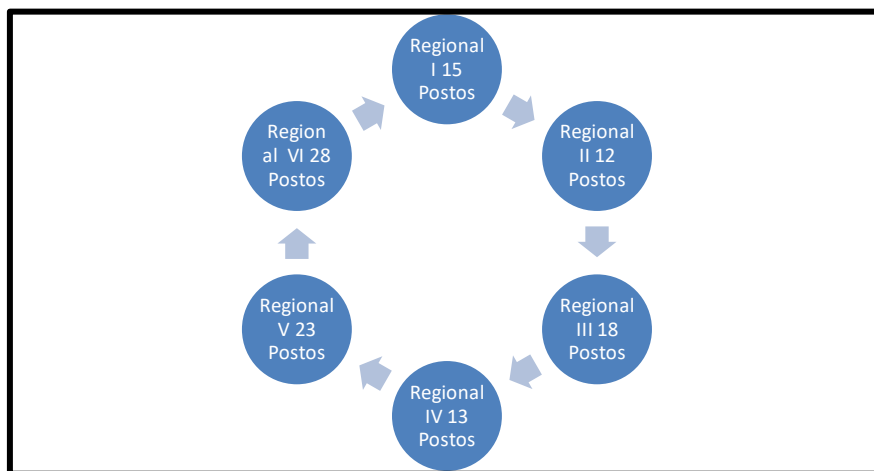
A seleção das mulheres a partir de 50 anos para amostra em estudo justifica-se pelo fato de que a maior parte da população feminina acometida pela neoplasia de mama se concentra a partir dessa idade. São cerca de quatro em cada cinco casos após os 50 anos. Outro fato é que, segundo as recomendações do Ministério da Saúde, entre 50 e 69 anos é recomendado o rastreamento periódico bianual das mamas através da mamografia. Apesar de a partir de 40 anos também ser recomendado a mamografia, essa só é direcionada às mulheres que apresentarem alterações (BRASIL, 2013b; INCA, 2019), por isso, para esse estudo, as mulheres com idade abaixo de 50 anos não foram incluídas.

4.3 Locais do Estudo

O estudo foi realizado em seis Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS) no município de Fortaleza, cada uma pertencente à uma das Secretarias Executivas Regionais da capital.

O município de Fortaleza é composto de seis Secretarias Executivas Regionais, que respondem por 109 postos de saúde (FORTALEZA, 2018).

Figura 2: Distribuição dos Postos de Saúde de Fortaleza por Secretarias Executivas Regionais, Fortaleza, 2018.



Fonte: Elaborada pela autora, 2019.

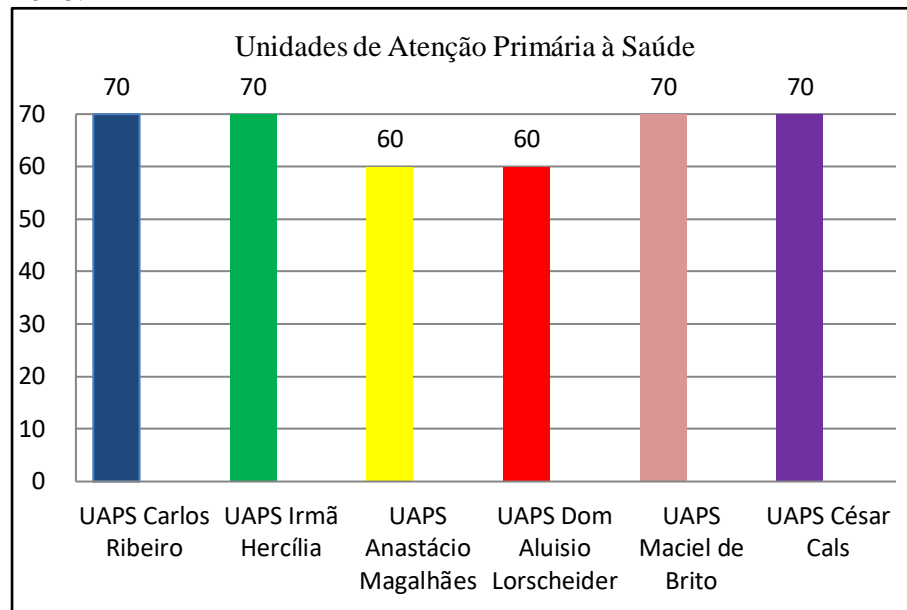
O método de amostragem utilizado na seleção das UAPS foi o de sorteio. Em cada regional foi sorteado uma UAPS, totalizando seis unidades.

Na Regional I, foi realizado o estudo na UAPS Carlos Ribeiro; na II Irma Hercília; na III Anastásio Magalhães; na IV Dom Aluísio Lorscheider, na V Maciel de Brito e na VI César Cals.

4.4 Coleta de Dados

Dos 400 formulários aplicados, 70 foram realizados na UAPS Carlos Ribeiro (Regional I), 70 na UAPS Irmã Hercília (Regional II), 60 na UAPS Anastásio Magalhães (Regional III), 60 na UAPS Dom Aluísio Lorscheider (Regional IV), 70 na UAPS Maciel de Brito (Regional V) e 70 na UAPS César Cals (Regional VI), como está apresentado no gráfico abaixo.

Gráfico 1: Distribuição do número de mulheres entrevistadas em relação às Unidades de Atenção Primária em Saúde selecionadas. Fortaleza, CE, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa

Fortaleza apresentou uma estimativa populacional de 2.627.482 pessoas em 2017. No censo de 2010 foram contabilizadas 2.452.185. Dessas, 1.304.267 são mulheres e 198.090 delas estão na faixa etária de 50 a 69 anos, intervalo esse que está incluído no grupo-alvo de câncer de mama (IBGE, 2017).

Sendo o tamanho da população (N) um total de 198.000 mulheres dentro da faixa etária selecionada, erro (e) de 5%, nível de confiança (o) 1,96, o cálculo da amostra finita foi de 383 entrevistadas.

Inicialmente, após aprovação do comitê de ética em pesquisa, foi solicitado autorização à Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (COGTES) do município de Fortaleza para realização do estudo.

Após aprovação e recebimento das cartas de anuência, uma para cada UAPS, essas foram levadas a cada regional para autorização e a partir de então era realizado o primeiro contato com as unidades selecionadas.

Segundo o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, as UAPS devem desenvolver várias atividades relacionadas à detecção precoce do câncer de mama, como educação em saúde, identificação de mulheres pertencentes ao grupo de risco para neoplasias mamárias e exame ginecológico preventivo, encaminhamentos para mamografia, entrega de resultados, dentre outras (BRASIL, 2011a).

Primeiramente era feito contato com o coordenador da UAPS e acordado o período de coleta e os dias da pesquisa. A coleta era realizada de segunda à sexta feira, nos períodos da manhã ou tarde, em lugar reservado para aplicação do instrumento de coleta de dados.

No que se refere a avaliação de estrutura e processo, foi aplicado questionário construído tendo por base o instrumento de avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), baseado no Modelo de Donabedian. Esses foram aplicados aos gestores de cada UAPS selecionada (APÊNDICE C).

O PMAQ é uma das estratégias consideradas indutoras de qualidade, do Ministério da Saúde (MS), que apresenta entre seus objetivos a cultura de avaliação da Atenção Básica, visando com isso a tomada de decisão e melhoria da qualidade. A primeira fase consiste na adesão, contratualização e pactuação de indicadores; a segunda fase é composta de avaliação externa, avaliação dos indicadores pactuados e formalização do momento de autoavaliação; e a terceira é a fase de recontratualização, ou seja, repactuação. Dentro dessas etapas, ressalta-se a ferramenta de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), que é constituída por um conjunto de padrões de qualidade relacionadas à estrutura, processo e resultados (BRASIL, 2017a).

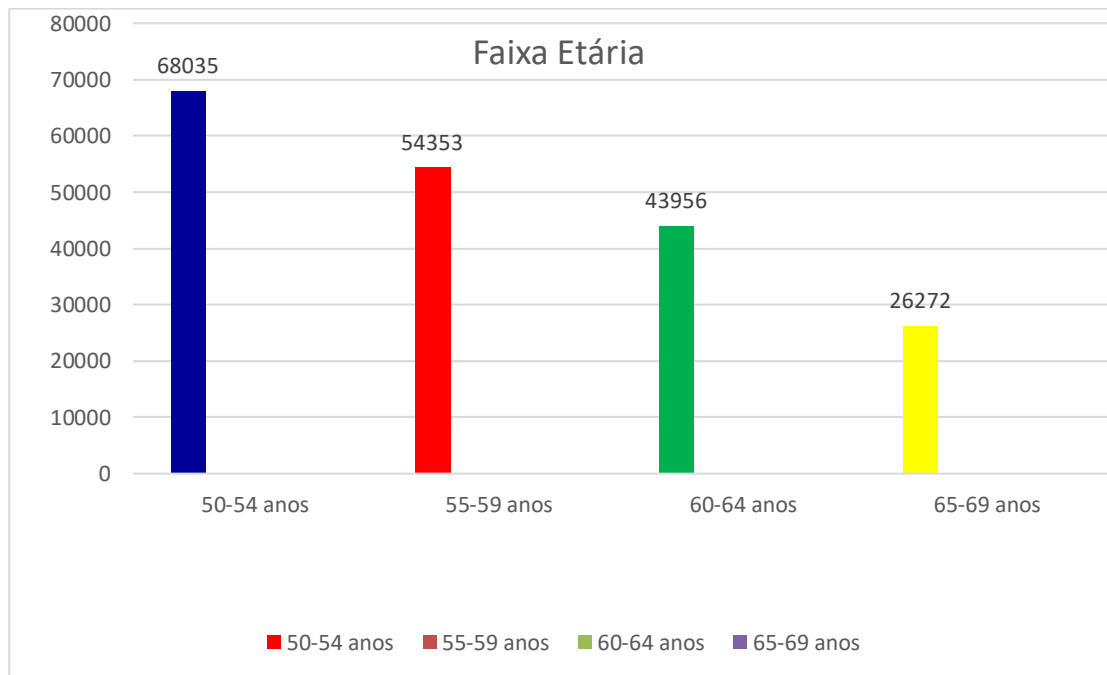
Para o atual estudo, não foram atribuídos pontos e sim houve a classificação entre conforme e não conforme de acordo com a afirmação acerca da qualidade esperada tendo por base a descrição do padrão de qualidade considerado pela ferramenta selecionada, no que se refere aos dados relacionados à estrutura e ao processo, respondido pelos gestores e baseados em instrumentos do PMAQ.

Foi utilizado como base o Caderno de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ), um dos instrumentos utilizados pelo PMAQ. No primeiro momento o objetivo era avaliar a estrutura das UAPS e os equipamentos necessários para realização das atividades de promoção em saúde desenvolvidas na Atenção Básica, segundo a visão dos gestores, assim como processo de trabalho (BRASIL, 2016).

Também foi utilizado um instrumento direcionado às ações de rastreamento e detecção de neoplasias das mamas. Teve como base um artigo da intitulado “Validação de instrumento para identificar ações de rastreamento e detecção de neoplasia de mama”. Diante da validação da aplicabilidade do instrumento e autorização da autora, o mesmo foi utilizado para avaliar as ações de rastreamento do câncer de mama nas UAPS selecionadas (MARQUES; FIGUEIREDO; GUTIÉRREZ, 2015) (ANEXO 1).

O estudo foi realizado no período de março a dezembro de 2018 e constou de mulheres cadastradas e atendidas nas Unidades de Atenção Primária em Saúde selecionadas, pertencentes a população alvo para o câncer de mama.

Gráfico 2: Distribuição do número de mulheres pertencentes a faixa etária de 50 a 69 anos. Fortaleza, CE, 2018.



Fonte: Dados da Pesquisa

A pesquisa contou também, durante o período de coleta de dados, da participação de três graduandas do Grupo de Estudos de Câncer de mama (GECAM-UFC). Inicialmente as mesmas foram capacitadas para aplicabilidade do instrumento. Os instrumentos aplicados apresentaram uma média de 10 minutos para conclusão.

4.5 Análise dos Dados

Na avaliação de estrutura e processo foi utilizado como base um dos instrumentos do PMAQ no que se refere aos itens que foram avaliados e posteriormente realizado a classificação em conforme e não conforme.

Quadro 1: Distribuição dos dados de estrutura e processo e sua conformidade nas Unidade de Atenção Primária em Saúde. Fortaleza, CE. 2018.

Itens avaliados	Definição para conformidade
Infraestrutura e equipamentos	
Constituição de Equipe Mínima da ESF	Equipes compostas de pelo menos enfermeiro, médico, técnico ou auxiliar de enfermagem, dentista, técnico ou auxiliar em saúde bucal
Ambiência	Climatização e iluminação adequadas para o desenvolvimento de ações
Privacidade	Garantia de atendimento individual com privacidade visual e auditiva
Horário de funcionamento	Funciona todos os dias úteis, em ambos os expedientes
Identificação de ações e serviços	Horários e ações divulgadas nas dependências das unidades
Identificação dos profissionais	Uso de crachás pelos profissionais
Sanitários	Sanitários para funcionários e para usuários
Sanitários adaptados	Sanitários adequados para pessoas com deficiência
Acessibilidade	Entradas externas e portas adequadas para pessoas com deficiência
Linha telefônica	Telefone na unidade. Não considerado público nem pessoal
Recurso de comunicação	Consultórios com computador e internet
Veículo próprio	Veículo disponível para as atividades programadas
Equipamentos de tecnologia da Informação	Possuir televisão, videocassete ou DVD e equipamento de som
Equipamentos ginecológicos e obstétricos	Possuir em quantidade suficiente espéculos, pinças de cheron, espátulas de Ayre, escova endocervical, dentre outros
Materiais para glicemia e verificação da pressão arterial	Materiais em quantidade suficiente de acordo com a visão dos gestores
Materiais para curativos	Materiais em quantidade suficiente de acordo com a visão dos gestores
Medicamentos da farmácia básica	Medicamentos anti-hipertensivos, antidiabéticos, analgésicos, antitérmicos, etc, em quantidades suficientes de acordo com a visão dos gestores
Processo de trabalho	
Educação Permanente	Participação no último ano, dos profissionais da AB, em ações direcionadas à saúde da mulher ou ao câncer de mama
Reuniões	Realização de reuniões entre a equipe com periodicidade semanal ou quinzenal
Registro de mamografia	Registro de mulheres que realizaram mamografia em prontuários e em outros locais, como livros de registros
Livre demanda	Atendimentos além das consultas agendadas
Contra referência	Contra referência de exames e encaminhamentos para mastologistas
Ações Educativas	Atividades de educação em saúde com comprovação

A análise dos dados foi realizada utilizando como base a estatística descritiva. A distribuição de frequências foi expressa por porcentagem para as variáveis categóricas.

Os dados foram apresentados por meio de tabulações e gráficos. Foi utilizado o programa estatístico R-35.1.

Para associação de dados sociodemográficos com ações realizadas para controle do câncer de mama, foi utilizado o Teste do Qui-quadrado. (X^2) de Pearson, sendo considerado o $p < 0,05$ como corte para significância estatística.

4.6 Aspectos Éticos

O estudo obedeceu aos aspectos éticos-legais vigentes da legislação brasileira para pesquisas envolvendo seres humanos e recebeu aprovação no CEP.

Inicialmente foi solicitada autorização à autora do instrumento apresentado a ser aplicado no estudo (ANEXO 1), a qual aceitou à utilização desse na atual pesquisa. O formulário foi construído, validado e publicado pela mesma.

Em seguida foi solicitada autorização ao COGTES (Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde) para pesquisa nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) selecionadas. O projeto foi inserido na Plataforma Brasil e obedeceu aos preceitos da Resolução 466/2012. Os participantes receberam orientações acerca do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A e B). Foi também informado que a qualquer momento o participante poderia desistir da pesquisa se assim considerasse.

Os riscos foram mínimos e relacionados à necessidade de disponibilidade de tempo para responder a entrevista.

O estudo foi aprovado sob o parecer de número 2.521.544 após apreciação do comitê de ética.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Avaliação da estrutura

Após entrevistas com os seis coordenadores das UAPS selecionadas e aplicação do questionário pela pesquisadora, na busca da avaliação da estrutura e processo, foram observados os resultados que se seguem.

De acordo com o perfil dos gestores avaliados, 6 (100%) eram mulheres. Com relação a profissão do gestor, 5 (83,4%) referiram ser enfermeiro e somente dois (33,4%) já estavam no cargo há mais de dois anos.

Embora a Política Nacional de Atenção Básica (AB) não defina que necessariamente seja o enfermeiro o coordenador da UAPS, muitas vezes é isso que acontece devido as peculiaridades e características da categoria. A autonomia do enfermeiro, a liderança na equipe, a ligação entre as necessidades da unidade e a gestão, a responsabilidade do preenchimento dos Sistemas de Informação e atividades administrativas e gerenciais, muitas já fazendo parte de sua formação, tornam os enfermeiros profissionais qualificados para assumir a coordenação das unidades (MELO; MACHADO, 2013).

Quanto ao tempo de permanência no cargo, ainda se observa a rotatividade dos profissionais, já que a maioria estava há menos de 2 ano na função de gestor da UAPS.

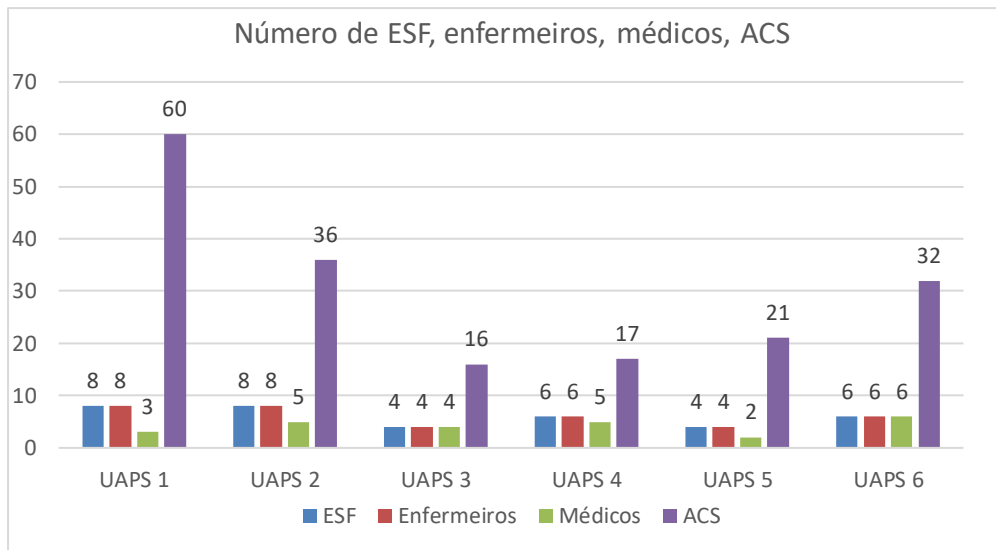
Para os cargos de gestão das Unidade de Atenção Primária à Saúde em Fortaleza ocorre um processo de seleção pública para quem possui graduação na área de administração ou saúde e que também possua no mínimo um ano de experiência em gestão, seja pública ou privada (FORTALEZA, 2019).

A rotatividade dos profissionais da Atenção Básica em Saúde constitui perda de continuidade de pessoas que desenvolvem vínculo com a UAPS, prejudicando a qualidade da assistência, o modelo de atenção à saúde e sendo considerado um dos pontos críticos para o sucesso da Estratégia Saúde da Família (ESF) (TONELLI *et al*, 2018).

No que se refere a constituição mínima da Equipe Saúde da Família (ESF), essa é composta pelo enfermeiro, médico, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo fazer parte o dentista, o auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017a).

O gráfico abaixo apresenta a distribuição quanto a alguns dos profissionais pertencentes a essa equipe.

Gráfico 3. Distribuição do número de equipes, enfermeiros, médicos e ACSs das UAPS selecionadas. Fortaleza, Ceará, 2018.



Fonte: Dados da Pesquisa

De acordo com o gráfico acima, o que se observa é que em 6 (100%) das UAPS selecionadas o profissional enfermeiro estava presente em todas as equipes da ESF, no entanto somente 2 (33,4%) UAPS contavam com o médico presente na totalidade das equipes da estratégia.

A disponibilidade de recursos humanos, equipamentos e organização da Rede de Atenção à Saúde interferem no acesso aos exames diagnósticos e ao tratamento, quando esse se faz necessário (TOMAZELLI *et al*, 2017).

Apesar da cobertura da ESF, que aumentou de 46,2% em 2007 para 63,7% em 2016, perfazendo um total de 40.098 no país e permitindo a 123,5 milhões de brasileiros serem cobertos pelo programa (BRASIL, 2017a), ainda se observa a falta de médicos nas equipes, embora não se possa deixar de ressaltar a contribuição do Programa Mais Médicos para essa lacuna que ainda existe (CECÍLIO; REIS, 2018).

Estudo avaliativo realizado em São Paulo apresentou a visão dos usuários quanto o acesso ao serviço da Atenção Básica algo demorado e burocratizado, relacionando essa dificuldade à falta de médicos e também à alta rotatividade dos profissionais de saúde, inclusive criticando o acolhimento, que na visão deles apesar de ser um local para escuta repercute sendo uma forma de limitação ao atendimento médico (CAMPOS *et al*, 2014).

De acordo com o horário de funcionamento da unidade de saúde todos referiram ser de 7 às 19 horas, sem intervalo para almoço. Finais de semana somente durante campanhas.

No município avaliado, apesar das UAPS não funcionarem nos finais de semana nem durante o período noturno, os 6 (100%) referiram funcionamento até às 19 horas.

No padrão da Organização de Trabalho em Saúde da Família o que se recomenda é que a unidade funcione todos os dias úteis, em ambos expedientes de trabalho, com no mínimo oito horas diárias (BRASIL, 2009), estando às unidades em conformidade.

As Unidades Básicas de Saúde devem manter seu funcionamento no mínimo de segunda à sexta feira, mas pode também apresentar opções para horários alternativos, respeitando a carga horária mínima e estando relacionado à necessidade da população (BRASIL, 2017a).

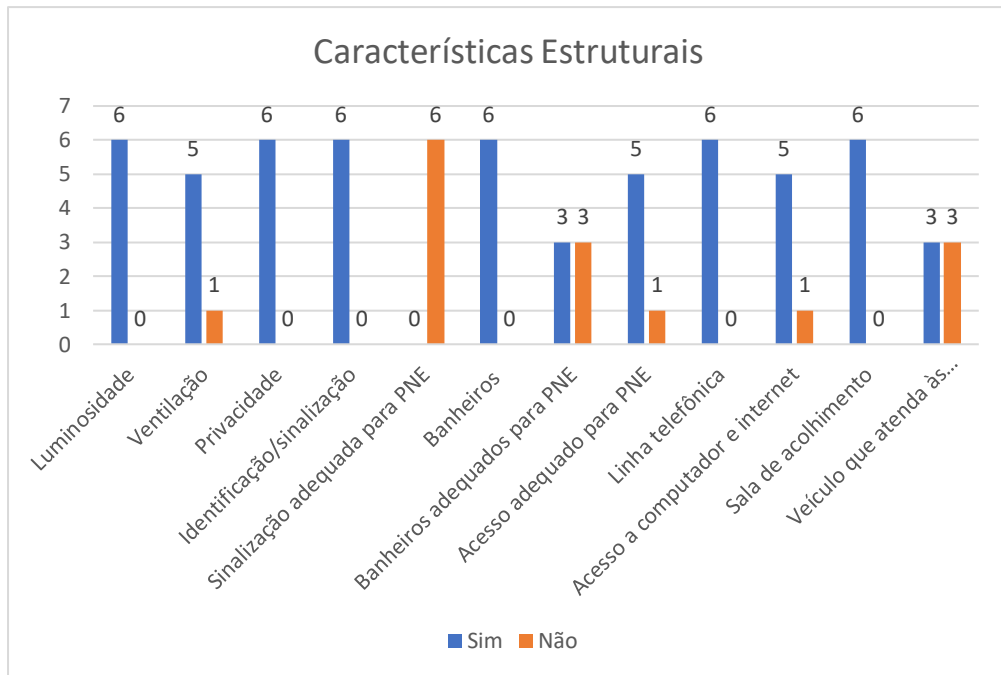
Uma das dificuldades do acesso às unidades básicas de saúde é o horário limitado dessas, visto que a maioria funciona em horário comercial, o que interfere negativamente em quem trabalha (CORDEIRO, 2014).

Entre as estratégias para implementação das diretrizes do Ministério da Saúde poderia estar a de facilitar acesso na atenção básica, seja em horários alternativos e pela livre demanda, não vinculando horários para marcação (MIGOWSKI, 2018b).

Na avaliação da estrutura das unidades e equipamentos indispensáveis para um bom funcionamento foram selecionados alguns itens relevantes para avaliação, visto que uma estrutura física adequada e a garantia dos materiais necessários são fundamentais para a organização dos processos de trabalho e adequada prestação dos serviços de saúde.

Com relação à estrutura física é importante a existência de características estruturais e de ambiência, como a luminosidade e ventilação, consultórios com garantia de privacidade visual e auditiva, identificação de ações e serviços nas dependências das unidades, banheiros para usuários e funcionários, linha telefônica, computadores com acesso à internet, sala de acolhimento, veículo que atenda às necessidades da equipe, dentre outros. Também é recomendado adequação para garantia de acesso e facilidade na comunicação, por meio de estratégias direcionadas aos portadores de necessidades especiais, incluindo banheiros adaptados (BRASIL, 2017a).

Gráfico 4. Distribuição das características estruturais das UAPS selecionadas, segundo a sua conformidade. Fortaleza, Ceará, 2018.



No que se refere às características estruturais e ambiência, somente uma (16,7%) UAPS não possuía ambientes com boa climatização, conforme resposta dos gestores. Todos os 6 (100%) coordenadores referiram boa iluminação e garantia de privacidade e iluminação.

Com relação a privacidade, o padrão recomendado é que os atendimentos não possam ser observados nem ouvidos por outras pessoas fora das salas, respeitando a ética, a privacidade e o sigilo (BRASIL, 2009). Nas UAPS avaliadas, todas estavam em conformidade com as recomendações de privacidade.

No caso da identificação visual e sinalização das ações e serviços, todos os 6 (100%) gestores referiram divulgar seus horários de atendimento, além das ações e ofertas dos serviços da equipe, estando o conjunto em conformidade ao recomendado. Único aspecto negativo foi com relação a identificação de profissionais pelo uso de crachás. Nenhum gestor referiu esse uso pelos membros da equipe, classificando as equipes como não conforme para esse item avaliado.

Com relação à sinalização adequada para deficientes visuais, como placas escritas em braile, pisos e mapas táteis, não foi apresentada resposta afirmativa em nenhuma UAPS, apresentando-se não conforme.

Um ambiente terapêutico deve oferecer conforto e bem-estar. A qualidade da assistência prestada mantém relação com o conforto do ambiente e para isso é necessário que o local apresente placas de identificação, sinalização de fluxos, espaço adequado para pessoas com necessidades especiais, além de boa iluminação e ventilação (BRASIL, 2009).

De acordo com as características estruturais e ambiência, todos referiram ter em sua unidade sanitários para usuários e banheiros para funcionários, segundo às recomendações, porém, com relação aos banheiros adaptados para pessoas com deficiência, 3 (50%) relataram não ter sanitário para esse público, ou seja, somente metade das UAPS avaliadas estão em conformidade a esse item avaliado. Banheiros para profissionais estavam em conformidade.

Com relação à acessibilidade na unidade de saúde, todos os 6 (100%) gestores das UAPS referiram que a unidade possuía cadeira de rodas para deslocamento do usuário que necessitasse e apenas 01 (16,7%) dos coordenadores referiu não ter em sua unidade entradas externas e portas adaptadas para esse dispositivo.

Com relação a possuir cadeira de rodas, todas as unidades tiveram conformidade pela presença dessas. No que se refere ao acesso como um todo, 5 (83,3%) apresentaram conformidade em detrimento de 1 (16,7%) unidade que não possuía entrada e portas adaptadas.

Visando qualificar a atenção prestada, ampliar o acesso e garantir a equidade, é preconizado que às unidades estejam equipadas para atender de forma eficaz pessoas com necessidades especiais, apresentando em sua estrutura rampas de acesso, banheiros adequados, cadeiras de rodas, dentre outros (BRASIL, 2009).

Dentre os aspectos estruturais apresentados, a maior necessidade foi com relação a estrutura necessária às pessoas com deficiência.

Estudo realizado em dois municípios brasileiros também apresentou em seus resultados que existe uma limitação quanto ao acesso das pessoas com deficiência, como ausência de rampas adaptadas e sanitários adequados (MOURA *et al*, 2010).

Outro estudo que avaliou sete estados brasileiros também evidenciou que as unidades básicas de saúde dos municípios avaliados foram consideradas inadequadas em 60% da amostra (SIQUEIRA *et al*, 2009).

Estudo realizado em Pernambuco utilizando dados do PMAQ, ao avaliar a infraestrutura, constatou-se que 97% das unidades básicas não possuíam banheiros adaptados para idosos e pessoas com deficiência. Observou-se que em 98% não havia corrimão e que somente em 69% das unidades avaliadas as salas de espera possuíam capacidade para acomodar uma cadeira de rodas. Outros aspectos relacionados à acessibilidade das pessoas com

deficiência visual e auditiva, idosos e analfabetos também se mostraram inexistentes (ALBUQUERQUE *et al*, 2014).

Dentre as mulheres que fazem parte do grupo alvo para câncer de mama, pela faixa etária, encontram-se idosas e também pessoas que apresentam alguma necessidade especial, portanto, a acessibilidade é importante para que essas possam frequentar as UAPS proporcionando melhor acesso à exames de detecção precoce.

Com relação ao telefone, 6 (100%) relataram possuir em suas unidades, estando em conformidade ao recomendado que apresenta que a unidade deve possuir linha telefônica, não considerando telefone público ou telefone móvel dos profissionais (BRASIL, 2009).

No que se refere à internet, o que se preconiza é que as unidades mantenham acesso e que esse seja disponibilizado aos profissionais da equipe da ESF, com critérios definidos, visto que a internet é avaliada hoje como importante recurso de comunicação, oferecendo informações técnicas relevantes e facilitando a atualização (BRASIL, 2009).

Em 2017 foi instituído o Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde (PIUBS), constituindo na prestação de infraestrutura tecnológica e serviços de Tecnologia da Informação visando implantação e manutenção dos prontuários eletrônicos (BRASIL, 2017b).

O que se observa é que somente uma (16,7%) UAPS não possuía computador com acesso à internet nas salas de atendimento, apresentando todas em conformidade com as recomendações do MS. Ressalta-se que na unidade acima houve o relato de somente uma sala que não estava com computador e internet, portanto também apresentando-se em conformidade.

Com relação a sala de acolhimento todos os 6 (100%) referiram possuir, embora acrescentaram que normalmente eram utilizadas por um profissional específico.

Também foi avaliado com relação à presença de Salas de Acolhimento, local que favorece uma recepção acolhedora, com escuta qualificada, respeito e atenção, estando em conformidade com o preconizado (TRADE; ESPERIDIÃO, 2010).

Outros espaços também foram avaliados com os gestores, como as Salas de Espera, local onde se aguarda o atendimento dos profissionais de saúde e que apresentam potencial para trabalhos em grupos e educação em saúde (TEIXEIRA; VELOSO, 2006).

Com relação à sala de espera possuir lugares suficientes, 4 (66,7%) relataram resposta afirmativa.

A sala de espera é um lugar que facilita o desenvolvimento de ações de promoção em saúde, potencializando autonomia, troca de saberes e proporcionando maior vínculo entre os usuários e maior participação da comunidade (BECKER; ROCHA, 2017).

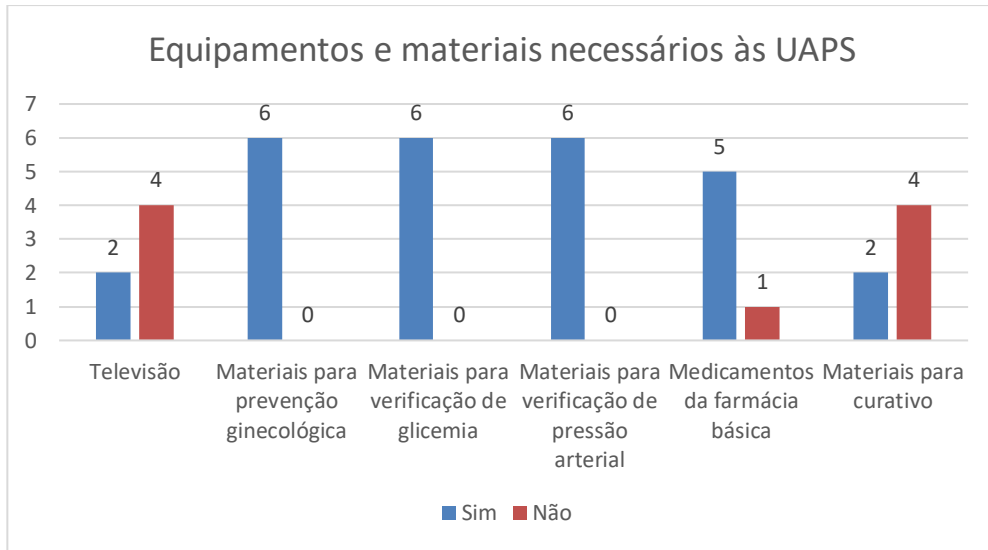
Estudo realizado nos municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias revela que uma das maiores dificuldades relatadas pelos gestores é a falta de infraestrutura adequada, inclusive apontando sua melhoria como uma estratégia para manutenção do profissional da área, evitando com isso a alta rotatividade (MAGNAG; PIERANTONI, 2015).

Ao indagar acerca de veículo na unidade de saúde, todos referiram contar com veículo provindo da regional pertencente quando solicitado. Referiram não possuir veículo próprio. Dos entrevistados, 4 (66,7%) gestores relataram que a ausência de transporte na unidade faz com que suas necessidades não sejam atendidas, o que acarreta em não conformidade com o preconizado, que apresenta que o deslocamento dos profissionais de saúde da ESF, para atividades externas, seja realizados por veículo da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) mas que também haja disponibilidade desse veículo para as atividades programadas (BRASIL, 2009).

A inexistência de veículos, a falta de tempo para visitas domiciliares e a ausência de profissionais em determinadas equipes são algumas das dificuldades encontradas pelas equipes da ESF (LOPES; MARCON, 2012).

De acordo com os equipamentos e materiais necessários para o funcionamento e atendimento às ações estratégicas da Atenção Básica, é importante que dentre os que são considerados indispensáveis, as UAPS possuam equipamentos de tecnologia de informação, como televisões; materiais suficientes para realização de prevenção ginecológica, como mesa para exame com perneiras, escova endocervical, espátula de Ayre, espéculos descartáveis, fixador de lâmina; materiais para o programa de hipertensão e diabetes, como esfigmomanômetro, estetoscópio e glicosímetro; medicamentos da farmácia básica suficientes e com regularidade; materiais para curativos, dentre outros (BRASIL, 2017a).

Gráfico 5: Distribuição dos equipamentos e materiais necessários para funcionamento e realização dos programas estratégicos da AB, segundo sua conformidade. Fortaleza, Ceará, 2018.



Fonte: Dados da Pesquisa

Ao indagar sobre equipamentos de tecnologia da informação (TI), 2 (33,3%) referiram possuir televisão. Uma das UAPS existia o aparelho, porém já danificado há algum tempo e em outra havia sido fornecida, porém a televisão foi roubada, por isso as respostas foram negativas, nesses dois casos, pelos gestores. Data show foi citado em 2 (33,3%) unidades.

Ao avaliar equipamentos eletrônicos disponíveis para atividades educativas, não foi apresentado conformidade, em duas unidades, com o que é preconizado, visto que o padrão recomenda televisão, videocassete e/ou DVD e aparelho de som (BRASIL, 2009). Como se observa, mesmo a televisão está ausente na maior parte das unidades. Embora ausência, vale ressaltar que houve a disponibilização da televisão, porém devido a furto e conservação não se encontram no momento à disposição.

Estudo realizado com 41 municípios da região nordeste e sul mostraram que entre os avaliados, todos com mais de 100 mil habitantes, a situação dos equipamentos de TI eram precárias, sendo que no nordeste 71% das Unidades Básicas de Saúde (UBS) não possuíam microcomputador, e na região sudeste 61% não possuíam essa tecnologia (FACHCINI *et al*, 2006), o que mostra o avanço da TI na Atenção Básica, na atualidade.

No que se referem a equipamentos e materiais gerais, mesas para exame ginecológico com perneiras e em boas condições de uso variou de 1 a 3 salas com presença das mesmas e mesas ou macas para exame clínico em boas condições de uso entre 08 a 33 unidades.

Com relação aos insumos para atenção à saúde, ao indagar se a unidade possuía em quantidade suficiente materiais para prevenção ginecológica, 6 (100%) responderam de forma afirmativa, garantindo resposta em conformidade às recomendações desejadas.

Aos equipamentos gineco-obstétricos a recomendação é que esses sejam em quantidade suficiente para o desenvolvimento do trabalho das equipes da ESF, como espéculos, pinças de Cheron, espátula de Ayre, escova endocervical, dentre outros (BRASIL, 2009).

A presença e quantidade adequada de equipamentos e materiais necessários à realização dos programas estratégicos da AB se fazem importantes uma vez que a consulta é uma oportunidade de se fazer busca ativa nas mulheres pertencentes ao grupo alvo, solicitando exames de rastreamento e medidas para detecção precoce do câncer de mama.

Ressalta-se dentre esses equipamentos e materiais os de prevenção ginecológica, visto que durante esse exame é feito de rotina o Exame Clínico das Mamas (ECM).

Estudo realizado no sudoeste de Minas Gerais apresentou que a falta de materiais é um dos motivos para que as mulheres não procurem a unidade de saúde para o exame preventivo ginecológico (NASCIMENTO; ARAÚJO, 2014).

No que se refere aos materiais para realização de glicemia capilar e verificação de pressão arterial também responderam que possuíam em quantidade suficiente. Somente materiais para curativos é que obteve resposta negativa em 4 (66,7%) unidades, pelos gestores, não apresentando conformidade.

Quanto aos medicamentos componentes da farmácia básica, somente 01 (16,7%) gestor referiu a rotina em faltar os anti-hipertensivos, antidiabéticos, analgésicos, antitérmicos e anti-inflamatórios, apresentando-se, as demais, em conformidade ao recomendado.

Dentre os equipamentos e materiais avaliados, observou-se satisfação dos gestores quanto a presença desses. Também relataram que esses se encontram presentes com regularidade, não faltando com frequência.

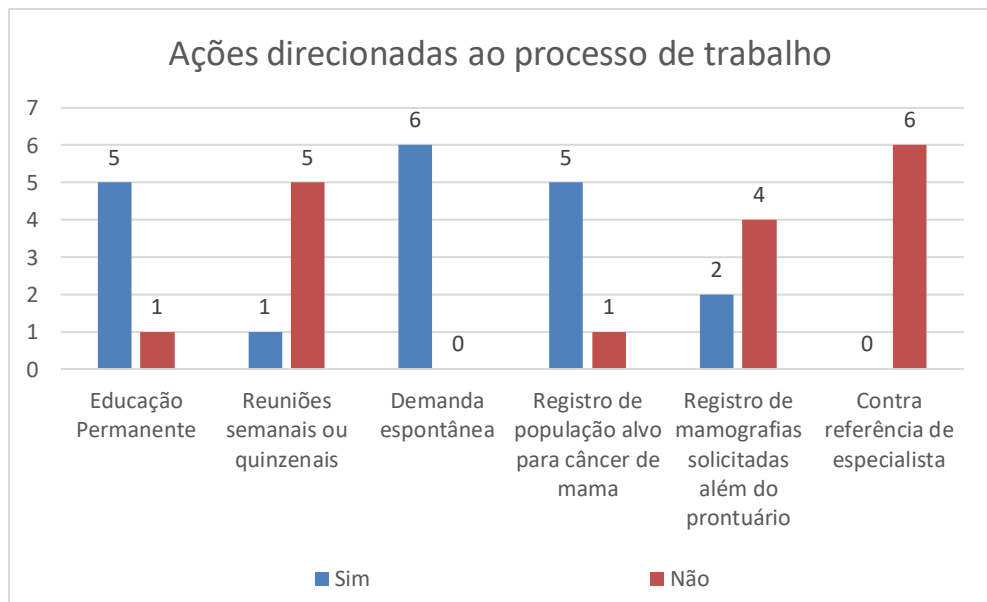
Atualmente, os processos de reorganização da AB exigem dos profissionais novas competências para lidar com as necessidades e a realidade da comunidade a qual assistem, como a participação em capacitações/atualizações de temas prioritários aos programas estratégicos, reuniões periódicas, manutenção de rotinas descritas em fluxogramas e protocolos, avaliação de indicadores, registro e também monitoramento dos exames solicitados e encaminhamentos realizados e controle dos retornos, com informações registradas não só nos prontuários, dentre outros. Na Atenção Integral, também é importante que haja detecção precoce e rastreamento do câncer de mama e colo de útero, busca ativa de exames alterados, controle da população alvo

para neoplasia das mamas e ações de promoção em saúde, como orientação e sensibilização acerca das temáticas definidas, além de incentivo e oferta de atividades físicas, dentre outros (BRASIL, 2017a).

5.2 Avaliação do processo

Com relação ao processo, baseado na tríade de Donabedian, com a finalidade de identificar a adequação da oferta e das relações entre as ações realizadas (TANAKA, 2011), nas UAPS selecionadas, construiu-se o gráfico abaixo.

Gráfico 6. Distribuição das ações direcionadas ao processo de trabalho das UAPS selecionadas, segundo sua conformidade. Fortaleza, Ceará, 2018.



Fonte: Dados da Pesquisa

Ao indagar se a equipe participa de ações de educação permanente 6 (100%) responderam que participam. Foi solicitado para que cada gestor relatasse quais ações a equipe participou, no último ano, relacionadas à saúde da mulher ou câncer de mama.

O gestor da UAPS 1 citou a participação em curso de abordagem síndrome das IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) no Hospital Distrital Gonzaga da Mota da Barra do Ceará, além do treinamento em testagem rápida e capacitação em pré-natal de alto risco, também no referido hospital, e capacitação para tratamento de paciente com câncer de mama, no Hospital da Mulher.

O gestor da UAPS 2 citou capacitação em sífilis congênita, realizado na Unifor e Escola de Saúde Pública (ESP) e ações do Outubro Rosa.

Na UAPS 3 foram citadas a testagem rápida, a imunização do Papiloma Vírus Humano (HPV) e capacitação de câncer de mama e colo do útero.

O gestor da UAPS 4 referiu a realização de ações de educação permanente, mas não citou nenhuma.

Já os integrantes da UAPS 5 fizeram aperfeiçoamento por um técnico da saúde da mulher da regional.

Por último a UAPS 6 citou o seminário de sífilis e a atualização em exames citopatológicos.

Das unidades avaliadas, 5 (83,3%) relataram ações de capacitação/atualização em áreas estratégicas dos programas de Atenção Básica. Ressalta-se que apesar de referirem ações de educação permanente, foram discretas as participações em ações relacionadas ao câncer de mama. Três (50%) unidades não citaram nenhuma capacitação relacionada à temática, apresentando-se não conforme.

Um estudo realizado em 2011 na cidade de São Paulo apresentou que 53,8% dos enfermeiros da atenção primária entrevistados realizaram capacitação para rastreamento do câncer de mama, embora quase 50% tenha realizado há mais de dois anos (MARQUES, 2017).

A Atenção Básica deve estar preparada para capacitar os recursos humanos na realização do Exame Clínico das Mamas, na solicitação da mamografia segundo às recomendações desejáveis, aos resultados dos exames e ao encaminhamento quando necessário, além da promoção da educação em saúde para população, com identificação daquelas consideradas do grupo alvo para neoplasia mamária (RABELO, 2014).

Além do tempo de atuação no serviço, as capacitações são importantes para as orientações, como a idade recomendada para realização de ações de detecção precoce como a primeira mamografia. Ter acesso ao Caderno de Atenção Básica número 13, de Controle dos cânceres do colo de útero e de mama, também facilita o seguimento das diretrizes do Ministério da Saúde (MELO *et al*, 2017).

Estudos alertam quanto ao número insuficiente de profissionais de saúde que realizam capacitações periódicas, refletindo a necessidade de atividades de educação permanente a serem incluídas no planejamento das ações da Estratégia Saúde da Família em eixos prioritários, como a detecção precoce do câncer de mama (CAVALCANTE, 2013).

Outro aspecto avaliado foi com relação à realização de reuniões. É recomendado que as equipes realizem encontros periódicos, semanais ou quinzenais, utilizando desse período

para discussão de temas prioritários, questões administrativas, planejamento, análise de indicadores, dentre outros (BRASIL, 2017a).

No que se refere às reuniões, todos relataram realizá-las, porém 3 (50%) referiram ser mensal, 1 (16,7%) quinzenal e 2 (33,3%) variando conforme equipe da ESF. Nenhum gestor referiu reuniões sistemáticas semanais, o que torna esse item avaliado não conforme em 5 (83,3%) unidades, segundo as recomendações ministeriais, visto que a orientação é de reuniões periódicas semanais ou quinzenais, conforme referido.

O processo de gestão e das participações nas reuniões de equipe foi uma das recomendações do PMAQ que traz como orientação rever a periodicidade das reuniões em equipe e discutir a análise da situação de saúde através dos dados dos sistemas de informação (BRASIL, 2009).

No que se refere à demanda espontânea, 6 (100%) gestores afirmaram existir nessas unidades acolhimento à essa demanda, em conformidade ao preconizado, 5 (83,3%) relataram a existência da reserva de vagas para consultas desse tipo de demanda e 5 (83,3%) afirmaram que caso o usuário não consiga ser atendido no dia o mesmo consegue sair da unidade com a consulta marcada. Com relação ao agendamento da consulta 6 (100%) referem ser presencial. Ainda não acontece agendamento por telefone ou internet, o que poderia facilitar as marcações.

O controle de programas estratégicos foi um dado avaliado, principalmente os programas voltados à detecção precoce do câncer de mama. É necessário que a equipe realize o registro e monitoramento das solicitações dos exames, encaminhamentos para consultas especializadas e a contrareferência, e que esses sejam registrados não só em prontuários, com vistas ao cuidado integral e também em tempo oportuno (BRASIL, 2017a).

Com relação ao registro das mulheres da população-alvo, elegíveis para exames de detecção precoce, rastreamento e exame citopatológico, 5 (83,3%) referiram possuir registros.

Estudo realizado na cidade de São Paulo apresentou que 92,3% dos enfermeiros realizam ECM durante a consulta de prevenção ginecológica, no entanto, parte significativa de profissionais, representados por 58,5% daqueles entrevistados, referiram não seguir a indicação pela faixa etária estabelecida (MARQUES, 2017).

Das mulheres que estão em tratamento de câncer de mama e colo de útero, 6 (100%) gestores responderam ter o controle de registro dessas.

Ao indagar se possuíam documentos que comprovassem acerca desses registros, 5 (83,3%) responderam que sim. Os que responderam que sim citaram prontuário, fastmedic, unisus, relatório de prontuário eletrônico e planilhas manuais.

Quanto aos atendimentos às mulheres que realizam mamografia, 6 (100%) gestores relataram que esses estão registrados em prontuários e 2 (33,3%) deles acrescentaram outro local, sendo esses livros de registros. Com relação à busca ativa de mamografias solicitadas, 5 (83,3%) responderam que realizavam em sua unidade e 6 (100%) relatam realizar registro dos resultados do ECM, mas somente naqueles que apresentavam alterações. Garantiram possuir documento que comprova acerca dessa busca ativa.

Ao perguntar qual profissional realiza exame citopatológico, 6 (100%) citam o enfermeiro. Em 4 unidades foi referido também o médico ginecologista na realização desse. Quanto à solicitação de mamografia, 5 referiram que essa era solicitada por médicos e enfermeiros e 1 por médicos.

No que se refere ao tempo estimado dos usuários para atendimentos especializados de consultas e exames com especialista nos últimos 3 meses, para mamografia de rastreamento 6 (100%) referiram ser de meses. Para mamografia de mulheres com alterações na mama, 3 (50%) relataram dias e 3 (50%) relataram meses para espera. Para a consulta com o mastologista, 3 (50%) referiram dias e 3 (50%) relataram meses para conseguir a consulta. Com relação à contra referência, 6 (100%) relataram não haver esse retorno.

Estudo apresentou que apesar de 61,7% das mamografias serem liberadas em menos de 1 mês após realização, não existe diferença de tempo entre aquelas com finalidade de rastreamento e aquelas com fins diagnósticos (TOMAZELLI *et al*, 2017), refletindo que para detecção precoce da doença é necessário a organização dos serviços com registros e definição de prioridades.

Estudo realizado em Sergipe, no Ambulatório Público de Oncologia com pacientes que realizam tratamento quimioterápico, apresentou que dentre as dificuldades encontradas no período de investigação estão aquelas relacionadas à consulta com o especialista, que juntamente com a espera para agendar exames e para realizar etapas do tratamento foram consideradas as barreiras organizacionais mais relatadas durante o período avaliado (GONÇALVES *et al*, 2014).

Com relação ao registro e monitoramento das referências para outros níveis de atenção o mesmo não existia, assim como a inexistência de contra referência, de acordo com os gestores.

A recomendação é manter os registros dos atendimentos especializados em instrumentos, não sendo somente o prontuário médico, assim permitindo monitorar casos

atendidos e não atendidos, tempo de espera e retorno (contra referência). Uma vez que foi relatado não haver a contra referência, o registro e acompanhamento ficam comprometidos.

Estudos apresentam que profissionais da atenção básica apontam além de dificuldades para agendamento de consultas, rotatividade de profissionais, cumprimento de fluxos e protocolos, barreiras no sistema de referência e contra referência e deficiência na articulação de outros níveis de atenção, o que repercute na demora do diagnóstico e tratamento até pelo fato dos exames de mamografia, ultrassom e punção mamária serem realizados fora da unidade. Assim, a referência e contra referência que seria para facilitar processos e interligações entre serviços, acaba dificultando, sendo essa última quase inexistente (GOLDMAN *et al*, 2019).

Em relação a promoção da saúde, ao indagar se a equipe oferta ações educativas direcionadas para câncer de mama e colo de útero, 6 (100%) referiram realizar e 5 relataram existir documentos que comprovem essas ações, como livros de registros e folhas de frequência.

Quanto as sessões de educação em saúde para reconhecer manifestações clínicas do câncer de mama e ações para detecção precoce de alterações mamárias, 6 (100%) referiram acontecer em sua unidade, apresentando-se em conformidade.

Quanto a organização do atendimento às ações programáticas, ao questionar acerca de ações para controle de peso e estímulo às atividades físicas, 6 (100%) referiram existir essas atividades, estando em conforme com diretrizes apresentadas.

Conhecer os fatores de risco modificáveis para as neoplasias e planejar estratégias visando o controle dessa doença contribui para melhorar os serviços que prestam assistência nessa área. Exercício físico regular é considerado fator de proteção para o câncer e a obesidade um risco (SAUTER, 2018), por isso indagados nessa avaliação.

Para o controle efetivo do câncer de mama, é necessário que sejam realizadas estratégias intersetoriais que possibilitem a promoção e organização de práticas relacionadas à saúde da mulher, como ações direcionadas para uma vida saudável, combate aos riscos evitáveis, segundo a Agência Internacional para Pesquisa do Câncer, além das informações de saúde, acesso à detecção precoce e tratamento adequado (GONÇALVES, 2017).

5.3 Ações de rastreamento e detecção precoce do câncer de mama

5.3.1 Informações sociodemográficas sobre a usuária

Nas informações sociodemográficas, com relação à idade, foram entrevistadas mulheres de 50 a 69 anos, ou seja, aquelas que segundo as recomendações do Ministério da Saúde são pertencentes a população alvo do câncer de mama e devem realizar ECM anual e mamografia bianual (BRASIL, 2013a).

Em Fortaleza, assim como outras capitais, os enfermeiros da Atenção Básica podem prescrever medicamentos que estejam dentro dos Programas de Saúde Pública e que foram aprovados na portaria municipal. Também são autorizados a solicitar determinados exames, como a mamografia de rastreamento (FORTALEZA, 2012).

Enfermeiros possuem um potencial indiscutível com relação às ações de promoção da saúde na atenção básica, realizando além de atividades que repercutem no controle do câncer de mama, como o ECM realizado de rotina durante as prevenções ginecológicas, a solicitação das mamografias garantida por portaria municipal, o que facilita o acesso para mulheres que procuram esse serviço de saúde e que estão dentro da faixa etária recomendada para exames de detecção precoce.

Também são atribuições aos integrantes da equipe de Atenção Básica participar da territorialização, identificar grupos de risco, manter atualização dos cadastros das famílias, realizar cuidado em saúde da população na unidade e quando necessário no domicílio e outros espaços comunitários, garantir demanda espontânea, participar do acolhimentos dos usuários, realizar busca ativa, realizar reuniões de equipe, garantir qualidade dos registros, participar nas ações de educação permanente (BRASIL, 2012).

Nos resultados a faixa etária foi dividida conforme a classificação do IBGE no que se refere à população feminina, dentro da amostra estudada.

A seguir, na Tabela 1, está descrito a distribuição das mulheres segundo essa e as demais variáveis socio demográficas selecionadas para discussão.

Tabela 1 – Distribuição das mulheres segundo variáveis sociodemográficas e ocupacionais. Fortaleza, Ceará, 2018 (n=400).

Variáveis	N	%
Idade		
50-54	110	27,5
55-59	104	26,0
60-64	130	32,5
65-69	56	14,0
Total	400	100%
Estado Civil		
Solteira	114	28,5
Casada	153	38,2
Viúva	58	14,5
Separada	33	08,3
Divorciada	42	10,5
Total	400	100%
Escolaridade		
Analfabetos ou ensino fundamental 1 incompleto	54	13,5
Ensino fundamental 1 completo ou fundamental 2 incompleto	124	31
Fundamental 2 completo ou médio incompleto	101	25,2
Ensino médio completo ou superior incompleto	96	24
Ensino superior	25	6,3
Total	400	100%
Ocupação		
Sim	106	26,5
Não	193	48,3
Aposentada	101	25,2
Total	400	100%
Plano de Saúde		
Sim	41	10,2
Não	359	89,8
Total	400	100%

Fonte: Dados da Pesquisa

No que se refere a faixa etária, a maioria das mulheres encontra-se entre 60 a 64 anos (32,5%), seguidos daquelas que apresentam entre 50 a 54 (27,5%), e logo após as de 55 a 59 (26%). Com a média de 58,8 anos entre as entrevistadas.

Embora o estudo tenha seguido as recomendações do MS, ainda existem controvérsia quanto o início da realização da mamografia como, por exemplo, a *American Cancer Society* que orienta o rastreamento mamográfico anual para as mulheres que se

encontram na faixa etária de 45 a 54 anos. A Sociedade ainda acrescenta que deve ser oferecido às mulheres de 40 a 44 anos a oportunidade de iniciar esse rastreamento anual e que a partir de 55 anos a mamografia também continue sendo realizada, apesar da periodicidade nessa idade ter recomendação bianual (OEFFINGER *et al*, 2015).

No Reino Unido o início da mamografia é recomendado a partir de 50 anos, estendendo-se um pouco mais até 70 anos, porém a periodicidade é trienal (MARMOT *et al*, 2012).

Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) assemelha-se ao Brasil e recomenda a realização do rastreamento para mulheres com faixa etária entre 50 a 69 anos e com periodicidade bianual. Essa também é de acordo que o rastreamento deve ser realizado de forma organizada, o que ainda é um desafio em muitos lugares (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A faixa etária selecionada torna possível avaliar a população alvo para a realização da mamografia, que são aquelas mulheres em que é recomendado realizar o exame de rastreamento de periodicidade bianual, além do Exame Clínico da Mama anualmente (CONASS, 2011).

Estudos também apontam que quanto maior a idade menor é a realização de exames mamográficos, o que leva a refletir que é necessário estratégias para fortalecer ações direcionadas à saúde da mulher, a fim de melhorar a cobertura das mamografias, principalmente nas faixas etárias que mais necessitam de atenção (FREITAS JÚNIOR *et al*, 2016).

Com relação ao estado civil, a maior parte das mulheres, representadas por 153 (38,2%), referiram ser casadas. A quantidade daquelas que referiram estar solteiras também se apresentou significativa, com 114 (28,5%) das entrevistadas. Em menores quantidades tiveram as que referiram ser viúvas, divorciadas e separadas, representando 58 (14,5%), 42 (10,5%) e 33 (8,3%) da amostra, respectivamente, contabilizando um total de 133 (61,8%) mulheres que vivem sem um companheiro.

De acordo com o nível de escolaridade a maior parte das mulheres, representadas por 124 (31%), concluíram somente o ensino fundamental 1 completo ou fundamental 2 incompleto.

Um estudo realizado na cidade de João Pessoa/Paraíba, direcionado aos métodos de rastreamento do câncer de mama, também refletiu a proporcionalidade do nível de escolaridade com conhecimentos inadequados. No estudo, das 32 mulheres analfabetas, somente 4 (9,1%) apresentavam conhecimento adequado e 28 (10,1%) apresentaram inadequados. Já no ensino

fundamental incompleto 26 (59,1) mulheres apresentaram conhecimento adequado e 132 (47,5) inadequados (SILVA, 2014).

Estudos mostram que o conhecimento e a realização de exames de rastreamento são diretamente relacionados ao nível de escolaridade, por exemplo, pesquisas apontam que o ECM é realizado mais frequentemente em quem passa mais tempo na escola (SILVA; RIUL, 2011). Com relação à mamografia, observa-se que a realização dessas é menor nas classes mais baixas (MATOS; PELLOÇO; CARVALHO, 2011).

Pesquisas mostram que a realização do ECM e correta realização do AEM estão relacionados ao maior tempo de permanência da mulher na escola. Assim, o que se observa é que escolaridade influencia diretamente no conhecimento e na realização de ações para detecção precoce (SILVA; RIUL, 2011).

O fato da maioria das entrevistadas não ter concluído o ensino médio reflete a necessidade de ações mais direcionadas, uma vez que existem estudos, como alguns já apresentados acima, que mostram relação entre a escolaridade e exames de rastreamento.

No que se refere ao trabalho, a maioria das mulheres responderam que não trabalham atualmente, sendo representadas por 193 (48,3%). Aquelas que responderam que trabalham foram representadas por 106 (26,5%) das mulheres entrevistadas, seguidas de 101 (25,2%) que responderam serem aposentadas. Como se observa, quantidade significativa das mulheres não trabalha ou estão aposentadas, totalizando esses dois grupos 294 (73,5%) das entrevistadas.

De acordo com a indagação de possuir plano de saúde, quantidades significativas das mulheres responderam não possuir, sendo representadas por 359 (89,8%). Somente 41 (10,2%) responderam possuir plano de saúde.

Estudo realizado no Brasil reflete em seus resultados que mulher que possui plano de saúde e maior escolaridade tem mais facilidade para conseguir solicitação de mamografia, realização de exame e recebimento mais rápido do resultado (AZEVEDO E SILVA *et al*, 2017).

5.3.2 Ações no controle do câncer de mama nos últimos 4 anos

As ações de controle do câncer de mama no Brasil estão direcionadas às atividades de detecção precoce recomendadas pelo MS. Na Tabela 2 são apresentados dados referentes a fatores de risco para o câncer de mama enfatizando a história familiar.

Tabela 2 – Distribuição das mulheres segundo o fator de risco história familiar para câncer de mama. Fortaleza, Ceará, 2018 (n=400)

Variáveis	N	%
História de câncer de mama na família		
Sim	115	28,7
Não	277	69,3
Não sabem responder	8	2
Total	400	100%
Algum profissional do posto perguntou acerca da história familiar de câncer de mama ou ovário?		
Sim	163	40,8
Não	232	58
Não sabem responder	5	1,2
Total	400	100%

Fonte: Dados da Pesquisa

De acordo com a indagação se a mulher sabe de casos de câncer de mama ou câncer de ovário na família, a maioria, representada por 277 (69,3%), relata que desconhecem que algum familiar apresente ou apresentou casos na família, seguidas de 115 (28,7%) mulheres que relataram a presença dessas neoplasias em familiares. Soma-se a esses dados 8 (2%) que responderam que não sabem se existe.

Ao indagar à entrevistada se algum profissional do posto perguntou acerca da história familiar de câncer de mama ou ovário, a maioria, representada por 232 (58%) das mulheres responderam que não, seguido de 163 (40,8%) que afirmaram já terem sido perguntadas sobre câncer de mama na família pelos profissionais da UAPS referida. Ainda tiveram 5 (1,2%) que não souberam responder.

Ao pesquisar acerca das ações de controle para o câncer de mama nos últimos quatro anos, apesar da maioria ter negado câncer de mama na família, foi significativo o número de mulheres com história familiar, sem contar com um número importante daquelas que não tiveram a indagação, entre suas consultas, sobre a história familiar para essa neoplasia.

O risco de desenvolver câncer de mama é duas a três vezes maior na mulher que possui mãe ou irmã com esse tipo de neoplasia, aumentando esse risco o câncer for em ambas as mamas, principalmente se essa doença iniciar em idade precoce (BRASIL, 2008).

Outro estudo realizado apresentou que 654 (72,1%) mulheres referiram não possuir história familiar de câncer de mama e que 566 (64,3%) das entrevistadas afirmam que nunca foram indagadas acerca desse fator de risco pelos profissionais das unidades básicas de saúde (RABÊLO, 2014).

Com relação ao Exame Clínico das Mamas espera-se, segundo as recomendações do MS, que anualmente a mulher pertencente à faixa etária selecionada para o estudo o tenha realizado.

Nas Tabela 3 e 4, a seguir, são apresentados os dados referentes ao ECM nas UAPS selecionadas.

Tabela 3 – Distribuição das mulheres segundo Exame Clínico das Mamas. Fortaleza, Ceará, 2018 (n=400)

Variáveis	N	%
Orientação profissional acerca da idade para realização do ECM		
Não	284	71
Sim (antes dos 40 anos)	33	8,3
Sim (a partir de 40 anos)	78	19,5
Sim (a partir de 50 anos)	0	0
Sim (não tem restrição de idade)	3	0,7
Não recorda	2	0,5
Total	400	100%
ECM anual		
Sim	173	43,2
Não	225	56,3
Não recordavam	2	0,5
Total	400	100%
ECM realizado, no posto em questão, nos últimos 4 anos		
Sim	212	53
Não	174	43,5
Nunca foram examinadas	10	2,5
Não recordavam	4	1
Total	400	100%

Fonte: Dados da Pesquisa

Quanto ao controle do câncer de mama através do ECM, uma das indagações às entrevistadas foi se algum profissional do posto explicou a partir de que idade era necessário que a mulher marcasse alguma consulta para os médicos ou enfermeiros examinarem suas mamas. Parte significativa das mulheres respondeu que não receberam essa informação, representada por 284 (71%). Dentre as demais, 78 (20%) responderam que foram orientadas a marcar consulta a partir de 40 anos, seguidas de 33 (8,3%) que foram orientadas que era antes dos 40 anos e 3 (0,7%) responderam que foram orientadas, mas não havia restrição de idade.

Das demais, 2 (0,5%) não souberam responder e nenhuma (0%) respondeu que foi orientada a partir de 50 anos.

Observa-se que ainda é significativo o número de mulheres que relataram não terem recebido orientação quanto a idade para iniciar a realização do ECM.

Além da garantia de acesso e oferta de exames, é imprescindível que as mulheres tenham conhecimento acerca da detecção precoce do câncer de mama e, caso apresente alguma alteração, que sejam fornecidas informações sobre o diagnóstico, em busca de tratamento adequado (SOUSA, 2014).

No que se refere às mamas das entrevistadas terem sido pelo menos uma vez ao ano examinadas por médicos ou enfermeiros do posto em questão, 225 (56,3%) responderam que não, seguidas de 173 (43,2%) que disseram que sim e 2 (0,5%) que não recordavam.

Como se observa, a maioria das mulheres pertencentes à população-alvo para o câncer de mama não realiza ECM anual. Estudo realizado em São Luís do Maranhão apresenta que ao indagar à usuária se recebeu orientações acerca da idade para iniciar a realização do ECM, 655 (72,5%) responderam que não receberam essas informações. Com relação ao ECM anual, 636 (70,1%) afirmaram que não realizam nessa periodicidade. Das que foram examinadas, 119 (45,9%) relataram como motivo o rastreamento e 194 (75,2%) tiveram suas mamas examinadas durante o exame de prevenção ginecológica (RABÊLO, 2014).

Ao perguntar acerca da palpação e exame das mamas por algum profissional de saúde no referido posto, nos últimos 4 anos, 212 (53%) responderam que sim, que tiveram suas mamas examinadas, seguidas de 174 (43,5%) que responderam que não, 10 (2,5%) que disseram que nunca foram examinadas e 4 (1%) que não recordavam.

Com relação ao ECM, nota-se que a maior parte das mulheres responderam não ter sido informadas acerca da idade para realização desse exame.

Outro fato que preocupa é que apesar de toda mulher entrevistada, conforme as recomendações do MS, ser necessário realizar ECM anualmente, a maior parte respondeu que não realizava. Mesmo ao indagar no período dos últimos quatro anos, ainda é significativo o número daquelas que não o fazem. Sabe-se que a detecção precoce é fundamental na redução da morbimortalidade pelo câncer de mama.

Estudo na cidade de Capistrano de Abreu, interior do Ceará, também apresentou que mais da metade das mulheres, representadas por 124 (51%) dessas, não realizava o ECM anualmente, o que contribui para um diagnóstico tardio da doença, já que o exame é uma das formas de detecção precoce (OLIVEIRA, 2015).

O exame clínico das mamas (ECM) e a mamografia são os exames mais recomendados como forma de detecção precoce, tendo como um dos objetivos aumentar as taxas de sobrevivência (INCA, 2014).

Ainda com relação ao ECM, a pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD) do curso de 2008 aponta que os estados do nordeste e norte apresentaram as menores coberturas de realização desse exame e também de mamografia (BRASIL, 2011b).

A tabela a seguir apresenta dados referentes às mulheres que tiveram suas mamas examinadas, por profissional dos postos selecionados, nos últimos 4 anos.

Tabela 4 – Distribuição das mulheres que tiveram suas mamas examinadas por profissional do posto, nos últimos 4 anos. Fortaleza, Ceará, 2018 (n=400)

Variáveis	N	%
Último Ano		
2014	2	0,9
2015	15	7,1
2016	42	19,8
2017	85	40,1
2018	58	27,3
Não recordavam	10	4,8
Total	212	100%
Motivo do exame		
Alteração mamária	8	3,8
Idade	62	29,2
Câncer na família	5	2,4
Rotina	125	59
Outro motivo	7	3,2
Não souberam responder	5	2,4
Total	212	100%
Quando ECM foi realizado		
Exame ginecológico	185	87,3
Consulta de enfermagem	4	1,9
Consulta médica	20	9,4
Durante visita domiciliar	0	0
Outro momento	1	0,5
Não recordavam	2	0,9
Total	212	100%
Presença de alteração		
Sim (caroço)	10	4,7
Sim (saída de líquido do mamilo)	2	0,9
Sim (retração do mamilo)	0	0
Sim (afundamento da pele da mama)	0	0
Sim (alteração da pele da mama)	0	0
Não tinha alterações	200	94,4
Total	212	100%

Fonte: Dados da Pesquisa

Das mulheres que realizaram ECM por profissional de saúde do posto em que foram entrevistadas, nos últimos 4 anos, a maior parte delas referiu terem sido examinadas no ano de 2017, representando um total de 85 (40,1%) mulheres.

Ao indagar acerca do principal motivo do exame e palpação da mama, a maioria respondeu que foi devido a rotina para controle do câncer de mama, representando 125 (59%) das mulheres, seguidas de 62 (29,2%) que responderam ser devido a idade. Os outros motivos tiveram um percentual menor, sendo 8 (3,8%) por alteração mamária, 7 (3,2%) por outro motivo diferente, 5 (2,4%) por casos de câncer em familiares. Igual porcentagem, ou seja, 5 (2,4%) não sabiam responder.

Ao perguntar em que momento o profissional examinou suas mamas, a maior parte delas, representada por 185 (87,3%) das mulheres, respondeu que foi durante o exame ginecológico.

Ao indagar se durante o exame houve alguma alteração, a maioria, representada por 200 (94,4%) responderam que não. Das demais, 10 (4,7%) responderam que o exame mostrou um “caroço” e 2 (0,9%) saída de líquido do mamilo.

Com relação à realização do ECM nos últimos 4 anos, destaque vai para o ano de 2017. O que se observa também é um certo crescimento quanto a essa realização, com exceção do ano de 2018.

O incentivo ao senso de corresponsabilidade e autocuidado no que se refere ao processo saúde-doença, através de ações que contribuam para práticas de controle do câncer de mama, é algo muito importante para a atualidade. Muitas mulheres somente procuram atendimento quando já sentem alguma manifestação (LIMA *et al.*, 2011).

Através dos estudos observa-se que a solicitação de exames relacionados à detecção precoce do câncer de mama, para a população-alvo, ainda é reduzida, encontrando-se abaixo do que é recomendado (MARINHO; GURGEL; CECATTI, 2008).

Quanto às manifestações clínicas das neoplasias da mama, o sinal mais evidente é o nódulo indolor, duro e irregular, mas também existem tumores que apresentam características mais brandas e aspecto mais delimitado, por isso a importância da investigação dos “caroços” relatados pelas mulheres. O nódulo é a manifestação inicial responsável por 90% dos casos que apresentam sintomatologia (BRASIL, 2013a).

Segundo o mesmo autor, áreas de endurecimento na mama, hiperemia, edema cutâneo com aspecto de “casca de laranja”, algia, descamação ou úlcera localizada, linfonodos

axilares palpáveis e saída de secreção pelo mamilo são também manifestações clínicas do câncer de mama. A secreção papilar também foi relatada pelas entrevistadas.

No que se refere à mamografia, foram realizadas perguntas acerca do exame. As respostas encontram-se na Tabela 5 e 6, a seguir.

Tabela 5 – Distribuição das mulheres segundo a orientação quanto a idade inicial para realização da mamografia e sua solicitação pelos profissionais das UAPS selecionadas. Fortaleza, Ceará, 2018 (n=400)

Variáveis	N	%
Orientação profissional quanto à idade para realização da mamografia		
Não	190	47,5
Sim (antes dos 40 anos)	32	8
Sim (após 40 anos)	155	38,7
Sim (a partir de 50 anos)	11	2,8
Sim (não há restrição)	0	0
Sim (outra idade)	0	0
Não recorda	12	3
Total	400	100%
Guia para realização da mamografia nos últimos 4 anos		
Sim	221	55,3
Não	159	39,8
Nunca receberam	13	3,2
Não recordavam	7	1,7
Total	400	100%

Fonte: Dados da Pesquisa

De acordo com a orientação pelo profissional do posto quanto a idade ideal para iniciar a realização da mamografia, chama atenção o fato que a maioria das mulheres, representadas por 190 (47,5%), responderam que não receberam essa orientação, bem como 32 (8%) que relataram terem sido orientadas quanto a realização da mamografia antes dos 40 anos.

Estudo realizado no município de Ribeirão Preto/São Paulo apresentou dados que apontam divergências no pedido do exame mamográfico. Na pesquisa, de acordo com a periodicidade, 45% dos enfermeiros orientam mamografia de rastreamento anual. Com relação à idade de início para realização do exame, somente 5% recomenda após 50 anos de idade (MORAES, 2015).

Com relação ao receber a guia do referido posto para realização da mamografia, nos últimos 4 anos, a maioria das mulheres, representadas por 221 (55,3%), responderam que

receberam a guia de solicitação, seguidas de 159 (39,8) que responderam que não receberam. Das demais, 13 (3,2%) referiram nunca terem recebido e 7 (1,7%) não recordavam.

Estudo realizado em Diadema/São Paulo, com 90 enfermeiros, apontou que 88,6% referiram que realizavam solicitação anual da mamografia e 75,7% com início a partir de 40 anos (TEIXEIRA *et al*, 2017).

A solicitação de exames de detecção precoce pelos enfermeiros é uma estratégia que contribuiu para um número crescente de mamografias, visto que são os profissionais que estão diretamente relacionados aos exames de prevenção ginecológica nas unidades básicas e, como foi observado, é durante esse exame que acontece o maior número de ECM, além de ser um momento oportuno para solicitar o rastreamento através de exames mamográficos.

Ainda existem controvérsias relacionadas à idade de realização da mamografia. Enquanto a lei 11.664/08 e o *American Cancer Society* preconizam a realização do rastreio mamográfico a partir de 40 anos, o Ministério da Saúde e o *United States Preventive Services Task Force* recomendam o exame para mulheres a partir de 50 anos. Estudo recente analisando o custo-efetividade relacionado à idade inicial do rastreamento no Brasil indicou a faixa etária de 50 a 69 anos como a mais recomendada (SIUL, 2016).

Estudo realizado no Maranhão com 907 mulheres apontou que 577 (63,6%) das entrevistadas negaram receber informações dos profissionais da unidade básica acerca da idade inicial para realização da mamografia e que 608 (67%) não receberam guia de solicitação de mamografia nos últimos 4 anos (RABÊLO *et al*, 2014).

Tabela 6 – Distribuição das mulheres que receberam guia de solicitação de mamografia pelos profissionais do posto, nos últimos 4 anos. Fortaleza, Ceará, 2018 (n=221)

Variáveis	N	%
Houve remarcação de exame		
Não	213	96,4
Sim (falta da mulher)	2	0,9
Sim (profissional faltou)	0	0
Sim (falha no agendamento)	2	0,9
Sim (falha no equipamento)	0	0
Não recordavam	4	1,8
Total	221	100%
Falta ao exame ou consulta de retorno		
Sim	9	4,1
Não	208	94,1
Não recordavam	4	1,8
Total	221	100%

Fonte: Dados da Pesquisa

Daquelas que receberam um guia do posto nos últimos 4 anos para realização de mamografia, uma parte significativa, representada por 213 (96,4%) mulheres, referiu que não houve remarcação do exame. Das demais, 4 (1,8%) não recordavam, 2 (0,9%) responderam que houve por falta da mesma e 2 (0,9%) referiram falha no agendamento.

Ao indagar se a mesma faltou ao exame ou a consulta de retorno, 208 (94,1%) mulheres responderam que não. Somente 9 (4,1%) relataram que sim e 4 (1,8%) que não recordavam.

Estudo apontou que ainda existe dificuldades no monitoramento das mulheres que faltam a mamografia devido à falta de tempo dos profissionais, o que pode trazer como consequência diagnóstico tardio da doença. Nesse serviço, não existia registro das mulheres que foram encaminhadas para rastreamento mamográfico e que não compareceram ao exame (TEIXEIRA *et al*, 2017).

Com relação ao motivo da falta, a maior parte das mulheres que faltaram, representadas por 6 (66,7%), responderam que foi por outra razão diferente das apresentadas pelo questionário, seguidas de 2 (22,2%) que disseram ter medo de fazer o exame e 1 (11,1%) que referiu ter feito pelo convênio.

No que se refere à mamografia ainda se observa que a maioria das mulheres não recebem orientação quanto à idade para sua realização. Além disso, a maior parte das que relataram ter recebido não respondem conforme as orientações do MS.

Nos últimos anos, percebeu-se mais divulgação da importância da realização da mamografia para o controle do câncer de mama, porém ainda se observa falta de conhecimento quanto ao início e periodicidade para realização desse exame, como apresentado nos resultados.

Mesmo sendo um câncer muito presente na população feminina, muitas entrevistadas ainda não conhecem a periodicidade recomendada para os seus métodos de rastreamento, como foi observado, o que é um fator preocupante visto que ainda existe um importante número de mulheres que mesmo pertencendo ao grupo-alvo desse tipo de neoplasia não recebem, como esperado, solicitação desse exame.

Apesar da realização da mamografia ser recomendável para as mulheres de 50 a 69 anos, o que ainda se observa é que uma quantidade significativa não recebe essa solicitação necessária. Além das dificuldades administrativas e estruturais, soma-se o desconhecimento da população e até mesmo de profissionais às novas diretrizes (MIGOWSKI, 2018b).

Das que receberam a guia do posto, percebe-se que houve poucas remarcações e também que poucas faltaram ao exame ou à consulta de retorno. Das razões para remarcação estiveram presentes a falta da mulher e a falha no agendamento.

Além dos motivos levantados no questionário aplicado, a literatura ainda mostra outras causas relacionadas ao fato da mulher não realizar a mamografia, como o medo do exame, a insuficiência de recursos financeiros para o acesso, esquecimento da data agendada, dentre outros (GODINHO; KOCH, 2002).

A mamografia é um exame que avalia as partes moles da mama e hoje é considerado o mais adequado método de rastreamento, pois detecta alterações ainda imperceptíveis por exames clínicos (BRASIL, 2008), por isso é preocupante a falta da periodicidade recomendada desse exame ao grupo-alvo. Muitas mulheres, devido à falta de conhecimento da importância desse método de detecção precoce, ainda não valorizam a realização desse (BRITO *et al*, 2010), com isso não buscam a sua realização. Isso faz-se refletir a responsabilidade do profissional em solicitar o exame no período correto e quando necessário.

Estudo realizado em Campinas, no Estado de São Paulo, apresentou que o principal motivo para a falta da realização do exame mamográfico foi a ausência da solicitação pelo profissional responsável (MARINHO; GURGEL; CECATTI, 2008), concluindo-se que muitas mulheres não buscam a sua solicitação, aguardando o pedido do profissional de saúde, ou seja, caso o profissional desconheça as recomendações adequadas quanto ao início da idade para a realização do exame ou a periodicidade adequada desse, muitas mulheres ficarão sem realizá-lo, contribuindo para elevadas taxas de mortalidade como ainda se observa no Brasil, devido ao diagnóstico tardio (BRASIL, 2010).

Outro estudo realizado aponta que as maiores dificuldade para seguir as recomendações do Ministério da Saúde é a falta de profissionais nas UAPS, além de dificuldade no agendamento. O estudo também apresentou que o número de enfermeiros e salas para atendimento desses é bem menor que a quantidade de salas para atendimentos médicos (MARQUES, 2017).

Estudo realizado em Florianópolis/Santa Catarina apontou que 89,9% das mulheres entrevistadas já realizaram mamografia, sendo os maiores motivos para essa realização a rotina ou acompanhamento, representados por 75,4% seguido de nódulos. Dentre as mulheres que nunca fizeram o exame, a maioria, representadas por 51,2%, apresentou como causa a falta de solicitação pelo profissional, seguido de sentimentos de medo ou de vergonha (SCHNEIDER *et al*, 2014).

Tabela 7 – Distribuição das mulheres que realizaram mamografia em serviço público, nos últimos 4 anos, segundo às variáveis relacionadas ao exame. Fortaleza, Ceará, 2018

Variáveis	N	%
Ano da última mamografia em serviço público		
2014	6	2
2015	18	6,1
2016	67	22,8
2017	116	39,5
2018	73	24,8
Não recordavam	14	4,8
Total	294	100%
Motivo da realização do exame		
Idade	93	31,6
História familiar	12	4,1
Alterações na mama	20	6,8
Outro motivo	49	16,7
Solicitação do profissional de saúde	105	35,7
Propagandas ou campanhas	9	3,1
Outro motivo	0	0
Não recordavam	6	2
Total	294	100%
Intervalo entre a solicitação e realização da mamografia		
Menos de 1 mês	108	36,7
Entre 1 e 3 meses	106	36,1
Entre 3 e 6 meses	20	6,8
Mais de 6 meses	25	8,5
Não recordavam	31	10,5
Não retornou para realizar	4	1,4
Total	294	100%
Intervalo entre realização do exame e retorno para apresentá-lo		
Menos de 1 mês	82	28,3
Entre 1 e 3 meses	98	33,8
Entre 3 e 6 meses	29	10,0
Mais de 6 meses	27	9,3
Não retornou	31	10,7
Não recordava	23	7,9
Total	290	100%
Alguma alteração		
Sim	19	7,4
Não	236	91,1
Não recordavam	4	1,5
Total	259	100%

Fonte: Dados da Pesquisa

Das mulheres que realizaram mamografia em serviço público nos últimos 4 anos, a maioria, representada por 116 (39,5%), referiu ter realizado em 2017, seguidas de 73 (24,8%) que realizaram em 2018, 67 (22,8%) em 2016, 18 (6,1%) em 2015 e 6 (2%) em 2014. Ainda tiveram 14 (4,8%) que não recordavam.

Das que realizaram mamografia nos últimos 4 anos em serviço público, ao indagar acerca do motivo que as levaram a realizar o exame, a maior parte delas, representada por 105 (35,7%) referiu ter sido devido a solicitação do profissional de saúde, seguidas de 93 (31,6%) que referiram ser pela idade, 49 (16,7%) devido a outros motivos diferentes dos apresentados, 20 (6,8%) por alterações na mama, 12 (4,1%) por casos de câncer de mama na família, 9 (3,1%) devido a propagandas ou campanhas e 6 (2%) não recordavam.

Com relação ao intervalo de tempo entre a solicitação da mamografia e a realização da mesma, a maioria, representada por 108 (36,7%), respondeu que foi em menos de um mês, logo seguidas de 106 (36,1%) que referiram ser entre um e três meses, 25 (8,5%) com mais de seis meses, 20 (6,8%) entre três e seis meses e ainda tiveram 31 (10,5%) que não recordavam e 4 (1,4%) que não retornaram para realizar.

No que se refere ao intervalo de tempo entre a realização do exame e o retorno para apresentar em consulta, 98 (33,3%) referiram ser entre um e três meses, seguidas de 82 (27,9%) com menos de 1 mês, 29 (9,9%) entre 3 três e seis meses e 27 (9,2%) com mais de seis meses. Ainda houve 31 (10,5%) que não retornaram e 27 (9,2%) que não recordavam.

Estudo realizado no Maranhão apresentou que 115 (45,6%) das mulheres que realizaram mamografia passaram menos de um mês para realizar o exame após solicitação do mesmo e 105 (41,7%) entre 1 e 3 meses (RABÊLO, 2014).

Na pergunta que se refere a presença de alguma alteração apresentada com a mamografia, a maior parte, representada por 271 (92,2%) respondeu que não, 19 (6,5%) que sim e ainda tiveram 4 (1,3%) que não recordavam.

Com relação a realização da mamografia em serviço público, nos últimos 4 anos, também se observa crescimento durante os anos, com exceção de 2018. Destaque novamente do número de exames em 2017. Esse é um dado importante de ser destacado, podendo ser frutos de campanhas e outros meios de educação em saúde para promoção da saúde mamária.

Os dados apresentados são semelhantes aos dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2017, em que 59,4% das mulheres entrevistadas, que eram usuárias do SUS, tiveram pedido médico para realização de mamografia, embora o referido estudo também apresente que o fato

de pertencer às regiões norte e nordeste reduz a chance de ter solicitação médica desse exame (AZEVEDO E SILVA *et al*, 2017).

Observa-se que apesar do aumento da cobertura de exames de controle do câncer de mama, ainda se percebe que uma significativa parte das mulheres não são rastreadas de acordo com as novas diretrizes nacionais no que se refere à população-alvo e periodicidade da mamografia, que também foram preconizados pelo Documento de Consenso de 2004 (INCA, 2004).

Outro fator que influencia nesse resultado é que devido ao rastreamento oportunístico que ocorre no país, a abordagem pelos profissionais é realizada em alguma oportunidade, uma consulta por exemplo. Não há busca ativa, com isso a periodicidade e a idade de início e término do rastreamento recebem influência de decisões individuais das mulheres e profissionais de saúde (MORAES *et al*, 2016).

Uma das estratégias seria melhorar a qualidade dos registros, mantendo controle além dos prontuários, como livros direcionados aos exames de detecção precoce e conseqüentemente realizar busca ativa daquelas que não fizeram durante período recomendado.

O aumento do número de mamografia nos últimos anos de acordo com a pesquisa reflete o importante crescimento da cobertura de rastreamento no país, na última década (OLIVEIRA *et al*, 2011).

No que se refere ao motivo da realização da mamografia, apesar da maioria das mulheres terem respondido que foi somente devido a solicitação do profissional, observa-se que as mesmas estão mais orientadas da importância da idade como fator determinante de sua realização, visto que a idade foi citada como segundo motivo da realização do exame.

Com relação ao profissional que solicita a mamografia, essa é realizada por médicos e enfermeiros, conforme portaria municipal de Fortaleza.

Além de solicitar mamografia, aos enfermeiros destacam-se as atividades de educação em saúde direcionadas ao rastreamento. Ressalta-se que pelo SUS essa atribuição pode ser do médico ou enfermeiro (WELCH *et al*, 2016).

Independente da solicitação, os enfermeiros são grandes responsáveis por ações de controle do câncer de mama, com atribuições como a realização de atividades de educação em saúde, visando a captação para rastreamento mamográfico, orientação quanto ao autoexame das mamas e realização do ECM. Além disso, o enfermeiro da atenção primária tem um grande potencial na adesão das mulheres pertencentes à população-alvo quanto a periodicidade dos exames de rastreamento, considerados potenciais prescritores da mamografia e rastreamento,

sendo amparados legalmente no Brasil, quando da solicitação por programas governamentais (MIGOWSKI *et al*, 2018a).

Quanto ao intervalo de tempo entre a solicitação e a realização da mamografia, observou-se que a maior parte das mulheres recebem até 3 meses seus resultados, mas não em até 1 mês, o que já acontece em alguns locais.

Esse estudo diferenciou-se dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, em que 70% das entrevistadas recebem o resultado de mamografia antes de completar 1 mês (GULNAR *et al*, 2017).

Também foi perguntado às mulheres acerca da realização de ultrassonografia das mamas. Com realização a ter recebido do posto referente uma guia nos últimos quatro anos para realização de ultrassom das mamas, 169 (42,2%) referiram que não, 117 (29,3%) que sim 104 (26%) que nunca e 10 (2,5%) que não recordavam.

Outra questão abordada durante a entrevista foi quanto a realização do autoexame das mamas pelas mulheres. A Tabela 8 a seguir apresenta dados referentes ao AEM.

Tabela 8– Distribuição das mulheres segundo o Autoexame das Mamas. Fortaleza, Ceará, 2018 (n=400)

Variáveis	N	%
Orientação profissional acerca do autoexame das mamas		
Sim	130	32,5
Não	268	67
Não recordavam	2	0,5
Total	400	100%
Frequência que a mulher examina suas mamas		
Mensal	144	45,4
Bimestral	6	1,9
Trimestral	5	1,6
Esporadicamente	162	51,1
Total		
Qual a razão de não fazer		
Não sabem fazer	39	47
Medo de fazer	7	8,4
Não considera importante	18	21,7
Outra razão	19	22,9
Total	83	100%

Fonte: Dados da Pesquisa

No que se refere ao autoexame das mamas, ao indagar se algum profissional do posto repassou orientação sobre a partir de que idade é necessário que a mulher examine suas mamas, 268 (67%) responderam que não, 130 (32,5%) responderam que sim e 2 (0,5%) não recordavam.

Com relação à frequência que a mulher examina suas mamas, 162 (51,1%) responderam que examinam esporadicamente, 144 (45,4%) mensal, 6 (1,9%) bimestral e 5 (1,6%) trimestral.

Das mulheres que não realizam o autoexame, de acordo com a razão de não fazer, 39 (47%) referiram não saber fazer, 19 (22,9%) ser por outra razão diferente das apresentadas, 18 (21,7%) não consideravam importante e 7 (8,4%) têm medo de fazer.

Estudo realizado em Minas Gerais, com pacientes que realizavam tratamento quimioterápico para o câncer de mama, apresentou que 14 (77,77%) das entrevistadas descobriu a doença através da realização do autoexame das mamas, o que demonstra importância do método para conhecimento do seu corpo e identificação de alterações (SILVA; RIUL, 2011).

5.3.2 Ações Gerais

Com relação a outras oportunidades de educação em saúde, a Tabela 9 a seguir apresenta dados referentes a orientações em saúde e exame preventivo para o câncer do colo do útero. Esse último considerou-se relevante apresentar devido ao fato de que são significativos os números de ECM realizados durante esse exame.

Tabela 9– Distribuição das mulheres segundo educação em saúde e exame preventivo ginecológico. Fortaleza, Ceará, 2018 (n=400)

Variáveis	f	%
Participação em reunião no posto acerca de câncer de mama		
Sim	34	8,5
Não	358	89,5
Não recordava	8	2
Total	400	100%
Realização de exame preventivo		
Sim	265	66,3
Não	117	29,2
Não recordava	12	3
Nunca fez	6	1,5
Total	400	100%

Fonte: Dados da Pesquisa

Com relação a participação nos últimos quatro anos de alguma reunião, no referido posto, que falasse acerca do câncer de mama, 358 (89,5%) referiram que não participaram, 34 (8,5%) que sim e 8 (2%) que não recordam.

Apesar de fundamental para conhecimento de determinado assunto, as reuniões ainda não são realizadas com determinada frequência nas UAPS. Estudo aponta que apenas 52,9% dos enfermeiros relatam realizar reuniões educativas direcionadas às neoplasias mamárias (TEIXEIRA, 2017).

Outro estudo apontou que somente 134 (14,6%) das mulheres entrevistadas relataram participar de alguma reunião ou educação em saúde, nas unidades básicas correspondentes, acerca do câncer de mama (RABÊLO, 2014).

No que se refere à realização do exame ginecológico preventivo nos últimos quatro anos, 265 (66,3%) referiram terem feito, 117 (29,2%) não realizaram, 12 (3%) não recordavam e 6 (1,5%) nunca fizeram.

Conforme recomendações ministeriais, caso a mulher apresente dois resultados negativos para o câncer de colo do útero, a periodicidade para realização do exame pode ser de até três anos consecutivos (BRASIL, 2013a).

Apesar da maioria das mulheres terem realizado exame ginecológico preventivo, ainda é significativo o número de mulheres que o realizaram há mais de 4 anos ou que ainda não fizeram nenhuma vez. A ausência do exame pode ter relação a menores coberturas de rastreamento, visto que durante esses exames são realizadas solicitação de mamografias, bem como ECM.

No que se refere ao AEM, observou-se que a maioria não recebeu orientação para realizá-lo e, dentre aquelas que realizam, a maioria o faz esporadicamente. Com relação ao motivo de não fazer, a maioria relata não saber como realizar.

Embora a maior parte das mulheres não tenha recebido orientações acerca do AEM, é significativo o número daquelas que receberam essas informações dos profissionais de saúde. Desde o Consenso de 2004, o ensino do AEM deixou de ser recomendado no Brasil como método de rastreamento, mas ainda está presente em muitos materiais educativos. O que se observa é que ainda é frequente a recomendação do autoexame inclusive por outros especialistas (SMITH *et al*, 2012).

Apesar disso, é importante que todas as mulheres, independentemente da idade, sejam orientadas a conhecer seu corpo, assim quando algo está alterado, é mais fácil de

identificar e buscar ajuda. A maior parte dos cânceres de mama é descoberta pelas próprias mulheres (INCA, 2019).

Uma das vantagens do exame é que esse não apresenta contraindicação, além de possibilitar que a mulher participe nos cuidados e também quanto ao conhecimento do seu corpo, identificando quando algo está alterado (BRASIL, 2008).

Com relação a participação em reuniões acerca do câncer de mama no posto de saúde, a maior parte referiu não participar.

A educação em saúde acerca do câncer de mama, seus fatores de risco, suas manifestações clínicas e seus métodos de detecção precoce, são ações que fortalecem o controle desse tipo de neoplasia (CONASS, 2011).

Estudo realizado no interior do Ceará, também direcionado à população-alvo que frequenta os postos de saúde, mostra que além dos relatos das mulheres sobre a falta de tempo para ir a sessões de educação em saúde, também existem aquelas que relatam nunca terem ouvido falar que teria palestra acerca da temática, refletindo assim, a necessidade de estratégias de horários alternativos, como sessões no período noturno ou finais de semana, e uma maior divulgação desses momentos (OLIVEIRA, 2015).

O mesmo autor também apresenta que todas as entrevistadas relataram ter realizado o ECM durante o papanicolaou. Nenhuma das mulheres pertencentes à amostra selecionada relatou ter realizado em outro momento.

Sensibilizar mulheres para a realização do exame preventivo ginecológico influenciaria de forma satisfatória na detecção precoce do câncer de mama, pois durante esse exame, aproveita-se para a realização do ECM, bem como resolutividade dos casos e encaminhamentos quando necessário. A solicitação da mamografia também é realizada, muitas vezes, durante o exame de prevenção (OLIVEIRA, 2015).

De acordo com as respostas obtidas através dos questionários que foram aplicados, foram realizadas associações, utilizando o Teste do Qui-Quadrado, entre variáveis selecionadas, considerando significância quando $< 0,05$.

No que se refere à realização do ECM, todas as mulheres a partir de 40 anos devem realizar esse exame anualmente. Para isso, foi avaliado se existia relação dessa realização com o estado civil, escolaridade, ocupação e plano de saúde.

Tabela 10: Associação de dados sociodemográficos relacionados a realização do ECM anual nas mulheres do grupo alvo para o câncer de mama. Fortaleza, Ceará, 2018.

Variáveis	Sim	Não	Total	P
Estado Civil				0,827
Solteira	50 (43,9%)	64 (56,1%)	114 (100%)	
Casada	68 (44,4%)	85 (55,6%)	153 (100%)	
Viúva	27 (46,6%)	31 (53,4%)	58 (100%)	
Separada	13 (39,4%)	20 (60,6%)	33 (100%)	
Divorciada	15 (35,7%)	27 (64,3%)	42 (100%)	
Escolaridade				<0,01
Analf/Fund1 inc	21 (38,9%)	33 (61,1%)	54 (100%)	
Fund 1 cp/fund 2 inc	32 (25,8%)	92 (74,2%)	124 (100%)	
Fund 2 cp/Médio inc	56 (55,4%)	45 (44,6%)	101 (100%)	
Méd cp/Sup inc	48 (50%)	48 (50%)	96 (100%)	
Superior cp	16 (64%)	9 (36%)	25 (100%)	
Trabalho				0,536
Sim	43 (40,6%)	63 (59,4%)	106 (100%)	
Não	89 (46,1%)	104 (53,9%)	193 (100%)	
Aposentada	41 (40,6%)	60 (59,4%)	101 (100%)	
Plano de Saúde				<0,01
Sim	4 (9,8%)	37 (90,2%)	41 (100%)	
Não	169 (47,1%)	190 (52,9%)	359 (100%)	

Fonte: Dados da Pesquisa

Com relação à associação de características demográficas e a realização do ECM anual, observou-se que uma maior escolaridade e ser atendida exclusivamente pelo SUS foram fatores que influenciaram de forma significativa e positiva. Estado civil e ocupação não foram significativos para realização do ECM anual nesse estudo.

De acordo com a escolaridade, possuir mais tempo de estudo influenciou na realização do exame anual. Dentre as mulheres que possuíam ensino superior, 16 (64%) responderam que realizaram o exame anualmente. Das mulheres analfabetas, ou que possuíam somente o ensino fundamental 1 incompleto, 33 (61,1%) responderam que não realizaram ECM anualmente.

Estudo realizado nas regiões sul e nordeste apontou que 32% das mulheres nunca realizaram ECM, diferentemente da região sul, em que esse percentual foi de 17,5%. Também

ressalta que a escolaridade influencia positivamente para a realização desse exame (BORGES *et al*, 2016). Observou-se que ainda existe uma quantidade significativa de mulheres da população alvo que não realizam exame anual conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Outro estudo realizado no Rio Grande do Sul também apresenta que a escolaridade influencia na referência a esse método, assim como aquelas de maior renda e as que trabalham fora de casa (GONÇALVES *et al*, 2017).

No que se refere a possuir plano de saúde, observou-se que as mulheres que são atendidas exclusivamente pelo SUS apresentaram melhores resultados quanto à realização do ECM anual. Vale ressaltar que poucas foram as mulheres que participaram do estudo e que possuíam plano de saúde.

Estudo apontou que 295 (93,6%) das mulheres entrevistadas pertencentes a faixa etária de 50 a 69 anos apresentaram classificação inadequada ao serem indagadas acerca do Exame Clínico das Mamas anual e mamografia bianual (RABÊLO, 2014).

Tabela 11: Associação de dados sociodemográficos relacionados nos últimos quatro anos, quanto à realização da mamografia, nas mulheres do grupo alvo para o câncer de mama. Fortaleza, Ceará, 2018.

Variáveis	Antes de 2016	Após 2016	Total	P
Estado Civil				0,274
Solteira	11 (13,8%)	69 (86,2%)	80 (100%)	
Casada	07 (6,7%)	98 (93,3%)	105 (100%)	
Viúva	1 (3,1%)	31 (96,9%)	32 (100%)	
Separada	1 (3,6%)	27 (96,4%)	28 (100%)	
Divorciada	4 (11,4%)	31 (88,6%)	35 (100%)	
Escolaridade				0,309
Analf/Fund1 inc	3 (7,9%)	35 (92,1%)	38 (100%)	
Fund 1 cp/fund 2 inc	5 (6,5%)	72 (93,5%)	77 (100%)	
Fund 2 cp/Médio inc	10 (14,3%)	60 (85,7%)	70 (100%)	
Méd cp/Sup inc	6 (8,1%)	68 (91,9%)	74 (100%)	
Superior cp	0 (0%)	21 (100%)	21 (100%)	
Trabalho				0,346
Sim	6 (8%)	69 (92%)	75 (100%)	
Não	15 (11,5%)	116 (88,5%)	131 (100%)	
Aposentada	3 (4,1%)	71 (95,9%)	74 (100%)	
Plano de Saúde				0,429
Sim	3 (13%)	20 (87%)	23 (100%)	
Não	21 (8,2%)	236 (91,2%)	257 (100%)	

Fonte: Dados da Pesquisa

Na tabela, apesar de não haver apresentado significância nas categorias demográficas avaliadas, o que ainda se percebe é o significativo número daquelas que mesmo pertencendo a faixa etária considerada prioritária para rastreamento não tenha sua mamografia solicitada como se recomenda.

Estudo em Teresina/Piauí com 433 mulheres mostrou que 55,1% das que não realizaram o exame apresentam como justificativa o fato de nenhum médico ter feito o pedido (LAGES, 2012).

No estudo realizado em Belo Horizonte acerca dos métodos de rastreamento do câncer de mama também foi encontrado associação significativa entre a escolaridade e esses métodos. Mulheres analfabetas apresentaram atitude mais inadequada (SILVA, 2014).

Embora o aumento da cobertura das mamografias tenha acontecido nos últimos anos, ainda existe uma dificuldade de controle para os casos de exames repetidos em períodos inferiores a dois anos, sendo essas superestimadas (TOMAZELLI e SILVA, 2017).

No estudo, ter um plano de saúde não foi significativo para ter realizado a mamografia. Foram 43,9% que não realizaram exame e que possuem um plano de saúde e 28,5% daquelas que dependem exclusivamente do SUS e que não fizeram a mamografia.

Outros estudos divergem do que foi referido e apresentam que mulheres que não possuem plano de saúde encontram maiores dificuldades para realização da mamografia. Nesse, a proporção daquelas que realizaram rastreio mamográfico e que possuem plano de saúde foi de 79,5% e das que dependem somente do SUS 51% das entrevistadas (AZEVEDO e SILVA *et al*, 2013).

Estudo realizado em Taubaté/São Paulo apresentou que 61,5% das mulheres atendidas no SUS e 84,2% daquelas atendidas no serviço privado realizaram mamografia (MARCHI; GURGEL, 2010).

Outro estudo, realizado em 26 Unidades de Saúde do município de Vitória/Espírito Santo, apontou que 57,8% das mulheres realizaram a mamografia a cada 2 anos e que uma maior escolaridade contribui para realização desse exame na periodicidade recomendada, mas que após o ajuste nas variáveis de confusão, o nível escolar deixou de estar associado a realização do exame (SILVA *et al*, 2019).

Estudo realizado na cidade de Florianópolis/Santa Catarina apresentou que mulheres com maior escolaridade e aquelas que possuem plano de saúde possuem maior

prevalência de mamografia, porém a avaliação trabalhada foi a de periodicidade anual (SCHNEIDER, 2014).

Estudo realizado em Uberaba/Minas Gerais apontou que mais de 50% dos exames mamográficos realizados pelas mulheres apresentam como fonte de pagamento o serviço público, considerando um avanço no SUS e associando esses dados também a campanhas de incentivo à prática do exame de rastreamento, como o Outubro Rosa. Outro fato é a região possuir universidades públicas que realizam parcerias para realização desse exame (BURANELLO *et al*, 2018).

Outro estudo realizado na zona leste de São Paulo apresentou que 53 (69,7%) das mulheres entrevistadas realizaram mamografia pelo Sistema Único de Saúde, 21 (27,6%) pelo plano de saúde e 2 (2,6%) pagaram particular. Em associação, o estudo apontou que possuir ou não um plano de saúde não influencia as mulheres na realização da mamografia (SANTOS; CHUBASI, 2011), corroborando com o atual estudo.

Sabe-se que planos de saúde apresentam maior facilidade na liberação para realização de exame de rastreio mamográfico, menor periodicidade entre um exame e outro, bem como uma abrangência maior da faixa etária, justificando muitas vezes o aumento do exame para aquelas que possuem planos privados (TESSER, 2014).

Embora ainda muitas mulheres do grupo alvo para o câncer de mama não tenham realizado mamografia, é inegável o aumento da cobertura nos últimos anos, como apresenta a tabela. Com o período avaliado sendo maior do que os dois anos para realização, também não se pode excluir a possibilidade de uma mulher ter realizado mais de duas vezes o exame, o que diminui o número de mulheres que realizaram o rastreamento mamográfico, visto que ainda existe no Sistema Único de Saúde predomínio de um curto intervalo entre os exames de mamografia, com mulheres realizando em uma periodicidade anual ou ainda menor.

Vale ressaltar também que a faixa etária avaliada no estudo foi a preconizada pelo Ministério da Saúde, ou seja, mulheres de 50 a 69 anos.

Estudos mostram que mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos realizam um maior número de exames de rastreamento quando comparada aquelas que possuem idade entre 50 a 59 anos, que está dentro do recomendado pelo MS, INCA e também baseado em evidências científicas. Considera-se que isso pode refletir em superutilização de mamografia em mulheres que não fazem parte do grupo-alvo para o câncer de mama (BURANELLO *et al*, 2018).

Outro ponto avaliado foi com relação ao tempo de realização da mamografia após solicitação e se isso estava relacionado ao grau de escolaridade, estado civil, ocupação e a possuir plano de saúde, como está apresentado na tabela abaixo.

Tabela 12: Associação de dados sociodemográficos relacionados ao intervalo de tempo para realização da mamografia, nas mulheres do grupo alvo para o câncer de mama.

Variáveis	Até 1 mês	Após 1 mês	Total	P
Estado Civil				0,012
Solteira	35 (39,8%)	53 (60,2%)	88 (100%)	
Casada	33 (29,2%)	78 (70,3%)	111 (100%)	
Viúva	14 (48,8%)	15 (51,7%)	29 (100%)	
Separada	8 (33,3%)	16 (66,7%)	24(100%)	
Divorciada	18 (64,3%)	10 (35,7%)	28(100%)	
Escolaridade				0,001
Analf/Fund1 inc	12 (28,6%)	30 (71,4%)	42 (100%)	
Fund 1 cp/fund 2 inc	23 (27,4%)	61 (72,6%)	84 (100%)	
Fund 2 cp/Médio inc	23 (37,7%)	38 (62,3%)	61 (100%)	
Méd cp/Sup inc	38 (50%)	38 (50%)	76 (100%)	
Superior cp	12 (70,6%)	5 (29,4%)	17 (100%)	
Trabalho				<0,001
Sim	49 (63,6)	28 (36,4%)	77 (100%)	
Não	39 (30%)	91 (70%)	130 (100%)	
Aposentada	20 (27,4%)	53 (72,6%)	73 (100%)	
Plano de Saúde				0,537
Sim	12 (44,4%)	15 (55,6%)	27 (100%)	
Não	96 (37,9%)	157 (62,1%)	253 (100%)	

Fonte: Dados da Pesquisa

Como se observa, ainda existe quantidade significativa de exames que são realizados após um mês da solicitação.

A maior parte dos exames de mamografia apresentam intervalo menor que 3 meses para realização, mas ainda a maior parte só é realizada com mais de um mês.

De acordo com o estado civil, as divorciadas foram as que realizaram o exame mamográfico mais rápido, as casadas foram as que mais o realizaram com um intervalo maior de um mês a as viúvas foram as que menos realizaram exames.

No que se refere ao trabalho, possuir uma ocupação influenciou para realização de exame de forma mais rápida. As aposentadas demoraram mais para realização da mamografia e as que não possuem uma ocupação foram as que menos realizaram o exame.

Quanto à escolaridade, observa-se que um maior o nível influenciou positivamente no menor intervalo de tempo entre solicitação e realização da mamografia, com destaque para o nível médio e superior com realização mais rápida desse exame. Ser analfabeta ou possuir apenas o ensino fundamental completo influenciou em uma demora maior de um mês para realização desse.

No que se refere ao plano de saúde, possuir um plano de saúde mostrou-se não interferir na maior rapidez para a realização do exame. Vale ressaltar que poucas são as mulheres do estudo que possuem plano de saúde.

Com relação a mamografia em Minas Gerais, estudo aponta que 58% dos exames são realizados em intervalos inferiores a 1 mês de sua solicitação, embora ainda seja significativo o número de mulheres que realizam o exame fora da idade recomendada e periodicidade preconizada pelo Ministério da Saúde (CORREA *et al*, 2017).

Estudo também aponta que a variação de tempo entre o intervalo da solicitação da mamografia até sua realização, dessa até seu resultado e desse até a consulta de retorno apresenta-se na maioria dos casos em menos de 1 mês ou variando entre 1 e 3 meses (RABÊLO, 2014).

Observou-se que possuir plano de saúde não se considera estatisticamente significante para realização, ano de realização ou intervalo de mamografia, diferente de outros estudos.

Vale ressaltar que no estudo foi avaliado o que se preconiza o MS, ou seja, faixa etária de 50 a 69 anos. Muitos estudos quando se avalia relação de mamografia e plano de saúde investiga mulheres a partir de 40 anos.

Estudos apontam que a faixa etária de 40 a 49 anos apresenta cobertura nacional ligeiramente superior à de mulheres que estão na faixa etária entre 60 e 69 anos, pertencente a população alvo para câncer de mama (SILVA *et al*, 2011).

O mesmo autor apresenta que embora as taxas de mamografias ainda não sejam as recomendadas, entre mulheres que dependem do Sistema Único de Saúde, sabe-se que houve um aumento significativo desse exame no Brasil em todas as idades e esse crescimento foi ainda mais evidente nas mulheres que não possuem plano de saúde. Nessas a prevalência do rastreamento mamográfico passou de 33% a 47%. Nas mulheres da população alvo para o câncer de mama, preconizadas pelo MS, a cobertura também aumentou em 30%, principalmente naquelas que possuem maior renda e maior escolaridade.

Estudo aponta que ao avaliar mulheres de 50 a 69 anos quanto à realização de mamografia nos últimos 2 anos a cobertura foi de 60% e que essa foi maior no serviço privado, representado por 79,5% das usuárias, enquanto no SUS foi de 51% nas mulheres que dependem exclusivamente desse sistema (SILVA *et al*, 2017).

Estudo realizado no Rio Grande do Sul apontou que mulheres com menos escolaridade e menos renda apresenta uma maior probabilidade de nunca terem realizado nem o Exame Clínico das mamas nem a mamografia (BORGES *et al*, 2016).

Tabela 13: Associação de dados sociodemográficos relacionados a frequência de realização do AEM, nas mulheres do grupo alvo para o câncer de mama.

Variáveis	Mensal	Intervalo > que 1 mês	Total	P
Estado Civil				0,084
Solteira	46 (48,4%)	49 (51,6%)	95 (100%)	
Casada	67 (51,5%)	63 (48,5%)	130 (100%)	
Viúva	11 (29,7%)	26 (70,3%)	37 (100%)	
Separada	11 (40,7%)	16 (59,3%)	27 (100%)	
Divorciada	9 (32,1%)	19 (67,9%)	28 (100%)	
Escolaridade				0,028
Analf/Fund1 inc	13 (32,5%)	27 (67,5%)	40 (100%)	
Fund 1 cp/fund 2 inc	48 (47,1%)	54 (52,9%)	102 (100%)	
Fund 2 cp/Médio inc	44 (59,5%)	30 (40,5%)	74 (100%)	
Méd cp/Sup inc	31 (37,3%)	52 (62,7%)	83 (100%)	
Superior cp	8 (44,4%)	10 (55,6%)	18 (100%)	
Trabalho				0,021
Sim	40 (43%)	53 (57%)	93 (100%)	
Não	77 (53,1%)	68 (46,9%)	145 (100%)	
Aposentada	27 (34,2%)	52 (65,8%)	79 (100%)	
Plano de Saúde				0,123
Sim	13 (33,3%)	26 (66,7%)	39 (100%)	
Não	131 (47,1%)	147 (52,9%)	278 (100%)	

Fonte: Dados da Pesquisa

As mulheres analfabetas ou que realizaram somente o ensino fundamental incompleto foram as que menos realizaram o AEM de periodicidade mensal. Chama atenção quando se avalia mulheres que concluíram nível médio e superior. Dentre elas, a maior parte não realiza o AEM mensal.

Além da escolaridade, também manteve influencia ao associar dados demográficos e AEM, a ocupação da mulher. Dentre aquelas que trabalham e são aposentadas, a maior parte

realiza o AEM com periodicidade maior que um mês. Das que não possuem ocupação, a maior proporção realiza mensalmente.

Estudo realizado com 116 mulheres na Bahia apontou que o AEM é estatisticamente significativamente para as mulheres ativas economicamente. Ressalta-se que esse fato pode estar associado a oportunidades que as mulheres possuem no trabalho com relação ao acesso e informações (SILVA *et al*, 2013).

Com relação ao estado civil, apesar de não apresentar significância estatisticamente na associação com o auto exame, observou-se que as mulheres casadas são as que menos realizam esse exame, corroborando com estudo que apresenta que mulheres com companheiro tiveram uma menor probabilidade de citar acerca desse método (GONÇALVES *et al*, 2017).

Apesar do AEM detectar, na maioria dos casos, a doença já em um estado avançado, esse é responsável pela descoberta de aproximadamente 80% dos casos de câncer de mama. Como não apresenta efeito adverso e contribui para que a mulher conheça mais sobre sua saúde, o exame continua sendo recomendado entre profissionais de saúde (INCA, 2004).

Tabela 14: Associação de dados sociodemográficos relacionados a participação em educação em saúde nas UAPS, nas mulheres do grupo alvo para o câncer de mama.

Variáveis	Sim	Não	Total	P
Estado Civil				0,116
Solteira	15 (13,2%)	99(86,8%)	114 (100%)	
Casada	10 (6,5%)	143 (93,5%)	153 (100%)	
Viúva	5 (8,2%)	53 (91,4%)	58 (100%)	
Separada	0 (0%)	33 (100%)	33 (100%)	
Divorciada	4 (9,5%)	38 (90,5%)	42 (100%)	
Escolaridade				0,013
Analf/Fund1 inc	4 (7,4%)	50 (92,6%)	54 (100%)	
Fund 1 cp/fund 2 inc	7 (5,6%)	117 (94,4%)	124 (100%)	
Fund 2 cp/Médio inc	4 (4%)	97 (96%)	101 (100%)	
Méd cp/Sup inc	14 (14,6%)	82 (85,4%)	96 (100%)	
Superior cp	5 (20%)	20 (80%)	25 (100%)	
Trabalho	34	366		0,464
Sim	12 (11,3%)	94 (88,7%)	106 (100%)	
Não	15 (7,8%)	178 (92,2%)	193 (100%)	
Aposentada	7 (6,9%)	94 (93,1%)	101 (100%)	
Plano de Saúde				0,557
Sim	2 (4,9%)	39 (95,1%)	41 (100%)	
Não	32 (8,9%)	327 (91,1%)	359 (100%)	

Fonte: Dados da Pesquisa

Possuir nível médio ou nível superior contribui para a participação em reuniões/educação em saúde nas UAPS, embora a maior parte das mulheres em todos os níveis de escolaridade ainda não participem.

É relevante a necessidade de participação de atividades de educação em saúde e reuniões realizadas pela Atenção Básica, visto que através delas é possível o conhecimento em busca de facilitar a procura pelos serviços de saúde quando da presença de alguma manifestação clínica suspeita (DENNY *et al*, 2017).

Permitir o protagonismo, o autocuidado das mulheres do grupo alvo para o câncer de mama com consequente resultado em ações de controle desse tipo de neoplasia é evidente quando existe a participação dessas em atividades realizadas pelas UAPS envolvidas (COSTA, 2014).

Tabela 15: Associação de dados sociodemográficos relacionados a realização do exame preventivo de câncer do colo de útero, nas mulheres do grupo alvo para o câncer de mama.

Variáveis	Sim	Não	Total	P
Estado Civil				0,001
Solteira	76 (66,7%)	38 (33,3%)	114 (100%)	
Casada	103 (67,3%)	50 (32,7%)	153 (100%)	
Viúva	37 (63,8%)	21 (36,2%)	58 (100%)	
Separada	19 (57,6%)	14 (42,4%)	33 (100%)	
Divorciada	30 (71,4%)	12 (28,6%)	42 (100%)	
Escolaridade				0,005
Analf/Fund1 inc	42 (76%)	12 (24%)	54 (100%)	
Fund 1 cp/fund 2 inc	78 (62,9%)	46 (37,1%)	124 (100%)	
Fund 2 cp/Médio inc	74 (73,3%)	27 (26,7%)	101 (100%)	
Méd cp/Sup inc	51 (54,2%)	44 (45,8 %)	96 (100%)	
Superior cp	20 (80%)	5 (20%)	25 (100%)	
Trabalho				0,035
Sim	63 (59,4%)	43 (40,6%)	106 (100%)	
Não	140 (72,5%)	53 (27,5%)	193 (100%)	
Aposentada	62 (61,4%)	39 (38,6%)	101 (100%)	
Plano de Saúde				0,297
Sim	24 (58,5%)	17 (41,5%)	41 (100%)	
Não	241 (67,1%)	118 (32,9%)	359 (100%)	

Fonte: Dados da Pesquisa

As divorciadas, aquelas que possuem nível superior e as mulheres que não possuem uma ocupação são as que mais realizam exames de prevenção ginecológica. Possuir um plano de saúde não influenciou significativamente para realização desse exame.

Estudo realizado em Feira do Santana na Bahia aponta que se apresentou estatisticamente significativa as associações entre a não adesão ao exame de prevenção ginecológica entre as mulheres que nunca frequentaram a escola (ANDRADE *et al*, 2014).

Estudo realizado em Fortaleza/Ceará apontou que a baixa escolaridade, não ter companheiro, ter idade mais avançada, constrangimento e algumas dificuldades de acesso estão entre os motivos para que essas não realizem o exame de prevenção ginecológica (SILVEIRA *et al*, 2016).

Outro estudo apontou que mulheres casadas e com companheiro fixo apresentam maiores chances de realizarem o exame de prevenção ginecológica (FONSECA *et al*, 2016).

6 CONCLUSÃO

Com o estudo realizado, observou-se que ainda é um desafio a implantação e realização das recomendações do Ministério da Saúde no controle do câncer de mama.

A estrutura recomendada para as UAPS ainda necessita de mudanças como um melhor acesso a pessoas com deficiência, mas também se observou conformidade em muitos itens avaliados, como acesso à internet e condições de ambiência.

No que se refere ao processo de trabalho também se observou algumas necessidades a serem desenvolvidas, como uma maior periodicidade das reuniões e uma melhor busca ativa da população alvo para controle do câncer de mama além da realização e registro da contra referência para os exames de detecção precoce e encaminhamentos.

Com relação a apresentação das ações de rastreamento e detecção precoce do câncer de mama realizadas pela atenção básica, observou-se ainda falta de orientação significativa com relação a idade inicial dos exames recomendados e sua periodicidade, mas também se observa melhoria nas solicitações desses.

Nas associações de variáveis, com relação aos exames de detecção precoce, observou-se que uma maior escolaridade interfere na realização do ECM e no intervalo de tempo entre a solicitação da mamografia e sua realização, dentre outros.

As evidências desse estudo potencializam o subsídio de estratégias direcionadas a detecção precoce do câncer de mama pelos gestores.

Ações de rastreamento exigem um maior direcionamento por parte de gestores, além de uma maior orientação das mulheres pertencentes à população alvo de risco para câncer e mama.

O estudo apresentou como limitações à análise restrita a determinadas UAPS, o auto relato e viés de memória das entrevistadas.

Apesar dos avanços, exames de detecção precoce ainda não acompanham diretrizes nacionais e alguns profissionais não seguem o que é recomendado.

O estudo possibilitou avaliar ações de saúde relacionadas ao controle do câncer de mama nas unidades determinadas, possibilitando oportunidades para um planejamento adequado e atividades direcionadas.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: Uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n, especial, p. 182-194, out. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/article/sdeb/2014.v38nspe/182-194/pt/>>. Acesso em: 12 out. 2019.
- ANDRADE, M. S. et al. Fatores associados à não adesão ao papanicolau entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia, 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 111-120, jan-mar 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000100011>>. Acesso em: 24 set. 2019.
- AZEVEDO E SILVA, G. et al. Detecção precoce do câncer de mama no Brasil: Dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 51, Supl 1:14s, p. 1-7, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000191>. Acesso em 16 nov. 2018.
- AZEVEDO E SILVA, G. et al. 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.**, Rio de Janeiro, v. 30, n.7, p. 1537-50, jul. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00156513>>. Acesso em: 11 set. 2014.
- BARRETO, A. S. B.; MENDES **Avaliação da Implantação do Programa de Controle do Câncer de Mama no Município de Cuité na Paraíba**. 2012. 109 f. Dissertação (Mestrado profissional em avaliação em saúde). Programa de Pós-graduação em avaliação em saúde. Recife, 2012.
- BERNARDO, E. B. R. **Avaliação da assistência pré-natal de gestante com risco habitual. Departamento de enfermagem**. 2016. 122 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.
- BECKER, A. P. S.; ROCHA, N. L. Ações de promoção de saúde em sala de espera: Contribuições da Psicologia. **Mental**, Minas Gerais, vol.11 n. 21, p. 339-355, jul.- dez. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000200004. Acesso em: 12 jul. 2019.
- BORGES, Z. S.; WEHRMEISTER, F. C.; GONÇALVES, Z. S. Exame clínico das mamas e mamografia: Desigualdades nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.19, n. 1, p. 1-13, Jan-Mar 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rbepid/2016.v19n1/1-13/>>. Acesso em: 15 Out 2019.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**. 3ª ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Caderno de autoavaliação nº 4: equipe saúde da família**. 3. ed. Brasília: Brasil, 2009. 102 p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Rastreamento: Cadernos de Atenção Primária**, n. 29. Brasília: Brasil, 2010. 95 p. Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011:** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil: Brasília, Ministério da Saúde, 2011a. 55 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama:** Proposta de fortalecimento das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo do útero e de mama. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PNAB. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Brasil, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama:** Cadernos de Atenção Básica, n. 13. 2. ed. Brasília: Brasil, 2013a. 124 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Instrumento de avaliação externa da saúde mais perto de você:** acesso e qualidade-Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília: Brasil, 2013b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Mamografia para o rastreamento do câncer de mama em mulheres com idade abaixo dos 50 anos, entre 50 e 69 anos e com mais de 70 anos:** relatório de recomendação n 178. Brasília: Brasil, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Manual Instrutivo PMAQ para as equipes de Atenção Básica (Saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e Nasf. Brasília: Brasil, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica:** AMAQ. Brasília: Brasil, 2017a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Portaria nº 2.920, de 31 de outubro de 2017:** Altera as Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para inclusão do Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde - PIUBS. Brasília: Brasil, 2017b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2920_01_11_2017.html>. Acesso em: 20 jul. 2019.

BRITO L. M. O. et al, Conhecimento, prática e atitude sobre o autoexame das mamas de mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5 p. 241-246, 2010.

BURANELLO, M. C. et al. Prática de exames de rastreio para câncer de mama e fatores associados – Inquérito de saúde da mulher em Uberaba MG, Brasil, 2014. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 23 n.8, p. 2661-70, ago. 2018. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018238.14762016> >. Acesso em: 19 jul. 2018.

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 252-264, out 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0252.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

CALDARELLA, A. et al. Feasibility of evaluating quality cancer care using registry data and electronic health records: a population-based study. **Int J Qual Health Care**. Oxford, v. 24, n. 4, p. 411-8, 2012. Disponível em: < <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs020> >. Acesso em: 12 ago. 2019.

CARDOZO, F. M. C. **A influência da depressão e fadiga na qualidade de vida dos pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia**. 2012. 80 f. Dissertação (Mestrado). Programa de pós-graduação em enfermagem. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-28112011-161630/pt-br.php>>. Acesso em: 20 mai. 2019.

CAVALCANTE, S. A. M et al. Ações do enfermeiro no rastreamento e diagnóstico do câncer de mama no Brasil. **Rev. Brasil. Cancerologia.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 459-466. 2013.

CECÍLIO, L. C. O.; REIS, A. C. Apontamentos sobre os desafios atuais da atenção básica à saúde. Espaço temático: Política nacional de atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. 1-13, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00056917>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

COLUSSI, C.F.; CALVO, M. C. M. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1731-45, 2011.

CORDEIRO, S. V. L. Atenção básica à saúde masculina: possibilidades e limites no atendimento noturno. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.18, n. 4, p. 644-49, 2014.

CORREIA, C. S. L. et al. Rastreamento do câncer de mama em Minas Gerais: Análise a partir de dados do sistema de informação do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, vol. 26, n. 3, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000300006>>. Acesso em: 18 out 2018.

CONASS. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama: Proposta de Fortalecimento das Ações de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo do Útero e de Mama**. 2011. Disponível em: < http://www.conass.org.br/notas%20tecnicas/NT%2009_2011 >. Acesso em: 13 out. 2013.

COSAC, O. M. et al. Reconstruções mamárias: estudo retrospectivo de 10 anos. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 59-64, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752013000100011>>. Acesso em: 04 jan. 2014.

COSTA, F. M. L.; Actions of professionals of the family health strategy in early detection of breast cancer. **J Nurs UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 7, p. 2061-8, 2014. <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9884/10130>>. Acesso em: 13 jun 2019.

DANTAS, J. J. **Prevenindo o câncer de mama**. Disponível em: <<http://www.reservaer.com.br/saude/cancerdemama.html>>. Acesso em: 25 out. 2013.

DEGROFF, A. et al. When performance management works: a study of the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program. **Cancer**, USA, v. 120, n. 16, suppl, p. 2566-74, 2014. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/cncr.28817>>. Acesso em 16 jun. 2019.

DENNY, L. et al. Interventions to close the divide for women with breast and cervical cancer between low-income and middle-income countries and high-income countries. **Lancet**, Reino Unido, v. 389, n. 10071, p. 861-70, 2017. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31795-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31795-0/fulltext)>. Acesso em: 14 out 2019.

DONABEDIAN A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford (UK). Oxford University; 2003. p. 60-73. In: Instrumento para avaliação de qualidade do time de resposta rápida em um hospital universitário público. **Rev. Bras enferm.**, Brasília, vol 67 n. 5. sept/oct 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670505>>. Acesso em: 06 dez 2016.

DONABEDIAN, A. La calidad de la atención médica: Definición e métodos de evaluación. 1ª reimpressão. **La Prensa Médica Mexicana**. Médico City, p. 194, 1991.

ESCRIVÃO JÚNIOR, A. **A epidemiologia e o processo de assistência à saúde**. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Gestão em Saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v.1, p. 15-21, 2011.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2006.v11n3/669-681/pt>>. Acesso em 15 jul 2019.

FERNANDES, A. F. C. Enfermagem e as ações na promoção da saúde mamária. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 449 – 449; jul./set. 2011. Disponível em: <[file:///C:/Users/xjoac/Downloads/4256-Documento%20principal-7710-1-10-20160830%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/xjoac/Downloads/4256-Documento%20principal-7710-1-10-20160830%20(1).pdf)>. Acesso em: 07 jan. 2014.

FONSECA, M. R. C. C. et al. Frequência e fatores associados à adesão ao exame citopatológico periódico do colo uterino. **Revista saúde**, São Paulo, v. 10, n.1-2, 2016. Disponível em: <<http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/2085>>. Acesso em 19 ago. 2019.

FORTALEZA. PREFEITURA DE FORTALEZA. Prefeitura abre seleção pública para diretores, coordenadores e gestores da saúde. Disponível em: < <https://www.fortaleza.ce.gov.br/noticias/prefeitura-abre-selecao-publica-para-diretores-coordenadores-e-gestores-da-saude>>. Acesso em: 10 nov 2019.

FORTALEZA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Portaria SMS Nº 145 DE 30/04/2012. Disponível em: < https://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-145-2012-fortaleza_240451.html >. ACESSO EM: 24 MAI 2019

FORTALEZA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Anuário de Fortaleza 2012-2013**. Disponível em: <<http://www.anuariodefortaleza.com.br/saude/>>. Acesso em: 10 de ago. 2018.

FREITAS JUNIOR, R. et al. Contribuição do Sistema Único de Saúde no rastreamento mamográfico no Brasil, 2013. **Radiol Bras**, São Paulo, v. 49, n.5, p. 305-10, 2016. Disponível em:<
www.scielo.br/pdf/rb/v49n5/pt_0100-3984-rb-49-05-0305.pdf >. Acesso em: 10 jun. 2019.

GODINHO, E.; KOCH, H. O perfil da mulher que se submete a mamografia em Goiânia: uma contribuição a “bases para um programa de detecção precoce do câncer de mama”. **Radiol Bras.**, São Paulo, v.35, p. 39-45, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rb/v35n3/a04v35n3.pdf> >. Acesso em: 09 jun. 2019.

GOLDMAN, R. E. et al. Rede de Atenção ao Câncer de Mama: perspectiva de gestores da saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, vol.72, supl.1, jan./fev. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0479>. Acesso em 27 set 2019.

GONÇALVES, L. L. C. et al. Barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama: percepção de mulheres. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 394-400, 2014. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-394.pdf>. Acesso em: 29 dez 2018.

GONÇALVES, C.V. et al. O conhecimento das mulheres sobre os métodos para prevenção secundária do câncer de mama. **ciên saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 4073-81, 2017. Disponível: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n12/1413-8123-csc-22-12-4073.pdf> >. Acesso em: 16 mar 2019.

HADDAD, C. F. Rastreamento mamográfico no câncer de mama. **Femina**, São Paulo, janeiro/fevereiro, vol. 43, n. 1, p. 21-27, 2015. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/s/0100-7254/2015/v43n1/a4844.pdf>> Acesso em: 10 mar. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Dados Gerais do Município**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/fortaleza/panorama>>. Acesso em: 07 out. 2017.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde do Brasil (Org.) **Controle de câncer de mama: documento de consenso**. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde do Brasil (Org.). **ABC do câncer: Abordagens básicas para o controle do câncer**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2012. 134p.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde do Brasil (Org.). **Ações de Enfermagem para o controle do câncer**. 3 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/acoes-de-enfermagem-para-o-controle-do-cancer>>. Acesso em: 24 jan. 2019.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde do Brasil (Org.). **Estimativa do 2014: incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2016.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde do Brasil (Org.). **Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil**. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/>>. Acesso em: 10 set. 2019.

LAGES, R. B. et al. Desigualdades associadas à não realização de mamografia na zona urbana de Teresina-Piauí-Brasil, 2010- 2011. **Rev bras epidemiol**, São Paulo, v. 15, n. 4. p. 737-747, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000400006>>. Acesso em: 28 jul 2018.

LIEDKE, P. E. et al. Outcomes of breast cancer in Brazil related to health care coverage: a retrospective cohort study. **Câncer Epidemiol Biomarks Prev.**, Philadelphia, v. 23, n. 1, p. 126-33, 2014. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24165578>>. Acesso em: 18 mai. 2018.

LIMA, A. L. P. et al. Rastreamento oportunístico do câncer de mama entre mulheres jovens no Estado do Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 27, n.7, p. 1433-39, jul. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000700018>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

LOPES, M. C. L.; MARCON, S. S. Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. **Acta Scientiarum. Health Sciences** Maringá, v. 34, n. 1, p. 85-93, Jan.-June, 2012. Disponível em: < <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1311/7624-61172-1-pb.pdf>>. Acesso em: 15 jan 2018.

MAGNAG, C.; PIERANTONI, C. R. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n.104, jan. mar 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-110420151040194>>. Acesso em 18 jul. 2019.

MARCHI, A. A.; GURGEL, M. S. C. Adesão ao rastreamento mamográfico oportunistico nem serviços de saúde pública e privada. **Rev. Bras. Ginecol. Obst.**, São Paulo, 2010, v. 32, n. 4, p. 191-7. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n4/v32n4a07.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

MARINHO, L. A. B.; GURGEL, M. S. C.; CECATTI, J. G. Knowledge, attitude and practice of mammography among women users of public health services. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 42, n.2, p. 200-207, 2008.

MARMOT, M.G. et al. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review: a report jointly commissioned by Cancer Research UK and the Department of Health (England) October 2012. **Br J Cancer**, v. 108, n. 11, p. 2205-40, 2013.

MARQUES, C. A. V.; FIGUEIREDO, E. N.; GUTIÉRREZ, M. E. R. Validação de instrumento para identificar ações de rastreamento e detecção de neoplasia da mama. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 183-9, mar.-abr. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500031>>. Acesso em: 10 jul. 2019.

MARQUES, C. A. V.; SILVA, V. R.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Ações do enfermeiro na detecção precoce do câncer mamário. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, 2017. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/22639>>. Acesso em: 05 jun. 2019.

MATOS, J. C.; PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B. Fatores associados à realização da prevenção secundária do câncer de mama no Município de Maringá, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 888-98, mai. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000500007>>. Acesso em: 17 dez. 2014.

MELO, R. C.; MACHADO, M. E. Coordenação de unidades de saúde da família por enfermeiros: desafios e potencialidades. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, vol.34 n.4, dec. 2013. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000400008>>. Acesso em 01 jul. 2019.

MELO, F. B. B. M.; MARQUES, C. A. V.; ROSA, A. S.; FIGUEIREDO, E. N.; GUTIÉRREZ, M. G. R.; Ações do enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama. **Rev. Bras. Enferm.** (internet), Brasília, v. 70, n. 6, p. 1183-93, 2017. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n6/pt_0034-7167-reben-70-06-1119.pdf> Acesso em: 10 set. 2019.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem integrative literature. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out/dez, 2008.

MIGOWSKI, A. et al. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. I- Métodos de elaboração. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 2-14, 2018a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n6/1678-4464-csp-34-06-e00116317.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2019.

MIGOWSKI, A. et al. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. III - Desafios à implementação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34 n. 6, 2018b. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00046317>>. Acesso em: 10 set. 2019.

MORAES, D. C. et al. Opportunistic screening actions or breast cancer performed by nurses working in primary health care. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 14-21, 2015.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n1/0080-6234-reeusp-50-01-0014.pdf> >. Acesso em: 10 out. 2018.

MORENO, M. L. **O papel do enfermeiro na abordagem do câncer de mama na Estratégia de Saúde da Família**. 2010. 52 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Centro de Ciências da Saúde, Universidade de Minas Gerais. Disponível em <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0693.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2014.

MOURA, B. L. A. et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern.**, Recife, v. 10 (Supl. 1), S69-S81, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/07.pdf> >. Acesso em: 13 nov 2018.

NASCIMENTO, R. G.; ARAÚJO, A. Falta de periodicidade na realização do exame citopatológico do colo uterino: motivações das mulheres. **Rev. Min Enferm.**, Minas Gerais, v. 18, n. 3, p. 565-572, jul./set. 2014. Disponível em: < <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/946> >. Acesso em 18 jul. 2019.

NELSON, H.D. et al. Screening for breast cancer: an update for the U.S. Preventive Services Task Force. **Ann Intern Med.**, United States, v. 151, n. 10, p. 727-37, 2009. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19920273> >. Acesso em: 06 jun. 2018.

OEFFINGER, K.C. et al. Breast cancer screening for women at average risk: 2015 guideline update from the American Cancer Society. **JAMA**, v. 314, n. 15, p. 1599-614, 2015. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4831582/>>. Acesso em: 13 set. 2019.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica**. São Paulo: Ed. Pioneira, 2002.

OLIVEIRA, E. X. G. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.16, n.9, p. 3649-64, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000002>> Acesso em: 10 jun. 2019.

OLIVEIRA, V.C.; GUIMARÃES, E. A. A.; SILVA, S. S.; PINTO, I. C. Conservação de vacinas em unidades básicas de saúde: análise diagnóstica em municípios mineiros. **Rev Rene**. 2012; 13(3): 531-41. Em 09.12.16.

OLIVEIRA, R. D. P.; **Promoção da saúde da mulher no âmbito do controle do câncer de mama na estratégia saúde da família**. Dissertação (mestrado). 87 f. Programa de pós-graduação em enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza: 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA EM SAÚDE (OPAS). **Folha informativa-câncer**. 2018. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094>. Acesso em: 27 set. 2019.

RABÊLO, P. P. C. **Ações do controle do câncer de mama entre usuárias da atenção básica em São Luís, MA**. Curso de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2014.

SANTOS, G. D.; CHUBACI, R. Y. O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo (SP, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.16, n.5, p. 2533-40, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000500023>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

SAUTER, E. Breast cancer prevention: current approaches and future directions. *European journal of breast health*, v. 14, p. 64-71, 2018. Disponível: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5939980/pdf/ejbh-14-2-64.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2019.

SCHNEIDER, I. J. C. Rastreamento mamográfico do câncer de mama no Sul do Brasil e fatores associados: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00162313>>. Acesso em: 16 set. 2019.

SCHNEIDER, I. J. C. Prática de exames. de rastreio para câncer de mama e fatores associados: Inquérito de Saúde da Mulher em Uberaba MG, Brasil, 2014. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.14762016>>. Acesso em 13: out. 2019.

SCALCO, S. V.; LACERDA, J. T.; CALCO, C. M. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3., p. 603-614, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2010000300017&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em 14 ago. 2019.

SILVA, P. A.; RIUL, S. S. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1016-21, nov./Dec. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000600005>>. Acesso em: 15 dez. 2014.

SILVA, R. C. F; HORTALE, V. A. Rastreamento do Câncer de Mama no Brasil: Quem, Como e Por quê? **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 1, p. 67-71, p. 2012. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v01/pdf/10b_artigo_opiniao_rastreamento_cancer_mama_brasil_quem_como_por_que.pdf>. Acesso em: 24 set. 2018.

SILVA, N. R. A.; SOARES, D. A.; JESUS, S. R. Conhecimento e prática do autoexame das mamas por usuárias de Unidade de Saúde da Família. *Enfermeira global*, n. 29, p. 477-89, 2013. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/es/pdf/eg/v12n29/pt_enfermeria3.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2019.

SILVA, F. M. C. **Métodos de rastreamento do câncer de mama**: conhecimento, atitude e prática de mulheres idosas. 2014. 154 f. Tese (doutorado). Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 2014.

SILVA, R. P. et al. Fatores associados à realização de mamografia em usuárias da atenção primária à saúde em Vitória, Espírito Santo. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 28, n. 1, p. 1-11, 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v28n1/2237-9622-ress-28-01-e2018048.pdf>>. Acesso em: 04 out 2019.

SILVEIRA, N. S. P. et al. Conhecimento, atitude e prática sobre o exame colpocitológico e sua relação com a idade feminina. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, São Paulo, v. 24, e2699, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02699.pdf>. Acesso em 15 ago. 2019.

SIQUEIRA, F. C. et al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p 39-44, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a09v14n1.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2019.

SMITH, R.A.; COKKINIDES, V.; BRAWLEY. O.W. Cancer screening in the United States, 2012: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. **CA Cancer J Clin.**, v. 62, n. 2, p. 129-42, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22261986>>. Acesso em 09 jul. 2019.

SOUSA, F.O.S. et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1283-93, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.01702013>>. Acesso em: 16 jul. 2019.

STEIN, A T. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.22, n.1, p. 179-81, 2013. Disponível em:<http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100019>. Acesso em: 15 jul. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **Sociedades brasileiras recomendam mamografia a partir dos 40 anos. 2017.** Disponível em: <<https://www.sbmastologia.com.br/noticias/sociedades-medicas-brasileiras-recomendam-mamografia-anual-a-partir-dos-40-anos/>>. Acesso em: 18 jul. 2019.

SIUL, A.L.; U.S. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. **Ann Intern Med.**, v.164, n. 4, p. 279-9, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26757170>>. Acesso em: 19 jun. 2019.

TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.927-934, 2011.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A. L. **Avaliação em saúde:** Contribuições para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro; Atheneu, 2017.

TEIXEIRA, E. R.; VELOSO, R. C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v. 15, n.2, Apr./June 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S0104-07072006000200017>>. Acesso em: 16 jul. 2019.

TEIXEIRA, M. S. et al. Adesão do enfermeiro da atenção primária no controle do câncer de mama. **Acta paul enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 1. P. 1-7, jan./feb. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/apv/v30n1/1982-0194-ape-30-01-0001.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2019.

TESSER, C.D. Cuidado na prevenção do câncer: ética, danos e equívocos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 21, p.180-182, 2014.

TOMAZELLI, J. P. et al. Avaliação das ações de detecção precoce do câncer de mama no Brasil por meio de indicadores de processo: estudo descritivo com dados do Sismama, 2010-2011. **Epidemiol. serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n 1., jan./mar 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. Saúde** [online], v.26, n.4, p.713-724, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000400004>> Acesso em: 04 set 2019.

TONELLI, B. Q. et al. Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **RFO UPF**, Passo Fundo, v. 23, n. 2, p. 180-185, maio/ago. 2018. Disponível em: <<http://www.seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/8314>>. Acesso em: 05 jun. 2019.

TRADE L.A.B.; ESPERIDIAO M. A. Sentidos e práticas da humanização na Estratégia de Saúde da Família: a visão de usuários em seis municípios do Nordeste. **Physis** [online], v. 20, n. 4, p. 1099-1117, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a03v20n4.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2019.

VON KARSA, L.; AROSSI, M. D. S. Development and implementation of guidelines for quality assurance in breast cancer screening: The European experience. **salud pública de méxico**, v. 55, n. 3, p. 318-28, may. -jun. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23912545>>. Acesso em: 15 jan. 2019

WELCH, H. G. et al. Breast-cancer tumor size, overdiagnosis, and mammography screening effectiveness. **N Engl J Med**, Massachusetts, v. 375, n. 15, p. 1438-47, 2016. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1600249?articleTools=true>>. Acesso em: 13 jan. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO position paper on mammography screening**. Geneva: World Health Organization, 2014. 82 p.

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado Gestor:

Você está sendo convidado (a) por Rosy Denyse Pinheiro de Oliveira como participante da pesquisa intitulada “Avaliação de estratégias para detecção precoce do câncer de mama em mulheres atendidas na atenção básica em saúde: enfoque na estrutura e processo do serviço”. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

A pesquisa apresenta como Objetivo Geral: Avaliar estratégias de controle do câncer de mama, ofertadas às mulheres pertencentes à população-alvo para essa neoplasia, na Atenção Básica de Saúde.

Com esse estudo é possível o alcance de benefícios para a sociedade, como o direcionamento de estratégias na área da Saúde da Mulher. Acredita-se que a avaliação dos serviços no controle do câncer de mama contribuirá para a melhoria na assistência e promoção da saúde da mulher na atenção primária.

Informamos que os riscos e desconfortos por sua participação serão mínimos e relacionados à necessidade de disponibilidade de tempo para responder a entrevista ou desconforto a alguma pergunta apresentada, sendo todas realizadas na própria Unidade de Atenção Primária à Saúde a qual faz parte.

Após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), farei algumas perguntas ao senhor (a) e registrarei suas respostas no questionário apresentado. Ressalto que qualquer dúvida em algum dos itens você tem toda liberdade para perguntar novamente. Após o término da entrevista, o questionário respondido ficará em anexo ao TCLE.

Informo ainda que caso aceite participar, terei o compromisso de utilizar esses dados e/ou material coletado somente para esta pesquisa e que as informações conseguidas não permitirão a identificação de sua pessoa, sendo conhecido somente para os pesquisadores. Além disso, a divulgação das informações mencionadas só será feita entre profissionais estudiosos do assunto.

Ressalto ainda que você não receberá nenhum pagamento por participar dessa pesquisa e que também a qualquer momento poderá recusar a continuar participando da pesquisa e que também poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

Caso tenha alguma dúvida ou deseje informações referentes à pesquisa, poderá também entrar em contato com os pesquisadores, pelos telefones e endereços abaixo indicados.

Endereço dos responsáveis pela pesquisa:

Nome: Rosy Denyse Pinheiro de Oliveira
 Instituição: Universidade Federal do Ceará
 Endereço: Rua Alexandre Baraúna 1115. Rodolfo Teófilo
 Telefone para contato: 99998.41.47

Nome: Ana Fátima Carvalho Fernandes
 Instituição: Universidade Federal do Ceará
 Endereço: Rua Alexandre Baraúna 1115. Rodolfo Teófilo
 Telefone para contato: 3366.84.55

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Eu, _____, _____ anos, RG: _____, declaro que é de livre e espontânea vontade que estou como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Nome do Participante: _____

Data: ____/____/____ Assinatura do participante: _____

Nome do Pesquisador: _____

Data: ____/____/____ Assinatura do pesquisador: _____

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezada Senhora:

Você está sendo convidada por Rosy Denyse Pinheiro de Oliveira como participante da pesquisa intitulada “Avaliação de estratégias para detecção precoce do câncer de mama em mulheres atendidas na atenção básica em saúde: enfoque na estrutura e processo do serviço”.”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

A pesquisa apresenta como Objetivo Geral: Avaliar estratégias de controle do câncer de mama, ofertadas às mulheres pertencentes à população-alvo para essa neoplasia, na Atenção Básica de Saúde.

Com esse estudo é possível o alcance de benefícios para a sociedade, como o direcionamento de estratégias na área da Saúde da Mulher. Acredita-se que a avaliação dos serviços no controle do câncer de mama contribuirá para a melhoria na assistência e promoção da saúde da mulher na atenção primária.

Informamos que os riscos e desconfortos por sua participação serão mínimos e relacionados à necessidade de disponibilidade de tempo para responder a entrevista, perda de sigilo de informações dos participantes ou desconforto a alguma pergunta apresentada, sendo todas realizadas na própria Unidade de Atenção Primária à Saúde a qual faz parte.

Após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), farei algumas perguntas ao senhor (a) e registrarei suas respostas no questionário apresentado. Esse instrumento consta de três folhas frente e verso e 83 questões, em uma média de 15 minutos para sua realização. Ressalto que qualquer dúvida em algum dos itens você tem toda liberdade para perguntar novamente. Após o término da entrevista, o questionário respondido ficará em anexo ao TCLE. Você também receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Informo ainda que caso aceite participar, terei o compromisso de utilizar esses dados e/ou material coletado somente para esta pesquisa e que as informações conseguidas não permitirão a identificação de sua pessoa, sendo conhecido somente para os pesquisadores. Além disso, a divulgação das informações mencionadas só será feita entre profissionais estudiosos do assunto.

Ressalto ainda que você não receberá nenhum pagamento por participar dessa pesquisa e que também a qualquer momento poderá recusar a continuar participando da pesquisa e que também poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

Caso tenha alguma dúvida ou deseje informações referentes à pesquisa, poderá também entrar em contato com os pesquisadores, pelos telefones e endereços abaixo indicados.

Endereço dos responsáveis pela pesquisa:

Nome: Rosy Denyse Pinheiro de Oliveira
Instituição: Universidade Federal do Ceará
Endereço: Rua Alexandre Baraúna 1115. Rodolfo Teófilo
Telefone para contato: 99998.41.47

Nome: Ana Fátima Carvalho Fernandes
Instituição: Universidade Federal do Ceará
Endereço: Rua Alexandre Baraúna 1115. Rodolfo Teófilo
Telefone para contato: 3366.84.55

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Eu, _____, _____ anos, RG: _____, declaro que é de livre e espontânea vontade que estou como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Nome do Participante: _____

Data: ____/____/____ Assinatura do participante: _____

Nome do Pesquisador: _____

Data: ____/____/____ Assinatura do pesquisador: _____

Nome do Profissional que aplicou o TCLE: _____

Data: ____/____/____ Assinatura do profissional: _____

Nome da Testemunha (se não souber lê): _____

Data: ____/____/____ Assinatura da testemunha: _____

APÊNDICE C
FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSO DA UNIDADE
DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (UAPS)

Identificação da Unidade de Saúde

Regional: I () II () III () IV () V () VI ()

UAPS: _____

Profissão do Gestor: Médico () Enfermeiro () Dentista: () Outro: ()

Tempo no atual cargo: _____

Identificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Primária

Quantidade de Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF): _____

Quantidade de profissionais da (s) equipe (s) mínima (s) (SF, AB) existentes na unidade:

Médicos: ____; Enfermeiros: ____; Técnico/auxiliar de Enfermagem: ____; Dentistas: ____;

Técnico/Auxiliar de Saúde Bucal: ____; Agente Comunitário de Saúde (ACS): ____

Acessibilidade na Unidade de Saúde

Nas dependências da unidade:

As entradas externas e portas são adaptadas para cadeira de rodas? () Sim Não ()

Na unidade, há cadeira de rodas disponível para deslocamento do usuário? () Sim Não ()

Veículo na unidade de saúde

A unidade de saúde dispõe de veículo para a realização de atividade (s) externa (s) da (s) equipe (s) (ex.: visitas domiciliares, busca ativa e outros)? () Sim Não ()

A disponibilidade do veículo atende às necessidades da (s) equipe(s)? () Sim Não ()

Identificação visual e sinalização das ações e serviços

A (s) equipe (s) divulga (m) para os usuários:

O horário de funcionamento da unidade de saúde? () Sim Não ()

A listagem (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe? () Sim Não ()

O horário e as ações estão expostos em local de fácil acesso? () Sim Não ()

Os profissionais da Unidade de Saúde estão com crachás de identificação? () Sim Não ()

Existe sinalização adequada para deficientes visuais? (Placas escritas em Braile, pisos e mapas táteis) () Sim Não ()

Horário de funcionamento da unidade de saúde:

Quais os turnos de atendimento? Manhã () tarde: () noite: () finais de semana: ()

Esta unidade de saúde funciona para atendimento no horário do almoço (12h às 14h)? () Sim
Não ()

Qual o horário que a unidade abre? ____ Em que horário fecha? ____

Características estruturais e ambiência da unidade de saúde:

Qual (is) ambiente (s) existe (m) na unidade? Marque a seguir.

Sanitário para os usuários () Sim Não () Banheiro para funcionários () Sim Não ()

Sanitário para pessoa com deficiência () Sim Não () Sala de espera () Sim Não ()

Sala de acolhimento multiprofissional () Sim Não ()

Quantos consultórios para atendimento médico existem na unidade? _____

Quantos consultórios para atendimento médico existem na unidade com computador e acesso à internet? _____

Quantos consultórios para enfermeiros existem na unidade?

Quantos consultórios para enfermeiros existem na unidade com computador e internet?

Sobre as características estruturais e ambiência da unidade de saúde:

Os ambientes dispõem de boa ventilação ou climatização? () Sim Não ()

Os ambientes são bem iluminados? () Sim Não ()

Os consultórios da unidade de saúde permitem privacidade ao usuário? () Sim Não ()

Os banheiros estão em boas condições de uso e de limpeza? () Sim Não ()

A sala de espera possui lugares suficientes para os usuários aguardarem? () Sim Não ()

Equipamentos de Tecnologia da Informação na Unidade de Saúde

Existe televisão na unidade? () Sim Não ()

Existe Datashow na unidade? () Sim Não ()

Existe telefone funcionando na unidade? () Sim Não ()

Equipamentos e Materiais Gerais:

Existem quantas mesas para exame ginecológico com perneiras e em boas condições? _____

Existem quantas mesas/macas para exame clínico e em boas condições de uso? _____

Insumos para Atenção à Saúde

Sempre tem em quantidade suficiente:

Materiais para realização de prevenção ginecológica? () Sim Não ()

Materiais para realização de glicemia capilar? () Sim Não ()

Aparelhos para verificação de pressão arterial? () Sim Não ()

Material para curativo e retirada de pontos () Sim Não ()

Medicamentos Componentes da Farmácia Básica

Medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos costumam faltar? () Sim Não ()

Medicamentos analgésicos, antitérmicos e anti-inflamatórios costumam faltar? () Sim Não ()

Anticoncepcionais, preservativos costumam faltar? () Sim Não ()

Educação Permanente do processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas

A equipe participa de ações de educação permanente? () Sim Não ()

Cite quais no último ano direcionados à Saúde da Mulher ou Câncer de Mama:

Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe

A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade?

Semanal () Quinzenal () Mensal () Bimensal () Semestral () Anual () Outros () _____

A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde com qual periodicidade?

Semanal () Quinzenal () Mensal () Bimensal () Semestral () Anual () Outros () _____

A equipe realiza reunião? Sim () Não (), Se sim, qual a periodicidade?

Semanal () Quinzenal () Mensal () Bimensal () Semestral () Anual () Outros () _____

Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica

Existe população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência da equipe? () Sim Não ()

Acolhimento à Demanda Espontânea

A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade? () Sim Não ()

Existe reserva de vagas para consultas de demanda espontânea? () Sim Não ()

O usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia? () Sim Não ()

O agendamento pode ser feito: Presencial () Por telefone () Pela internet ()

Atenção à Saúde

A equipe possui o registro do seu território:

Das mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero? () Sim Não ()

Das mulheres elegíveis para exame de mamografia? () Sim Não ()

Das mamografias realizadas? () Sim Não ()

Das mulheres elegíveis para Exame Clínico das Mamas? () Sim Não ()

Das mulheres em tratamento para câncer de mama? () Sim Não ()

Das mulheres em tratamento para câncer de colo de útero? () Sim Não ()

Existe documento que comprove essas três últimas perguntas? () Sim Não () Se Sim, Qual? _____

A equipe realiza busca ativa das seguintes situações:

Resultado de citopatológico? () Sim Não () Citopatológico atrasado? () Sim Não ()

Achados importantes no ECM? () Sim Não () Mamografia solicitadas? () Sim Não ()

Existe documentação que comprove? () Sim Não ()

Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos

A equipe de Atenção Primária obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados? Poderá escolher somente uma opção

Sim, sempre () Sim, na maioria das vezes () Sim, poucas vezes () Não há retorno ()

Tempo estimado de espera dos usuários para atendimento especializado de consultas e exames (dos usuários encaminhados nos últimos três meses)

Quando existe a necessidade de realizar um encaminhamento dos usuários para especialista ou para exames, qual o tempo de espera desse usuário para as seguintes especialidades?

Poderá escolher somente uma opção

Exame de mamografia para rastreamento de câncer de mama?

Dias () Meses () Não houve encaminhamento () Não há possibilidade de encaminhamento (não há especialista na rede) () Não sabe/Não respondeu ()

Exame de mamografia para mulheres com alterações na mama?

Dias () Meses () Não houve encaminhamento () Não há possibilidade de encaminhamento (não há especialista na rede) () Não sabe/Não respondeu ()

Consulta com Mastologista?

Dias () Meses () Não houve encaminhamento () Não há possibilidade de encaminhamento (não há especialista na rede) () Não sabe/Não respondeu ()

A contra referência é registrada? () Sim Não ()

Promoção da Saúde

A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para:

Câncer de Mama? () Sim Não () Câncer do colo do útero? () Sim Não ()

Existe documento que comprove? () Sim Não ()

Organização do atendimento às Ações Programáticas

Em sua UAPS são realizadas ações para controle de peso corporal? () Sim Não ()

Em sua UAPS são realizadas ações de estímulo às atividades físicas? () Sim Não ()

Em sua UAPS existem sessões de educação em saúde para reconhecer manifestações clínicas do câncer de mama? () Sim Não ()

Em sua UAPS são realizadas ações para detecção precoce do câncer de mama (ECM, mamografia)? () Sim Não ()

Em sua UAPS são realizadas ações para detecção precoce do câncer de mama (ECM, mamografia) todos os dias? () Sim Não ()

Qual(s) profissional (is) realiza(m) o exame citopatológico? Poderá escolher mais de uma opção. Médico () Enfermeiro () Outros ()

Qual(s) profissional (is) solicita(m) mamografia? Poderá escolher mais de uma opção
Médico () Enfermeiro () Outros ()

Qual o tipo de rastreamento do câncer de mama é realizado em sua UAPS? Oportunístico ()
Organizado ()

Existe protocolo de fácil acesso na unidade, de controle do câncer de mama? () Sim Não ()

Onde são registrados os atendimentos às mulheres que realizam mamografia?

Livro de registro () prontuário () formulário especial () Outro () _____

Existe algum arquivo específico para registro de resultado de exame? () Sim Não ()

Qual a periodicidade de revisão?

Semanal () Quinzenal () Mensal () Anual () Outros () _____

Qual a finalidade da revisão do arquivo? Pode marcar mais de uma opção.

Verificar mulheres com exames de rotina atrasados ()

Acompanhar as mulheres com exame alterado ()

Avaliar qualidade do programa ()

Outros: _____

Quem realiza a revisão do arquivo?

Médico () enfermeiro () técnico de enfermagem () Outros () _____

Em resumo, quais os fluxogramas, registros e documentos que vocês possuem direcionados ao controle do câncer de mama? (apresentar/observar)

Impressões do entrevistador

ANEXO 1

**FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DE AÇÕES DE DETECÇÃO PRECOCE DO
CÂNCER DE MAMA - USUÁRIA**

Informações Gerais:

1) Data da coleta ___/___/_____

2) Horário do início __:___

3) Horário do fim da coleta __:___

4) Nome do entrevistador:

5) Código do entrevistador:

6) Nome da UBS:

7) Tipo de UBS (1) Mista (2) ESF (3) Tradicional

Identificação da Usuária:

8) N° do prontuário: _____

9) Iniciais do nome: _____

10) Endereço: _____

11) Fone: _____

12) No SUS: _____

Informações sociodemográficas sobre a usuária (no momento):

13) Qual é a data de seu nascimento? ___/___/_____

 14) Qual é o seu estado civil? (1) solteira (2) casada (3) viúva (4) separada (5) divorciada 14.1) A Senhora vive com companheiro (a)? (1) sim (0) não

15) Qual raça/cor a Senhora se considera? (1) amarela (2) branca (3) indígena (4) negra (5) parda

16) Qual seu nível de escolaridade? (1) analfabeto/fundamental 1 incompleto (2) fundamental 1 completo / fundamental 2 incompleto (3) fundamental 2 completo/médio incompleto (4) médio completo/ superior incompleto (5) superior completo

17) Atualmente a senhora trabalha? (1) sim (0) não (2) aposentada

Se trabalhar, responda a questão 17.1. Se não trabalha pule para 18

17.1) Se sim qual a ocupação? _____

18) Quantos itens a senhora tem de: geladeira freezer máquina de lavar rádio televisão em cores videocassete e/ou DVD banheiro automóvel empregada mensalista

19) Grau de instrução do chefe de família? (1) analfabeto ou fundamental 1 incompleto (2) fundamental 1 completo ou fundamental 2 incompleto (3) fundamental 2 completo ou médio incompleto (4) médio completo superior incompleto (5) superior completo

20) Possui plano de saúde? (1) sim (0) não

Se possuir plano de saúde, responda a questão 20.1. Se não têm pule para 21

20.1) Em que situação a Senhora usou o plano? (1) exames (2) consultas (3) consultas e exames (4) outra situação

Ações no controle do câncer de mama nos últimos 4 anos

Fatores de risco para câncer de mama no momento - A história familiar de casos de câncer é importante para orientar sobre estilo de vida e indicar os intervalos de exames preventivos.

21) A Senhora sabe de casos de câncer de mama ou câncer de ovário em sua família? (1) sim (0) não (99) não sabe

Se sim, responda 22 Se não tem ou não sabe, pule para a questão 27

22) Era câncer de mama ou ovário? (1) mama (2) ovário (3) mama e ovário

Se câncer de mama, responda 23. Se câncer de ovário, pule para a questão 26. Se os dois tipos de cânceres, responda a partir de 23

Caso de câncer de mama

23) A Senhora recorda se seu parente tinha mais que 50 anos ao descobrir o câncer? (1) mais que 50 (2) menos que 50 (99) não sabe ou não recorda

24) Acometeu uma das mamas ou as duas? (1) unilateral (2) bilateral (99) não sabe ou não recorda

25) Qual era o parentesco de seu familiar? (1) mãe (2) filha (3) irmã (4) outro parentesco (5) sexo masculino (99) não sabe ou não recorda

Caso de câncer de ovário

26) Qual era o parentesco de seu familiar (1) mãe (2) filha (3) irmã (4) outro parentesco (99) não sabe ou não recorda

27) Algum profissional de saúde deste posto perguntou se a Senhora ou seus familiares tiveram câncer de mama ou ovário?

(1) sim (0) não (99) não recorda

Sobre biopsia

28) O médico necessitou fazer um corte ou introduzir uma agulha em sua mama para colher material (tirar um pedaço) para exame?

1) sim (0) não (99) não recorda

Se sim, responda 29

29) A Senhora sabe dizer se era tumor? (1) sim, benigno (2) sim, maligno (0) não era tumor (99) não sabe ou não recorda

Exame Clínico das mamas - Espera-se que o médico ou enfermeiro do posto examinem suas mamas todo ano. Farei algumas perguntas sobre isto.

30) Algum profissional deste posto explicou a partir de que idade é necessário que a Senhora marque uma consulta para que o Enfermeiro ou o Médico examinem suas mamas?

(0) não (1) sim, antes dos 40 anos (2) sim, após 40 anos (3) sim, após 50 anos

(4) sim, sem restrição (99) não recorda

31) Pelo menos uma vez por ano, suas mamas tem sido examinadas por médico ou enfermeiro deste posto?

(1) sim (0) não (99) não recorda

32) Nos últimos 4 anos, algum profissional de saúde deste posto palpou e ou examinou as mamas da Senhora?

(1) sim (0) não (2) nunca (99) não recorda

Se sim, siga para 33. Se não ou nunca ou não recorda, pule para a questão 39

33) Em que ano foi à última vez que suas mamas foram palpadas ou examinadas? (1) o último ano foi em_____ (especificar o ano) (99) não recorda

34) Qual o principal motivo do exame e palpação das suas mamas? (1) alteração mamária (2) idade (3) casos de câncer de mama em familiares

(4) rastreamento de câncer de mama (5) outro motivo (99) não sabe

484

35) Qual profissional o fez? (1) médico (2) enfermeiro (99) não recorda

36) Esse profissional examinou suas mamas quando? (1) durante o exame ginecológico preventivo (Papanicolaou) (2) durante consulta de enfermagem (3) na consulta médica (4) visita domiciliar (5) outro momento (99) não recorda

37) A Senhora recorda qual era a alteração? (1) caroço (2) saída de líquido pelo mamilo (3) retração de mamilo (4) afundamento na pele da mama (5) alteração na pele da mama (0) não tinha alteração

38) Diante da alteração, o que foi feito? (1) outros exames (2) não retornou (3) encaminhada a outro serviço (4) sem alteração (0) nada (99) não recorda

Mamografia - Farei algumas perguntas sobre o exame em que colocamos as mamas em um aparelho que as comprimem para fazer um RX, chamado mamografia.

39) Algum profissional de saúde deste posto orientou-a sobre a idade em que deve fazer a primeira mamografia?

(0) não (1) sim, antes de 40 anos (2) sim, após 40 anos (3) sim, após 50 anos (4) sim, não há restrição (5) sim, outra idade (99) não recorda

40) Nos últimos 4 anos a Senhora recebeu uma guia de encaminhamento deste posto para fazer mamografia?

(1) sim (0) não (99) não recorda (2) nunca fez

Se sim, responda 41. Se não ou nunca ou não recorda, pule para 44

41) A Senhora recorda se houve remarcação deste exame e qual foi o motivo? (0) não houve remarcação (1) sim, paciente faltou (2) sim, profissional faltou (3) sim, falha no agendamento (4) sim, falta ou falha de equipamento (99) não recorda

42) Nos últimos 4 anos, a Senhora faltou ao exame ou à consulta de retorno? (1) sim (0) não (99) não recorda

Se sim, siga para 42.1. Se não ou não recorda, pule para 43

42.1) Qual a razão de ter faltado? (1) medo de fazer (2) não considera importante (3) fez o exame pelo convênio ou particular (4) outra razão

42.2) O que foi feito diante de sua falta? (1) o posto entrou em contato (2) a Senhora marcou (0) nada (99) não recorda

43) Nos últimos 4 anos a Senhora tem feito mamografia pelo SUS anualmente ou a cada dois anos?

(1) anualmente (2) a cada 2 anos (3) a cada 3 anos (4) > 3 anos (5) < 1 ano (6) faz sem seguir periodicidade (0) não fez (99) não recorda

Se fez a mamografia nos últimos quatro anos em serviço público, siga para 44. Se não fez ou não recorda, pule para 54

Fez mamografia em serviço público, especifique

44) Nos últimos 4 anos quando foi realizada a sua última mamografia? (1) o último ano foi em _____ (especificar o ano) (99) não recorda

45) Qual foi o principal motivo que a levou a fazer este exame? (1) idade (2) casos de câncer de mama em familiares (3) percebeu alterações na mama (4) o profissional de saúde pediu (5) propaganda ou campanha (6) outro motivo (99) não recorda

46) Qual o profissional que solicitou? (1) médico (2) enfermeiro (99) não recorda

47) Quantos meses se passaram entre a solicitação e a realização da mamografia? (1) < 1 (2) 1-3 (3) 3-6 (4) > 6 (0) não retornou (99) não recorda

48) Onde fez a mamografia? (1) especificar o local: _____ (99) não recorda

49) Após o exame, quantos meses se passaram até retornar com o resultado em consulta?
(1) < 1 (2) 1-3 (3) 3-6 (4) > 6 (0) não retornou (99) não recorda

50) Foi encontrada alguma alteração? (1) sim (0) não (99) não recorda

Se encontrada alteração, siga para 51. Se não ou não recorda, pule para 56

51) A Senhora recorda o que era? (1) sim, alterações benignas (2) sim, alteração suspeita
(3) sim, câncer (4) não era câncer (99) não recorda

52) O que foi feito diante da situação? (1) outro exame (2) não retornou ao posto (3) outra conduta (0) nada (99) não recorda

53) Entre a realização da mamografia e o médico dizer o diagnóstico, quantos meses se passaram?

(1) < 1 (2) 1-3 (3) 3-6 (4) > 6 (0) não retornou (99) não recorda

Não fez mamografia em serviço público, especifique:

54) A Senhora faz este exame pelo convênio ou particular? (1) sim (0) não (99) não recorda

55) Que motivos a levaram a não fazer este exame pelo SUS? (1) nenhum motivo em específico (2) não considera os recursos do SUS bons

(3) demora no atendimento (4) medo de fazer (5) não considera importante

(6) não foi solicitado (7) outro motivo

Ultrassom das mamas - Às vezes o médico indica fazer um exame em que um pequeno aparelho chamado transdutor e deslizado sobre as mamas. Agora, farei perguntas sobre este tipo de exame

56) Nos últimos 4 anos, a Senhora recebeu uma guia de encaminhamento deste posto para fazer ultrassom de mama?

(1) sim (0) não (99) não recorda (2) nunca

Se sim, responda 57. Se nunca fez ou não recebeu guia ou não recorda, pule para 68

57) A Senhora recorda se houve remarcação deste exame e qual foi o motivo (0) não houve remarcação (1) sim, paciente faltou (2) sim, profissional faltou (3) sim, falha no agendamento (4) sim, falta ou falha de equipamento (99) não recorda

58) Nos últimos 4 anos, a Senhora faltou ao exame ou à consulta de retorno do Ultrassom das mamas?

(1) sim (0) não (99) não recorda

Se sim, siga para 58.1. Se não fez ou não recorda, pule para 59

58.1) Qual a razão de ter faltado ao exame? (1) medo de fazer (2) não considera importante (3) faz pelo convênio ou particular (4) outra razão

58.2) O que foi feito diante de sua falta? (1) o posto entrou em contato (2) a Senhora remarcou (0) nada (99) não recorda

59) Nos últimos 4 anos quando a Senhora fez pelo SUS seu último ultrassom de mama? (0) não fez (1) o último ano foi _____ (especificar o ano) (99) não recorda

Se fez o USG de mama pelo serviço público, siga para 60. Se não fez ou não recorda, pule para 68

Fez USG de mama pelo serviço público, especifique:

60) Qual foi o principal motivo que levou o médico a solicitar este exame? (1) idade (2) mamas grandes (3) percebeu alterações na mama

(4) o profissional de saúde pediu (5) casos de câncer de mama em familiares

(6) precisava puncionar o nódulo (7) outro motivo (99) não recorda

485

61) Quantos meses se passaram entre a solicitação e a realização do USG de mama? (1) < 1 (2) 1|__3 (3) 3|__6 (4) > 6 (0) não retornou (99) não recorda

62) Onde fez este exame? (99) não recorda (1) especificar o local

63) Após o exame, quantos meses se passaram até retornar com o resultado em consulta? (1) < 1 (2) 1|__3 (3) 3|__6 (4) > 6 (0) não retornou (99) não recorda

64) Foi encontrada alguma alteração? (1) sim (0) não (99) não recorda

Se encontrada alteração, siga para 65. Se não ou não recorda, pule para 70

65) A Senhora recorda o que era? (1) sim, alterações benignas (2) sim, suspeita de câncer (3) sim, câncer (99) não recorda

66) O que foi feito diante da situação? (1) outro exame (3) não retornou ao posto (4) outra conduta (0) nada (99) não recorda

67) Entre a realização da USG e o médico dizer o diagnóstico, quantos meses se passaram? (1) < 1 (2) 1|__3 (3) 3|__6 (4) > 6 (0) não retornou (99) não recorda

Não fez USG de mama em serviço público, especifique:

68) A Senhora faz este exame pelo convênio ou particular? (1) sim (0) não (99) não recorda

69) Que motivos a levaram a não fazer este exame pelo SUS? (1) nenhum motivo em específico (2) não considera os recursos do SUS bons (3) demora no atendimento (4) medo de fazer (5) não considera importante (6) não foi solicitado (7) outro motivo

Autoexame das mamas - Para melhorar o conhecimento do próprio corpo, espera-se que as mulheres examinem suas mamas. Perguntarei sobre este cuidado corporal.

70) Algum profissional de saúde deste posto a orientou sobre a partir de que idade é necessário que a Senhora examine suas mamas?

(1) sim (0) não (99) não recorda

71) A Senhora menstrua? (1) sim, regular (2) sim, irregular (0) não

72) A Senhora examina suas mamas? (1) sim (0) não (2) nunca (99) não recorda

Se sim, responda 73. Se não ou nunca ou não recorda, pule para 77

Faz autoexame das mamas, especifique:

73) Com que frequência a Senhora examina suas mamas? (1) mensal (2) bimestral (3) trimestral (4) esporadicamente

74) Como a Senhora aprendeu a fazer? (1) TV (2) revista ou panfleto (3) profissional de saúde (4) outra fonte; _____

75) Em que período você examina suas mamas? (1) qualquer período (2) antes de menstruar (3) qualquer momento após menstruar

(4) entre 5 a 7 dias após menstruar

76) A Senhora recebeu orientações dos profissionais de saúde deste posto sobre como fazer o autoexame das mamas?

(1) sim (0) não (99) não recorda

Não faz autoexame das mamas, especifique:

77) Qual a razão de não o fazer? (1) não sabe fazer (2) medo de fazer (3) não considera importante (4) outra razão

Ações gerais - outras oportunidades de educação em saúde

78) A Senhora tem ou recebeu uma agenda (Agenda da Mulher) que tem informações sobre a sua saúde?

(1) sim (0) não (99) não recorda

79) Nos últimos 4 anos, a Senhora participou neste posto, de alguma reunião que falasse sobre câncer de mama?

(1) sim (0) não (99) não recorda

80) Neste período, a Senhora fez o exame ginecológico preventivo (Papanicolaou)? (1) sim

(2) nunca fez (0) não (99) não recorda

Se sim, responda 81. Se não ou nunca ou não recorda, pule para pergunta sobre dúvidas.

81) A Sra. fez este exame em todos os últimos 4 anos? (1) sim, todos os anos (2) apenas em um ano (3) em dois anos (4) em três anos (99) não recorda

82) Nesta consulta ou no retorno dela suas mamas foram examinadas? (1) sim (0) não (99) não recorda

83) Nessa ocasião a Senhora foi orientada a como examinar suas mamas? (1) sim (0) não (99) não recorda

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

Observações do entrevistador:
